
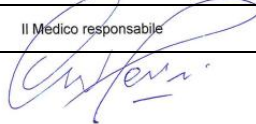



PARS/2026



	Redazione	Verifica	Approvazione
Data	19/02/2026	20/02/2026	20/02/2026
Funzione	Risk Manager	Direttore sanitario	CdA
Firma		Il Medico responsabile 	Il Presidente Dott. Giuseppe Errico 

INTRODUZIONE

Il presente documento ha l'obiettivo di pianificare ed attuare le attività di prevenzione e gestione del rischio clinico sanitario all'interno delle strutture e dei servizi socio-sanitari gestite dalla Società Cooperativa Sociale La Valle ai sensi della Legge 08/03/2017 n.24 e ss.mm.ii. in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. Il presente lavoro è stato condotto seguendo la Determinazione della Regione Lazio n.G00164 dell'11 gennaio 2019, della Determinazione n.G00643 del 25 gennaio 2022 (Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario – PARS") e degli altri documenti in materia di linee guida per l'elaborazione dei Piani di gestione dei rischi sanitari (PARS) della Regione Lazio.

Il lavoro è stato realizzato anche in considerazione delle ultime evidenze scientifiche in materia di *risk management*, in particolare per ciò che concerne le fasi del processo di individuazione dei rischi e del loro controllo/gestione. Cinque sono le fasi del processo di gestione del rischio: 1) Stabilire il contesto; 2) Identificare i rischi; 3) Analizzare i rischi; 4) Valutare i rischi; 5) Controllare i rischi. In parallelo col processo centrale, sono richieste doti di comunicazione e di consultazione. Monitorare e revisionare è parte intrinseca del processo in modo da assicurare che venga eseguito tempestivamente. In questo modo l'identificazione,

l'analisi, la valutazione ed il controllo sono sempre aggiornati. La gestione del rischio è quindi un processo ricorsivo, soggetto ad aggiornamenti, e non si esaurisce nell'identificazione iniziale del rischio.

Il presente lavoro è stato anche realizzato in relazione ai criteri e requisiti del “Manuale di accreditamento” di cui al Decreto del Commissario ad Acta 7 novembre 2017, n. U00469 e ss.mm.ii. della Regione Lazio e, nello specifico, in ossequio alle previsioni di analisi e gestione del rischio clinico in esso richiamate.

Il presente lavoro è stato condotto con il coinvolgimento dei Responsabili dei vari settori di attività nonché dei diretti operatori interessati. Oltremodo il presente lavoro vede la partecipazione attiva del Responsabile aziendale del risk management.

Il presente documento è divulgato ed illustrato a tutti gli operatori (nei vari livelli di responsabilità) al fine di rendere il lavoro stesso effettivamente concreto ed attualizzato. Eventuali ed opportune modifiche sostanziali ed aggiornamenti/implementazioni del documento devono essere portate a conoscenza del personale operante in struttura.

Si specifica che il presente PARS è trasmesso all'indirizzo mail ccrc@regione.lazio.it entro la scadenza annuale prevista essendo presente, nelle attività gestite, una struttura residenziale extra ospedaliera “ex art.26 L.833/78”.

Indicazione delle strutture e dei servizi sociosanitari gestiti.

LA VALLE CENTRO DI RIABILITAZIONE:

Via Sant'Agostino, snc – 04024 – Gaeta (LT)

ASL di competenza: LATINA – Codice struttura NSIS: 120383.

Ambito di attività: Riabilitazione territoriale ex art.26 in regime residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare; attività di Fisiokinesiterapia sia in regime ambulatoriale che domiciliare.

Titoli autorizzativi: DCA 31/2020 – DCA 168/2018 – DCA 167/2016 – Det. G02169/2021 (ampliamento domiciliare ex art.26) – DGR 249 DEL 03/05/2022 (ampliamento accreditamento semiresidenziale) – Det. n.G13253 del 08/10/2024 (autorizzazione all'esercizio regime residenziale ex art.26).

Trasparenza: <https://riabilitazionevalle.it/trasparenza/privacy-2/>

PROGETTO NEMO_MAIA:

Via Sant'Agostino, snc – 04024 – Gaeta (LT)

ASL di competenza: LATINA – Codice struttura NSIS: 00000.

Ambito di attività: Assistenza domiciliare Integrata (ADI) – Prestazioni riabilitative ambulatoriali ex art.26 L.833/78.

Titoli autorizzativi: Deliberazione della Giunta Regionale n.80 del 20/02/2025 (accreditamento ambulatorio ex art.26) – Deliberazione della Giunta Regionale n.204 DEL 22/05/2023 (accreditamento ADI).

Trasparenza: <https://riabilitazionevalle.it/trasparenza/privacy-2/>

INDICE

1. Contesto organizzativo;
2. Matrice delle responsabilità del PARM;
3. Obiettivi;
4. Attività;
5. Modalità di diffusione;
6. Riferimenti normativi;
7. Bibliografia e sitografia;
8. Notifica eventi avversi e sinistri;
9. Aggiornamento del documento.

CONTESTO ORGANIZZATIVO

1.1 L'AZIENDA.

La Società Cooperativa Sociale “La Valle” (*di seguito la Cooperativa*) è una Organizzazione senza scopo di lucro che opera da quarant’anni nel campo dei servizi socio-sanitari ed assistenziali.

La Cooperativa è composta da circa quaranta soci, lavoratori e non, ed ha un capitale sociale sottoscritto pari ad € 75.122,42. Ha sede legale in Gaeta (LT) - CAP 04024 - alla Via Sant’Agostino, snc. Opera essenzialmente nel territorio della Provincia di Latina (Sud-pontino – distretti socio-sanitari 4 e 5) ed ha tre sedi operative dove si svolgono i servizi erogati: due nella Via Sant’Agostino snc e una in Via Marconi 40/42, site nel Comune di Gaeta (LT).

È iscritta alla Camera del Commercio di Latina al numero 72437 e all’Albo nazionale delle Cooperative con il numero A126514. Il numero della Partita Iva e del Codice fiscale è 01088620594. La Posta elettronica certificata aziendale è coop.lavalle@legalmail.it; la mail di contatto è info@riabilitazione.lavalle.it; il centralino degli Uffici amministrativi è il +39.0771.741739 e +39.0771.740796; il web site istituzionale è www.riabilitazione.lavalle.it.

Il core business della Cooperativa è la gestione di servizi sociosanitari e socioassistenziali riabilitativi.

La Società gestisce le seguenti attività:

- **Titolo:** La Valle Centro di riabilitazione.
Oggetto: Centro di riabilitazione residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare “ex art.26 L.833/78” in regime privatistico e di accreditamento con il SSR; Servizi di riabilitazione (FKT) e di medicina fisica in regime di autorizzazione.
Sede: Via Sant’Agostino, snc – 04024 – Gaeta (LT).
Contatto: Tel.: +39.0771.740796 – mail: info@riabilitazione.lavalle.it.
- **Titolo:** Comunità Alloggio “...e dopo di noi?”.
Oggetto: Servizio di Comunità Alloggio “dopo di noi” (assistenza residenziale continuativa) per disabili adulti ai sensi della Legge regionale 41/2003 e ss.mm.ii..

Sede: Via Marconi, 40/42 – 04024 – Gaeta (LT).

Contatto: Tel.: +39.3938613323 – mail: info@riabilitazione.lavalle.it.

- **Titolo:** Tirocini, volontariato e percorsi risocializzanti.

Oggetto: Tirocini pre e/o post laurea in convenzione con le Università; Servizio civile nazionale; Volontariato; Lavori socialmente utili (LSU); percorsi di rieducazione sociale e/o di risocializzazione.

Sede: Via Sant'Agostino, snc – 04024 – Gaeta (LT).

Contatto: Tel.: +39.0771741739 – mail: info@riabilitazione.lavalle.it.

- **Titolo:** Laboratorio di ceramica ed arti manuali.

Oggetto: Lavorazione della ceramica artigianale e di altre tipologie di lavori attinenti alle arti manuali attraverso il coinvolgimento di persone disabili.

Sede: Via Sant'Agostino, snc – 04024 – Gaeta (LT).

Contatto: Tel.: +39.0771741739 – mail: info@riabilitazione.lavalle.it.

- **Titolo:** Progetto NEMO_MAIA.

Oggetto: Servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI) in regime di accreditamento con il SSR; ambulatorio di riabilitazione ex art_26 in regime di accreditamento.

Sede: Via Sant'Agostino, snc – 04024 – Gaeta (LT).

Contatto: Tel.: +39.0771.740796 – mail: info@riabilitazione.lavalle.it.

Tabella 1 – Aziende e strutture territoriali: presentazione dei dati di attività aggregati per singolo Presidio

DATI DI ATTIVITÀ PER SINGOLO PRESIDIO ^(A)			
Posti letto ordinari	n.-	Medicina	0
		Chirurgia	0
		Riabilitazione residenziale	19*****
		Riabilitazione ambulatoriale	50****
		Riabilitazione ambulatoriale	34*
		Riabilitazione domiciliare	150**
		Riabilitazione semiresidenziale	35***
		Ambulatorio di FKT e medicina fisica	n.d.*****
		Assistenza domiciliare integrate (ADI)	285*
Posti letto diurni	0	Servizi Trasfusionali	0
Numero Blocchi Operatori	0	Numero Sale Operatorie	0
Numero ricoveri ordinari	0	Numero ricoveri diurni	0
Numero accessi PS	0	Numero neonati o parti	0

*: Riferimento Determinazione Lazio n.G06717 del 04/06/2021 e DGR Lazio n.204 del 22/05/2023.

** : Riferimento DCA 31/2020 e Determinazione Lazio n.G02169 del 02/03/2021.

***: Riferimento DGR n.249 del 03/05/2022.

****: Riferimento DCA 31/2020.

*****: Riferimento DCA 168/2018 e DCA 167/2016.

*****: Riferimento DET. G13253 del 08/10/2024.

La tabella sopra rappresentata non contiene i riferimenti dei posti letto per il servizio di “Comunità Alloggio” trattandosi di servizio a carattere socio-assistenziale e non socio-sanitario. Tuttavia di rappresenta che il numero di posti letto per il presidio di Comunità Alloggio è di numero 14, più due posti dedicati alla “pronta accoglienza” sociale.

1.2 RISK MANAGER E L’UNITÀ DI VALUTAZIONE.

Obiettivo del Risk Manager è quello di promuovere, a tutti i livelli, l'attività di gestione del rischio, facendo crescere la responsabilizzazione di tutto il personale riguardo specifiche politiche di presidio del rischio.

È compito del Risk Manager promuovere la redazione e l’applicazione del presente documento e, di concerto con l’Unità di valutazione del rischio clinico e la direzione strategica (Direzione medica ed amministrativa), individuare ed analizzare i potenziali rischi in cui può incorrere la struttura nella gestione dei servizi sociosanitari erogati.

L’Unità di valutazione del rischio clinico è un organo collegiale composto dalla direzione strategica, dal Risk Manager e dai riferimenti delle varie unità operative. In questo caso esso è composto da:

- ✓ Coordinatore reparto di riabilitazione ambulatoriale e semiresidenziale ex art.26;
- ✓ Coordinatore reparto di riabilitazione ambulatoriale ex art.26 “età evolutiva”;
- ✓ Coordinatore reparto di riabilitazione ambulatoriale FKT ed attività domiciliare;
- ✓ Direzione sanitaria;
- ✓ Direzione amm.va;
- ✓ Risk Manager;
- ✓ RSPP ed RLS.

1.3 RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI.

Ai sensi dell’art. 2 c. 5 della L. 24/2017, tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private devono predisporre una “relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Detta relazione è pubblicata sul sito internet della struttura sanitaria”.

Al fine di ottemperare a tale obbligo è pertanto necessario elaborare una relazione sintetica che accompagni e descriva la tabella di seguito riportata, che potrà eventualmente essere modificata sulla base di specifiche e motivate esigenze nel rispetto dei contenuti minimi in essa riportati:

Tabella 4 – Eventi segnalati nel 2025 (ai sensi dell’art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	Principali fattori causali/contribuenti ^(B)	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
----------------	----------------------------------	--	-------------------------	----------------

Near Miss^(A)	0	Strutturali (0%) Tecnologici (0%) Organizzativi (0%) Procedure/Comunicazione (0%)	Strutturali (0%) Tecnologiche (0%) Organizzative (0%) Procedure/Comunicazione (0%)	Sistemi di reporting (80%) Sinistri (20%) Emovigilanza (0%) Farmacovig. (0%) Dispositivovig. (0%) ICA (0%)
Eventi Avversi^(A)	0			
Eventi Sentinella^(A)	0			

(A): riportare le definizioni secondo il glossario del Ministero della Salute o come nota alla tabella o all'interno della narrativa.

(B): I fattori causali/contribuenti fanno ovviamente riferimento esclusivamente agli eventi sottoposti ad analisi. Per la definizione degli eventi meritevoli di analisi si rimanda al documento "Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella" adottato con Determinazione n. G12355 del 25 ottobre 2016 e disponibile sul cloud regionale.

Come si evince dalla tabella sopra esposta non si sono verificati eventi avversi e/o sinistri nell'annualità indicata pertanto non sarà condotta alcuna relazione consuntiva.

L'art. 4 c. 3 della L. 24/2017 prevede inoltre che "tutte le strutture pubbliche e private rendono disponibili, mediante pubblicazione sul proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio".

Al fine di ottemperare a tale obbligo viene redatta la seguente tabella esplicativa:

Tabella 5 –Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (ai sensi dell'art. 4, c. 3 della L. 24/2017)

Anno	N. Sinistri ^(A)	Risarcimenti erogati ^(A)
2021	0	0
2022	0	0
2023	0	0
2024	0	0
2025	0	0
Totale	0	0

(A): vanno riportati solo i sinistri e i risarcimenti relativi al rischio clinico, escludendo quelli riferiti a danni di altra natura (ad esempio smarrimento effetti personali, danni a cose, ecc.)

1.4 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

La Società Cooperativa La Valle, per i servizi sociosanitari gestiti, ha attivato una copertura assicurativa ai sensi della Legge 8 marzo 2017, n. 24 e ss.mm.ii. con la compagnia **UnipolSai Assicurazioni S.p.A** – Sede Legale: Via Stalingrado, 45 40128 Bologna – Telefono: 051 5076111 – Fax: 051 375349 – Mail Pec: **unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it** per la responsabilità civile rischi diversi RCT/O tipologia di contratto "cooperativa che eroga servizi socio sanitari / socio assistenziali". Massimale € 1.000.000,00.

Copia della predetta polizza è resa disponibile al seguente link online:

<https://riabilitazione.lavalle.it/trasparenza/legge24-2017/>

1.5 RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARS PRECEDENTE

In questa sezione viene riportata una relazione sintetica sulle attività previste nel PARS dell'anno precedente, sulla loro realizzazione e/o sulle criticità che non hanno consentito il raggiungimento di tutti gli obiettivi previsti.

Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
Formazione specifica operatori in materia di gestione del rischio clinico	SI	La formazione è realizzata sul 55% degli operatori ed ha ottenuto una buona efficacia sugli operatori.
Elaborazione dei feedback	SI	I feedback vengono analizzati nel contesto di analisi a posteriori a seguito di eventi realizzati nel concreto.
Coinvolgimento delle altre Unità e dei caregivers	SI	Le altre unità della struttura ed i caregivers sono coinvolte in una ottica unitaria di gestione del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti ma anche dei lavoratori.
Promozione azioni sul monitoraggio delle ICA	SI	L'organizzazione ha anche provveduto all'adeguamento del documento in base alla reale articolazione ed esigenze aziendali.

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS

La realizzazione del PARS riconosce sempre almeno due specifiche responsabilità:

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

In questa sezione si elencano le responsabilità relative alle fasi di redazione, adozione e monitoraggio del PARS. Di seguito la matrice delle responsabilità della struttura in oggetto:

Azione	Risk Manager	Direttore Generale e CdA	Direttore Sanitario (A)	Direttore Amministrativo (A)	Strutture Amministrative e Unità di Valutazione
Redazione PARS e proposta di deliberazione	R	C	C	C	C
Adozione PARS con deliberazione	I	R	C	C	-
Monitoraggio PARS	R	I	C	C	C

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

(A) dell'azienda/struttura.

OBIETTIVI

- A. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure (attraverso formazione su operatori e utenti/caregivers).
- 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/tecnologie/infrastrutture, evitando anche appesantimenti di tipo burocratico-gestionale e concentrandosi invece sulla diretta e concreta attuazione dei protocolli e delle criticità/circostanze di riferimento.
- D. Promozione di interventi mirati al monitoraggio e controllo circa l'applicazione del PARS e allegati.

Relativamente alle infezioni correlate all'assistenza (di seguito ICA), si rimanda al documento "LINEE GUIDA PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO ANNUALE DELLA INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (PAICA)".

ATTIVITÀ

In questa sezione vanno elencate le attività previste per il raggiungimento degli obiettivi come precedentemente definiti. 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 della struttura per la diffusione di dati e report sulla qualità delle prestazioni sanitarie. L'obiettivo B) (*Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa*), invece, potrà 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) o di risk analysis (come l'utilizzo degli audit di rischio clinico); nell'elaborazione o revisione di procedure volte al recepimento di documenti nazionali e internazionali o, ancora, in attività di monitoraggio e valutazione della qualità percepita dagli utenti o di 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 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 6. Le attività che si sviluppano su un arco temporale pluriennale vanno declinate e sviluppate per singolo anno.

Tabella 6 – Declinazione delle attività in base agli obiettivi predefiniti

OBIETTIVO A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.

ATTIVITÀ 1 - Esecuzione di almeno un appuntamento annuale di illustrazione/aggiornamento del PARS in corso di validità e di approfondimento/sensibilizzazione sulla cultura della sicurezza delle cure e della gestione del rischio sanitario.

INDICATORE

Esecuzione di almeno un appuntamento di discussione. Verbalizzazione.

STANDARD

SI

FONTE

Risk Management, Direzione sanitaria o Coordinatori dei servizi.

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk manager/Dir. San./Coordinatori	UO Formazione
Progettazione del corso	R	C
Esecuzione del corso	R	I

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 – Implementazione protocolli interni, applicazione, controlli ed analisi dei feedback.

INDICATORE

Controllo di almeno il 10% dei protocolli/azioni intraprese. Audit del Risk Management.

STANDARD

SI

FONTE

Risk Management.

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk manager	UO Formazione
Implementazione protocolli	R	C
Esecuzione controlli	R	I

OBIETTIVO C) Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture/tecnologie/infrastrutture.

ATTIVITÀ 1 – Coinvolgimento nell'Unità di valutazione del rischio clinico del Responsabile dei lavoratori per la sicurezza e dell'RSPP.

INDICATORE

Presenza nelle attività dell'Unità di valutazione delle figure sopra indicate. Check.

STANDARD

SI

FONTE

Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk manager	UO Formazione
Coinvolgimento su azioni specifiche	R	C

OBIETTIVO D) D. Promozione di interventi mirati al monitoraggio e controllo circa l'applicazione del PARS e allegati.		
ATTIVITÀ 1 – Espletamento di controlli a campione.		
INDICATORE Verbali di controllo solo a seguito di eventi avversi.		
STANDARD SI		
FONTE Risk Management		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	UO Formazione
Esecuzione controlli	R	C

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS

- a. Presentazione e approvazione all'Organo di amministrazione della Società (CdA);
- b. Pubblicazione sul sito web istituzionale www.riabilitazione.lavalle.it;
- c. Trasmissione ai membri della Unità di Valutazione;
- d. Invio mail alle articolazioni regionali e/o territoriali competenti.

RIFERIMENTI NORMATIVI

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. G12355 del 25 ottobre 2016 recante “Approvazione del documento recante ‘Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella”;
10. Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante “Approvazione del ‘Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti””;
11. Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie”;
12. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017”;
13. Determinazione Regionale n. G09765 del 31 luglio 2018 recante “Revisione del ‘Documento di indirizzo per l’implementazione delle raccomandazioni Ministeriali n. 6 per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto e n. 16 per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi””;
14. Determinazione regionale n. G13505 del 25 ottobre 2018 recante: “Approvazione Documento di indirizzo sulla prevenzione e la Gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”;
15. Decreto del Commissario ad Acta 29 ottobre 2018, n. U00400 recante: “Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico”.
16. Ordinanze del Presidente della Regione Lazio in materia di gestione della emergenza sanitaria SARS-CoV-2 e linee guida della ASL di Latina.
17. Determinazione della Regione Lazio n. Determinazione 25 gennaio 2022, n. G00643 (Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario" (PARS)).

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

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;
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;

NOTIFICA DEGLI EVENTI AVVERSI - SINISTRI

Ogniqualvolta venga rilevato un evento avverso e/o un sinistro denunciato, il Responsabile (Risk Manager) è tenuto ad informare sia la Direzione tecnica/sanitaria che la proprietà della Società senza ingiustificato ritardo e, ove possibile, entro 48 ore dal momento in cui ne è venuto a conoscenza.

La notifica deve presentare un contenuto minimo di informazioni e tali da consentire il controllo e di verificare l'accaduto denunciato.

Per le procedure consequenziali agli eventi avversi si rimanda alla normativa di settore in vigore. In particolare si sottolinea la notificazione dell'evento avverso alla compagnia assicuratrice nonché la segnalazione sui portali informatici implementati dal SSR.

AGGIORNAMENTO DEL DOCUMENTO

Il presente documento è aggiornato straordinariamente secondo le eventuali informazioni/dati/note e circolari che vengano emanate dai competenti uffici della Regione Lazio, della competente ASL e/o da articolazioni del sistema sanitario regionale o nazionale. Ogni variazione e/o modifica dell'edizione in corso dovrà essere comunicata tempestivamente agli interessati, anche in deroga alle precedenti previsioni regolamentari.

L'aggiornamento consiste:

- a) nella verifica di eventuali integrazioni e/o modifiche normative, ovvero nella promulgazione/applicazione di nuove Leggi e regolamenti attinenti alla materia trattata;
- b) nella verifica dei processi tecnico/organizzativi al fine di riscontrare la loro validità, sicurezza ed aderenza ai requisiti normativi rispetto alle attività effettivamente espletate.

L'aggiornamento del presente documento viene condotto dal Responsabile con l'apporto professionale dell'Unità di valutazione e la Direzione sanitaria.

L'aggiornamento si espleta con la redazione di apposito verbale che dà conto delle verifiche effettuate ed indica le eventuali azioni correttive e/o integrative e modificative da apportare ai vari documenti.

Allegati:

- a) Piano igiene delle mani;
- b) Programma di controllo della legionellosi.

Data approvazione e presentazione: 20/02/2026.

Firme: Responsabile del Risk Management: (dott. Cristian LECCESE)

