

Piano Annuale di Risk Management Anno 2026

Assistenza Domiciliare Integrata

New Care srl

Sede Legale - Via Degli Eroi, snc

03043 Cassino (Fr)

Documento di adozione del Piano Annuale di Risk Management (PARM 2026)

Cassino, 29 dicembre 2025

Indice

Pag.

1. Introduzione	3
1.1 Contesto organizzativo	4
1.2 Descrizione degli eventi/sinistri dell'ultimo anno	5
1.3 Descrizione della posizione Assicurativa	6
1.4 Resoconto delle attività del PARM precedente	6
2. Matrice delle Responsabilità	6
3. Obiettivi	7
4. Attività e matrice delle responsabilità	8
5. Modalità di diffusione del PARM	9
6. Riferimenti normativi	9
7. Bibliografia	11

1.0 Introduzione

La gestione del rischio o Risk Management è un processo sistematico che si occupa sia degli aspetti clinici sia di quelli strategico-organizzativi, servendosi di un complesso di metodi, strumenti e azioni utili alla identificazione, all'analisi, alla valutazione e al trattamento dei rischi per migliorare ed accrescere la sicurezza dei pazienti e degli operatori. Il Risk Management pertanto concentra lo sguardo sul rischio nelle strutture e nelle attività sanitarie, con il fine di predisporre strategie capaci ridurre e abbattere le probabilità che un paziente possa essere vittima di un evento avverso o che possa subire un qualsiasi danno anche se involontariamente imputabile, alle cure mediche prestate durante il periodo di assistenza domiciliare, causa di un prolungamento del trattamento o di un peggioramento delle condizioni di salute o addirittura di morte. **La gestione del rischio in ambito sanitario è attività prevista già nella legge 189 del 2012, la legge Balduzzi**, allo scopo di prevenire i contenziosi e di ridurre i costi assicurativi. Il rapporto logico tra Risk Management ed una gestione delle risorse economiche più razionale ed efficace, aveva portato allo scorporo di alcune indicazioni presenti nel disegno di legge Gelli per inserirle nella legge di Stabilità 2016, che assegna alla prevenzione del rischio effetti positivi sull'uso delle risorse ma anche sulla tutela del paziente. La Legge Gelli, assegna alla sicurezza delle cure il ruolo fondante del diritto alla salute, precisando che la stessa si concretizza attraverso l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche ed organizzative e attraverso le attività di prevenzione e gestione del rischio legato all'erogazione di prestazioni sanitarie. Della prevenzione del rischio se ne fanno carico tutti gli operatori sanitari che prestano la loro attività in ADI di I, II e III livello. La strategia per il governo e la gestione del rischio che New Care ha deciso di utilizzare è quella indicata dalla Regione Lazio che nel passato aveva adottato e, per semplificazione, si è mantenuto nella sostanza e nella denominazione, il PARM, ovvero il Piano Annuale di Risk Management, che permette di definire gli obiettivi prioritari da perseguire nel medio periodo ed i mezzi e i modi per realizzarli. Il PARM ha la finalità di rispondere alle raccomandazioni del Ministero della Salute, presenti nel documento intitolato Risk Management e Qualità in Sanità, che sono:

- individuare un modello organizzativo uniforme per la gestione del rischio clinico;
- elaborare direttive e linee guida per la rilevazione uniforme degli errori e dei rischi di errori nelle strutture sanitarie;
- promuovere eventi di formazione per la diffusione della cultura della prevenzione dell'errore;
- promuovere la segnalazione dei near miss;
- sperimentare, a livello aziendale, metodi e strumenti di segnalazione degli errori, di raccolta e di elaborazione dei dati per ottenere informazioni sulle procedure ad alto rischio e sulle frequenze degli errori;
- monitorare periodicamente e garantire un feed-back informativo;
- definire misure organizzative e appropriate tecnologie per la riduzione degli errori evitabili;
- favorire, anche attraverso opportune sperimentazioni, o sviluppo di modelli organizzativi e supporti tecnologici innovativi per migliorare la sicurezza.

La Regione Lazio con la determinazione n. G04112 dell'1.4.2014 e con la successiva n. G12355 del 25.10.2016, ha inteso promuovere con la massima condivisione dei principi e delle regole del governo clinico, la diffusione delle Linee Guida di Indirizzo, sempre nell'attenzione delle caratteristiche del contesto organizzativo e del profilo di rischio di ciascuna azienda. Le finalità del PARM sono quelle di descrivere e indirizzare le azioni di miglioramento definite prioritarie per la gestione del rischio clinico. Gli interventi programmati hanno lo scopo di proporre specifici correttivi alle criticità osservate, migliorando così la sicurezza del paziente e la qualità dei servizi offerti, nel rispetto degli obblighi legislativi. Il PARM riguarda quindi il sistema struttura di cura nel suo insieme e consta di azioni che includono:

- valutazione dei principali processi;

- analisi del rischio;
- promozione ed implementazione di procedure e istruzioni operative;
- formazione e informazione.

Le attività che si realizzano attraverso il PARM e che rientrano nelle iniziative aziendali in materia di rischio clinico, contribuiscono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza ed economicità/sostenibilità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali. La presenza della figura del Risk Manager, **pur essendo riconosciuto come principale responsabile dell'adempimento delle azioni previste nel PARM**, non affranca dalle specifiche responsabilità i soggetti formalmente preposti alla gestione dei processi assistenziali e alla realizzazione degli interventi pianificati. Ogni soggetto aziendale, infatti, svolge un ruolo determinante e di amplificazione nel diffondere con successo la cultura della sicurezza e la conoscenza del rischio.

1.1 Contesto organizzativo

ARCA Sanità by New Care srl, partita IVA 03000300602 - numero REA:193081, ha la Sede Legale in Via degli Eroi, snc – 03043 Cassino (FR). È **accreditata con la Regione Lazio** e **autorizzata dalla Regione Puglia** per il servizio di attività di assistenza domiciliare relativamente ai servizi rivolti a persone parzialmente, temporaneamente o totalmente non autosufficienti, a pazienti terminali oncologici e non.

Per la **ASL di Frosinone**, giusta Deliberazione n° 41 del 8 febbraio 2022, la Centrale Operativa coincidente con la Sede Legale ha sede in Cassino (03043), alla Via degli Eroi snc - **telefono 0776-25569, fax 0776-24977**;

Per la **ASL RM1**, giusta Determinazione n° G00258 del 17 gennaio 2022, la Centrale Operativa è ubicata in Via Cassia 1777 – 00123 Roma - telefono 06.83986864, fax 06.83796005;

Per la **ASL RM3**, giusta Determinazione n° G00259 del 17 gennaio 2022, la Centrale Operativa è ubicata in Via Capitan Consalvo n° 23 – 00122 Roma - **telefono 06.83937724, fax 06.83937717**;

Per la **ASL RM5**, giusta Determinazione n° G00260 del 17 gennaio 2022, la Centrale Operativa ha sede in Via Monte Nero, 101 – 103, 00012 Guidonia Montecelio (RM) - **telefono 0774.035508, fax 0774.033804**.

Il servizio è governato da una Centrale Operativa (CO), opportunamente dotata di risorse umane e strumentali adeguate a rispondere alle esigenze del servizio, e presso la quale si concentrano le funzioni di: coordinamento complessivo del servizio, gestione degli operatori, pianificazione delle attività, approvvigionamento dei presidi e servizi annessi. La Centrale Operativa, inoltre rappresenta un punto di riferimento, oltre che per i nostri operatori, anche per le competenti funzioni della ASL e per gli utenti del servizio e i loro familiari, in quanto pianifica e governa complessivamente il servizio, programmando gli accessi a tutti gli utenti e di tutti i professionisti.

1.2 Descrizione degli eventi/sinistri dell'ultimo anno

Il presente Piano Annuale di Risk Management, **relativo all'anno 2026**, rappresenta il **terzo PARM di New Care**. La stesura del documento, si basa sulla valutazione orientativa della rischiosità dell'analisi del precedente rapporto e dell'assenza di sinistrosità nel corso dell'anno precedente, **il 2025, fatta eccezione per un Near Miss, senza conseguenze per la paziente**. L'esame e la valutazione delle cartelle domiciliari è stata integrata con quanto emerso dai colloqui con il personale sanitario e riabilitativo e dalla disamina di comunicazioni interne, indirizzate alla Direzione Sanitaria da parte di medici e operatori della struttura, relative a criticità riscontrate nell'esercizio delle specifiche funzioni. Nel rispetto degli obblighi della trasparenza stabiliti dalla L. 24/2017, **allo scopo di consentire la corretta comprensione dei dati riportati nelle tabelle 3 e 4**, è necessario precisare alcune definizioni.

Si parla di **Near Miss o Close Call o evento evitato** quando un errore, pur avendo la potenzialità di causare un evento avverso, viene intercettato prima di produrre danni oppure non ha conseguenze avverse per il paziente. Si incorre in un **Evento Avverso** quando, invece, un evento inatteso e correlato al processo assistenziale comporta in modo ovviamente non intenzionale e indesiderabile un danno al paziente. Non tutti gli eventi avversi sono prevenibili, ma solo quelli attribuibili ad un errore: l'effetto collaterale di un farmaco o la complicità di una procedura chirurgica, ad esempio, potrebbero non essere dovuti a un errore. Ci troviamo di fronte ad un **Evento Sentinella** quando l'evento avverso è di particolare gravità. In questi casi è necessario sottoporlo a un'analisi approfondita per accertare se sia stato causato o vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili, che successivamente vanno affrontati con adeguate misure correttive. È bene chiarire che il numero di eventi segnalati da una struttura sanitaria non rappresenta un indicatore di qualità e di sicurezza, né consente di confrontare strutture diverse. Ed anche se la cosa può apparire paradossale, una organizzazione che non segnala o che segnala poco potrebbe essere più "pericolosa" di una che segnala, in quanto è ormai riconosciuto a livello internazionale che la propensione degli operatori a segnalare gli eventi, specie quelli senza conseguenze o intercettati, è uno degli indicatori della diffusione della cultura della sicurezza all'interno di una organizzazione. L'analisi documentale e le operazioni di audit interno hanno permesso di rilevare criticità minori, sostanzialmente correlate ad assenze non preavvisate dei pazienti, incompleta compilazione della cartella clinica, difficoltà iniziali di applicazione del nuovo sistema gestionale su piattaforma informatizzata; ridotta compliance di alcuni pazienti e/o caregiver all'utilizzo di dispositivi di comunicazione elettronica, aggiornamento della valutazione del rischio. La presenza di Eventi Avversi Severi, come danni non intenzionali sofferti da pazienti dal punto di vista del paziente, ha presentato la seguente distribuzione per servizio:

- **Assistenza domiciliare Integrata ad alta complessità o III livello: nessun evento (un Near Miss);**
- **Assistenza a media intensità o II Livello: nessun evento;**
- **Assistenza domiciliare Integrata a bassa intensità (prestazioni occasionali) o I livello: Nessun evento.**

Le interviste agli operatori ed i colloqui con l'utenza hanno confermato alcune criticità specifiche per ciascuna tipologia assistenziale. Per quanto riguarda l'attività assistenziale a media intensità, è segnalata una certa difficoltà nella gestione della terapia riabilitativa nei pazienti anziani con alterazioni cognitive a causa di una bassa compliance di costoro alle procedure, perché non ne è compreso il significato o perché ne sottovaluta l'importanza.

Le fasi maggiormente problematiche in termini di rischio, con particolare riferimento ai problemi di comprensione del paziente e di comunicazione tra operatori, sono risultate essere quelle iniziali, vale a dire quelle di adattamento al percorso riabilitativo quando i pazienti tendono a non aderire correttamente al percorso terapeutico.

1.3 Descrizione della posizione assicurativa

Compagnia: **UNIPOL SAI. - RCT + RCO Pol. Responsabilità Civile – Rischi diversi - Massimale 3.000.000 euro. Franchigia 2.5000 euro - Premio annuale 6380,40 euro.**

A seguire nella tabella 1 vengono riportati sinistrosità e risarcimenti erogati negli ultimi 9 anni, a partire dal 2016 anno di inizio delle attività di Risk Management in New Care.

Tabella 1 - Sinistrosità e risarcimenti erogati negli ultimi 9 anni (Art. 4, C. 3, L. 24/2017).

Anno	Numero sinistri	Risarcimenti erogati
2016	0	0
2017	0	0
2018	0	0
2019	0	0

2020	0	0
2021	0	0
2022	0	0
2023	0	0
2024	0	0
2025	0	0

1.4 Resoconto delle attività del PARM precedente

Non ci sono state variazioni nella tipologia di assistiti nel corso del 2025. Obiettivi ed indicatori rimangono sostanzialmente i medesimi.

2.0 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 Aziendale che s'impegna a fornire al Risk Manager e all'organizzazione aziendale le risorse e le opportune direttive (come ad esempio la definizione di specifici obiettivi di budget) per la concreta realizzazione delle attività in esso previste.

In questo punto 2 del documento, riguardante la matrice delle responsabilità, si fa riferimento solo alle fasi di redazione, adozione e monitoraggio del PARM. Si rimanda al punto 4, attività e matrice delle responsabilità, per quanto riguarda le responsabilità delle singole azioni previste nelle attività pianificate.

Tabella 2 - Matrice delle Responsabilità del PARM.

Azione	Risk Manager	Legale Rappresentante	Direttore Sanitario	Figure di Supporto
Redazione PARM	R	C	C	-
Adozione PARM	I	R	C	-
Monitoraggio PARM	R	I	C	C

Legenda: R = Responsabile C = Coinvolto I = Interessato

Nella specifica realtà dell'ARCA Sanità by New Care, il Risk Manager sta organizzando la costituzione di un gruppo del Risk Management con il coinvolgimento del Direttore Sanitario, del Medico Coordinatore, del Direttore Generale, del Care Manager, del Coordinatore fisioterapico e di una figura amministrativa. Lo scopo è quindi quello di costituire un nucleo ristretto di figure professionali preposte alle attività di Programmazione, Verifica e Controllo delle attività di Risk Management. Altri componenti variabili possono partecipare come figure "straordinarie" del cosiddetto Gruppo di Supporto alla Funzione di Gestione del Rischio in caso di necessità di specifiche competenze.

3.0 Obiettivi

Nel recepire le Linee Guida Regionali per l'elaborazione del PARM (Decreto del Commissario Ad Acta del 4.11.2016 n. U00328 Approvazione delle "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)", tenuto

conto della descrizione degli event di cui al presente paragrafo, sono stati proposti per l'anno 2026 i seguenti obiettivi strategici:

- Monitorare la funzione di gestione del rischio sanitario;
- Rivalutare il rischio correlato alle prestazioni erogate;
- Realizzare interventi per migliorare l'informazione agli utenti;
- Realizzare interventi per migliorare l'informazione agli operatori del Centro;
- Attuare tutti gli obblighi di Legge per la sicurezza degli operatori e dell'utenza;
- Implementare la sicurezza ambientale.

Gli obiettivi strategici saranno in particolare così articolati:

1. Implementare la funzione di gestione del rischio sanitario, la cosiddetta funzione di Risk Management;
 - Individuazione delle figure di supporto del Risk Manager.
 - Designazione di ruoli e responsabilità delle figure preposte alla Gestione del Rischio
2. Valutare il rischio correlato alle prestazioni erogate:
 - a. Supporto del sistema interno di segnalazione di eventi sentinella, eventi avversi, incidenti, near miss correlati alle prestazioni sanitarie, in osservanza anche alla Determinazione della Regione Lazio del 25.10.2016 n. G12355;
 - b. Pieno impiego della scheda di segnalazione evento correlato alle prestazioni sanitarie nella quotidianità caratterizzate da più alta rischiosità, **in particolare la MS.111 Scheda di segnalazione di errore in terapia farmacologica.**
 - c. Svolgimento di un corso breve di formazione per la segnalazione abituale degli eventi e per la compilazione della scheda di reporting;
 - d. Costituzione di un gruppo di lavoro responsabile del recepimento della scheda di reporting in tutta l'organizzazione;
 - e. Realizzare interventi per migliorare l'informazione agli utenti. Curare tutti i canali mediatici (sito web, FB, Instagram);
 - f. Realizzare interventi per migliorare l'informazione agli operatori sanitari che si occupano dell'assistenza domiciliare con riunioni periodiche di condivisione e confronto;
 - g. Attuare tutti gli obblighi di Legge per la sicurezza degli operatori e dell'utenza:
 - ✓ Formazione obbligatoria per la sicurezza dei nuovi assunti;
 - ✓ Esecuzione e verbalizzazione della prova di evacuazione.
- Implementare la sicurezza ambientale Ristrutturazione opere murarie.

Tabella 3 - Obiettivi.

Identificazione Obiettivo strategico	Obiettivo specifico	Responsabile/Unità Coinvolta
1	Individuazione delle figure di supporto alla funzione di gestione del rischio con rispettive funzioni.	Responsabile amministrativo
2a	Applicazione del sistema interno di segnalazione di eventi avversi/incidenti/Near miss correlati alle prestazioni erogate.	Risk Management

2b	Utilizzazione della scheda di segnalazione di errore in terapia farmacologica MS.111.	Coordinatore Infermieristico
2c	Svolgimento di un corso breve di formazione per la segnalazione abituale degli eventi e per la compilazione della scheda di reporting.	Direzione – Direttore Sanitario
2d	Costituzione di un gruppo di lavoro responsabile del recepimento della scheda di reporting in tutta l'organizzazione.	Direzione – Direttore Sanitario
3	Aggiornamento costante ed implementazione canali di comunicazione.	Direzione- consulente esterno
4	Programmazione riunioni	Direzione amministrativa e Direzione Sanitaria
5a	Corso di Formazione Sicurezza D. Lgs 81	Responsabile aziendale Sicurezza
5b	Effettuazione prova di evacuazione	RSPP
6	Lavori ristrutturazione ambienti	Direzione amministrativa

4.0 Attività e matrice delle responsabilità

La realizzazione degli obiettivi considerati nel PARM è in capo ai diversi responsabili in funzione del target dell'obiettivo stesso e della sua sede di implementazione, come evidenziato nella sezione relativa agli obiettivi.

Le responsabilità sono costantemente condivise dalla figura del Risk Manager e dalla Direzione amministrativa per quanto riguarda la parte di programma più propriamente strategica, mentre investono direttamente le figure di riferimento sia medici che membri del personale riabilitativo o delle professioni sanitarie affini (ad esempio psicologo) per quanto riguarda la parte operativa di progettazione e realizzazione degli obiettivi pianificati.

Per alcuni obiettivi specifici sono individuati i seguenti indicatori:

Tabella 4 - Alcuni indicatori degli Obiettivi.

Identificazione Obiettivo strategico	Obiettivo specifico	Indicatore	Scadenza
1	Individuazione delle figure di supporto alla funzione di gestione del rischio con rispettive funzioni.	Documento di approvazione sottoscritto dai componenti l'Unità di Gestione del Rischio	30/06/25
2c	Svolgimento di un corso breve di formazione per la segnalazione abituale degli eventi e per la compilazione della scheda di reporting.	N° Operatori formati alla compilazione della Scheda	30/06/25

2e	Analisi sull'introduzione del sistema di reporting e sintesi delle criticità.	Relazione annuale interna al verbale di riesame della direzione	31/12/26
3	Svolgimento corso formazione Sicurezza	N° Operatori formati	30/12/26
4	Svolgimento prova evacuazione	Verbale di report prova	30/12/26

5.0 Modalità di diffusione del PARM

Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività previste dal PARM e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la diffusione della conoscenza del documento sarà a cura della Direzione Aziendale e sarà realizzata attraverso la pubblicazione del PARM sul sito internet aziendale e mediante riunioni di aggiornamento del personale.

6.0 RIFERIMENTI NORMATIVI

- Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009;
- Criticità emerse mediante il processo di revisione cartelle cliniche ed interviste agli operatori delle unità di riferimento;
- Modello organizzativo di sviluppo del "Percorso aziendale per il recepimento e l'implementazione delle Raccomandazioni del Ministero della Salute per la sicurezza dei pazienti" indicato dalla Regione Lazio (nota 99218 del 23 febbraio 2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio-Sanitaria);
- Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi 11 sentinella - Determina n. G12355 del 25/10/2016;
- Revisione delle Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)- Determina n. G01226 del 2/2/2018;
- Decreto Legislativo N. 502, 30 dicembre 1992: Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421;
- D.P.R. 14 gennaio 1997: 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;
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229: Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419;
- Decreto Legislativo n°254, 28 luglio 2000: Disposizioni correttive e integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari;
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 Testo coordinato con il D. Lgs. 3 agosto 2009, n. 106. Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro;
- Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009: Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
- Decreto del Commissario ad acta 28 maggio 2013, n U00206: Nuovo atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della regione Lazio a seguito del recepimento degli "standard per

l'individuazione di strutture semplici e complesse del S.S.N. ex art. 12, comma 1, lett. B, Patto per la Salute 2010-2012" elaborati dal Comitato L.E.A. 8/10;

- DM 24 luglio 1995: Contenuti e modalità degli indicatori di efficienza nel Servizio sanitario nazionale. GU n. 263, 10 novembre 1995 • 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;
- 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";
- Determinazione Regionale n. G04112 del 01 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 (CC-ICA)";
- Nota Prot. n. 58028/GR/11/26 del 03 febbraio 2015 della Direzione Regionale Salute e 12 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;
- Nota Prot. n. 99218/GR/ 11/26 del 23 febbraio 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";
- Legge 28 dicembre 2015, n. 208 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)";
- 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";
- Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del 'Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti";
- 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";
- Nota Prot. U0583694 del 17 novembre 2017 della Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali — Area Programmazione della Rete Ospedaliera e Risk Management recante "Adempimenti LEA 2017";
- Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017";
- Istituzione del Centro regionale rischio clinico - Determina n. G16829 del 28/11/2017.
- Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico. DCA n. U00400 del 29/10/2018.
- Determinazione n. G00164 del 11 gennaio 2019 recante Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk management.

7.0 BIBLIOGRAFIA

- Ministero della Salute: Risk Management in Sanità- il problema degli errori Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
- Ministero della Salute, Approvazione dei modelli di schede di segnalazioni di incidenti o mancati incidenti, che coinvolgono dispositivi medici e dispositivi medico-diagnostici in vitro, «Gazzetta ufficiale», 24 nov. 2005, n. 274;

- WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 13 Save Surgery Save Live;
- Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997;
- Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770;
- Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute;
- Vincent C, La Sicurezza del Paziente Springer-Verlag Italia 2011 2 Edizione;
- Apprendere dagli Errori Il Pensiero Scientifico Editore;
- B. Andersen, T. Fagerhaug, Root cause analysis. Simplified tools and techniques, Milwaukee (Wis.) 2000, 20062.
- IOM (Institute of Medicine of the National academies), to err is human. Building a safer health system, ed. L.T. Kohn, J.M. Corrigan, M.S. Donaldson, Washington D.C. 2000;
- J. Reason, Human error. Models and management, «BMJ. British medical journal», 2000, 320, 7237, pp. 768-70;
- C. Vincent Clinical risk management. Enhancing patient safety, ed., London 2012;
- S.A. Nashef, what is a near miss? «The lancet», 2003, 361, 9352, pp. 180-81;
- G.R. Baker, Harvard medical practice study, «Quality and safety in health care», 2004, 13, 2, pp. 151- 52;
- M. Geddes Da Filicaia, Guida all'audit clinico. Pianificazione, preparazione e conduzione, Roma 2008; 16. Benci L., Bernardi A. et al.: Sicurezza delle cure e responsabilità sanitaria. Commentario alla legge 24/2017. Quotidiano Sanità edizioni, 2017.

Il Direttore Sanitario
Dott. Giovanni Volo



Cassino 28 febbraio 2026

