



Piano annuale Risk Management

Data 25.01.2023

Piano Annuale Risk Management (PARM)

RISULTATI ANNO 2022 - PIANO ANNO 2023
25/01/2023

LEGGI, NORME, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA E RACCOMANDAZIONI APPLICABILI

- D. Lgs. 502/92: Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n.421.
 - D.P.R. 14/01/1997: 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.
 - 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: Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro - Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.
 - Circolare Ministeriale n.52/1985: "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
 - Circolare Ministeriale n. 8/1988: "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza".
 - D.M. 24 luglio 1995: "Contenuti e modalità degli indicatori di efficienza nel Servizio sanitario nazionale" GU n. 263, 10 Novembre 1995;
 - 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;
 - Piano Nazionale di contrasto all'antibiotico resistenza 2017-2020;
 - Legge 8 marzo 2017, n. 24. "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie". (17G00041) (GU n.64 del 17-3-2017);
 - Rapporti ISS COVID-19 Istituto Superiore di Sanità;
-



Piano annuale Risk Management

Data 25.01.2023

INDICE

Copertina

Indice

Riferimenti e requisiti normativi

Politica e Obiettivi per la sicurezza e la qualità delle cure

Responsabilità

Risultati della gestione reattiva e proattiva

Monitoraggio, analisi e valutazione del contenzioso

Monitoraggio, analisi e valutazione incident reporting

Risultati della gestione dell'emergenza pandemica

Risultati degli interventi reattivi

Risultati degli interventi proattivi

Obiettivi generali e linee d'intervento future

Pianificazione interventi reattivi e proattivi

Miglioramento delle informazioni documentate

Sviluppo delle competenze e della consapevolezza

Adeguamento delle infrastrutture, dispositivi e apparecchiature

Pianificazione del miglioramento

Comunicazione, partecipazione e condivisione

POLITICA E OBIETTIVI PER LA SICUREZZA E LA QUALITA' DELLE CURE

Il sistema per la gestione dei processi di risk management supporta la clinical governance affinché il IRCCS DE BELLIS sia in grado di operare in una visione per processi orientata al miglioramento continuo dei propri servizi e della salvaguardia degli standard di cura e di assistenza.

Gli elementi alla base della politica sono la definizione di una esplicita azione per la tutela della salute, che punti all'efficacia clinica e all'efficienza organizzativa, nel rispetto di tutte le parti interessate al buon funzionamento dell'azienda: i pazienti, gli utenti, i dipendenti, il governo regionale, i fornitori e le istituzioni del territorio.

Il primo impegno la Direzione Strategica del IRCCS DE BELLIS l'assume nei confronti del contesto esterno ed interno entro cui agisce, costituiti, sotto il primo aspetto, da fattori: politici, demografici, economici e quello aziendale, dalle risorse umane, strutturali e tecnologiche; riconoscendo e garantendo la centralità dell'essere umano, prendendosi cura della persona, realizzando così il ruolo fondante che un'azienda sanitaria pubblica o privata deve avere nella propria mission.

Questo fondamentale impegno trova materiale realizzazione attraverso un sistema organizzativo basato sulla riprogettazione dei processi aziendali, da: pianificare, realizzare, controllare e migliorare, avvalendosi di strumenti già consolidati, quale è il ciclo PDCA (Plan Do Check Act) e una metodologia sul "Risk-based thinking". Infatti, se il miglioramento dei processi è l'obiettivo, l'analisi del rischio, intesa come valutazione dei pericoli potenziali e contestuale riduzione dell'incertezza, è lo strumento per il raggiungimento di quest' obiettivo.

La Direzione Strategica del IRCCS DE BELLIS ha la piena consapevolezza che conoscere i processi di un Azienda, saper valutare il rischio, significa comprenderne tutti gli aspetti che la compongono: da quelli programmatici, agli attuativi, ai controlli necessari, sia quelli costanti che i periodici. Perché solo conoscendo i contesti entro i quali si opera e ci si radica, dalle attività realizzate attraverso i loro legami, agli aspetti incerti o pericolosi, ma anche alle opportunità da considerare e sviluppare e fare crescere, si possono utilizzare al meglio le risorse, minimizzando i costi, massimizzando il valore dell'Azienda.

Tutte le organizzazioni sanitarie italiane, pubbliche e private, compresa la nostra, sono state messe a dura prova, nel corso del 2020, dall'emergenza Coronavirus. L'esperienza tragica di questi mesi può tradursi in un'opportunità se la nostra politica per la qualità e la sicurezza delle cure, sarà, nei prossimi mesi, finalizzata a reingegnerizzare i processi aziendali basandoli su meccanismi di Business Continuity/"Continuità Operativa" e sviluppando sempre meglio la capacità della nostra organizzazione di continuare a erogare le prestazioni in conformità a livelli accettabili e predefiniti, anche a seguito di eventi fortemente destabilizzanti. Gli obiettivi innovati del nostro sistema di gestione del rischio clinico e della qualità, basati saldamente sulla continuità operativa, dovranno consentirci di ottenere i seguenti benefici:

- Migliore comprensione del contesto attraverso l'analisi delle criticità e delle aree di vulnerabilità;



Piano annuale Risk Management Politica e obiettivi

Data 25.01.2023

- Maggiore resilienza organizzativa ovvero capacità di adattarsi al cambiamento attraverso la collaborazione tra i team;
- Approccio coerente in tutta l'organizzazione;
- Riduzione dei costi e minore impatto sulle prestazioni aziendali in caso di impedimenti di vario tipo;
- Dimostrazione dell'impegno nei confronti di stakeholder come clienti, fornitori e regolatori, riguardo la disposizione di sistemi e processi validi per la continuità operativa;
- Benefici derivanti da una riduzione dei premi assicurativi.

VERIFICA ANNUALE DEL PIANO PROGRAMMA DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

La verifica annuale dell'andamento delle attività e programmi finalizzati alla gestione del rischio clinico costituisce lo strumento di rendicontazione tramite il quale la direzione del IRCCS DE BELLIS, nell'ambito del "riesame della direzione" analizza l'andamento delle azioni intraprese e dei risultati conseguiti in rapporto agli obiettivi strategici indicati dal piano programma per la sicurezza delle cure e risk management.

MODALITA' DI GESTIONE DELLE ATTIVITA' DI RISK MANAGEMENT

A partire dagli orientamenti guida forniti dalla letteratura, che correlano la efficacia degli interventi all'approccio multidimensionale ed all'efficace e tempestivo feedback, la verifica periodica si basa sull'analisi integrata dei flussi informativi esistenti (incident reporting, sinistri, reclami, revisioni di documentazione clinica, flussi riferiti alle cadute, infezioni correlate all'assistenza, eventi sentinella) tramite il confronto dei dati dell'anno in corso con i dati dell'anno precedente. La modalità adottata consente di superare la frammentazione delle fonti informative direttamente o indirettamente collegate alla sicurezza del paziente che ostacolano l'adozione di efficaci politiche di "Patient safety" favorendo una visione sistemica, che tiene conto dello specifico profilo di rischio del IRCCS DE BELLIS.

La tempestiva restituzione e discussione dei dati che emergono dalla relazione annuale sulla sicurezza delle cure risponde alla finalità di realizzare un costante coinvolgimento di tutti gli operatori coinvolti nei processi clinico assistenziali realizzando un clima organizzativo favorevole allo sviluppo di una cultura della sicurezza. Le risultanze delle analisi che emergono dall'andamento di fenomeni riferiti alla sicurezza e delle modalità utilizzo di strumenti che consentono una miglior gestione della sicurezza costituiscono inoltre elementi di riferimento per la definizione di eventuali criticità e priorità di intervento per la stesura degli obiettivi dell'anno successivo.

Piano annuale Risk Management
Responsabilità

Data 25.01.2023

ORGANIZZAZIONE E MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

La realizzazione del PARM riconosce sempre almeno due specifiche responsabilità:

- Quella del Risk Manager che lo redige e ne monitorizza l'implementazione;
- Quella dell'Alta Direzione che si impegna ad adottarlo ed 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.

Di seguito la matrice delle responsabilità del PARM di IRCCS DE BELLIS

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	(MR)						
	RM	DS	DG	DA	RGQ	RF	CRM
AZIONE							
POLITICA E SRATEGIE	C	C	R-A	C	C		
REDAZIONE PARM	R	C	C	I	C	I	
ADOZIONE DEL PARM	I	R	C	C			C
MONITORAGGIO DEL PARM	R	I	C	C	C	I	
ANALISI E VALUTAZIONI	C	C	R-A	C	C	C	C

LEGENDA: **RM** = Risk Manager, **DS** = Direttore Sanitario; **DG** = Direttore Generale; **DA** = Direttore Amministrativo; **RGQ** = Responsabile Sistema di Gestione della Qualità; **RF** = Responsabile di funzione tecnica e/o di supporto; **CRM** = Coordinatore rischio clinico di struttura

R = Responsabile, **I** = Interessato; **C** = Coinvolto; **A** = Approva/Valida

Il PARM del IRCCS DE BELLIS viene verificato dal Risk Manager armonizzato con le linee di indirizzo della Direzione Generale e verificato attraverso audit interno di prima parte e audit di terza parte.

In attesa di Deliberazione del direttore Generale è stato istituito il "**Gruppo Coordinamento Gestione Rischio Clinico (CGRC)**".

Al Gruppo sono stati assegnati, in via del tutto generale, i seguenti compiti e funzioni:

- Definire gli strumenti per l'individuazione e la valutazione dei momenti di rischio e delle situazioni incidentali;
- Individuare le criticità più o meno latenti;
- Individuare azioni(preventive e correttive), per la riduzione dei danni al paziente e per la
- Riduzione del contenzioso legale;



Piano annuale Risk Management Responsabilità

Data 25.01.2023

- Predisporre il Piano Annuale di Risk Management (PARM);
- Definire strategie per migliorare i rapporti con l'utenza e l'immagine dell'Azienda;
- Sostenere l'attività professionale di operatori sanitari e tecnici;
- Mettere a sistema i flussi informativi già esistenti e/o da attivare per la gestione dell'informazione sui rischi (eventi sentinella, incidenti, contenzioso relativo ai sinistri... etc);
- Definire percorsi di formazione specifica volti alla diffusione della cultura del rischio e degli strumenti concettuali per la gestione aziendale del rischio.

È stato Nominato nella funzione di Coordinatore del gruppo CGRC il dott. Pietro Trisolini



RENDICONTAZIONE DELLA GESTIONE PROATTIVA E REATTIVA REALIZZATA NEL CORSO DEL'ANNO 2022



ANALISI DEI SINISTRI

In ottemperanza agli art.2 comma 5 e art.4 comma 3 della Legge 8 marzo 2017 n.24 IRCCS DE BELLIS ha pubblicato sul proprio sito web i dati relativi alla sinistrosità.

REVISIONI DI PERCORSI ATTUATI A PARTIRE DALL'ANALISI DEI SINISTRI

Nella lettura dei dati relativi al risarcimento dei sinistri, occorre tenere presente che gli importi dei risarcimenti erogati sono relativi prevalentemente a sinistri accaduti e denunciati in anni precedenti.

L'analisi delle richieste di risarcimento è stata affrontata attraverso una cogestione sanitaria, amministrativa, legale e assicurativa svolta in seno al Comitato Valutazione Sinistri (CVS).

L'analisi dei sinistri ha fatto emergere alcune aree critiche sulle quali si sta intervenendo sia con azioni organizzative che con azioni di revisione dei percorsi clinici. Un'azione di miglioramento prevista per il prossimo anno è una maggiore condivisione delle informazioni tra la gestione legale del contenzioso relativo alla medical mal practice e il sistema di clinical risk management.

GESTIONE DELLE SEGNALAZIONI DI INCIDENT REPORTING

Le tabelle seguenti, sono prodotte attraverso l'elaborazione dei dati relativi alle segnalazioni di incident reporting fatte prevalentemente nell'ultimo anno.

ANDAMENTO ULTIMO TRIENNIO DELLE DELLE SEGNALAZIONI DI EVENTI

	Tipologie di evento					
	Near miss	Evento avverso	Caduta accidentale	Aggressione	Evento sentinella	Infezione
2022	0	0	0	0	0	0
2021	6	0	6	0	0	0
2020		0	5	0	5	0
Totale	6	0	11	0	5	0

Nel 2022 non ci sono state segnalazioni

ANDAMENTO ULTIMO TRIENNIO DELLA GESTIONE REATTIVA

	Attività di presa in carico (gestione reattiva) IR							
	Totale segn. IC	Segn. prese in carico	Segn. senza seguito	Segn. prese in carico con Azione correttiva	Segn. prese in carico con RCA	Segn. prese in carico con SEA	Segn. prese in carico con altre azioni	Segn. da prendere in carico
2022	0	0	0	0	0	0	0	0
2021	8	8	0	0	0	0	2	0
2020	2	2	0	0	0	0	0	0
Totale	10	10	0	1	0	5	4	0

ANDAMENTO MENSILE DELLE SEGNALAZIONI DI EVENTI

	Numero eventi per mese												
	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic	Tot
Near miss								0		0	0	0	0
Evento avverso	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Caduta accidentale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aggressione	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Evento sentinella	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Infezione	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

L'andamento mensilizzato delle segnalazioni evidenzia come cambiamenti organizzativi e logistici hanno occupato totalmente gli operatori e lasciato poco tempo per l'individuazione degli eventi nel 2022



PRESA IN CARICO DELLE SEGNALAZIONI DI INCIDENT REPORTING

Le segnalazioni di incident reporting sono state prese in carico dalla struttura Rischio Clinico e per ciascuna è stata disposta la relativa presa in carico.

- RISULTATI DELL'ATTIVITA' REATTIVA CON RCA

Non essendosi verificati eventi sentinella il Risk Manager non ha ritenuto necessario programmare RCA.

- RISULTATI DELL'ATTIVITA' REATTIVA CON SEA

Il risk manager ha programmato ed effettuato ben 5 Significant Event Audit (SEA) come attività reattiva conseguente a segnalazioni di near miss.

DEBITI INFORMATIVI FLUSSI REGIONALI E SIMES

I debiti informativi verso la Regione e verso il Ministero (flusso SIMES) e gli obblighi di pubblicazione dei dati sul sito del IRCCS DE BELLIS derivanti dalla Legge 24/2017, sono stati puntualmente assolti, in particolare:

- I dati relativi ai sinistri e agli eventi sono stati pubblicati sul sito del IRCCS DE BELLIS;
- Non essendosi verificati eventi sentinella non si è reso necessario compilare la scheda A e la scheda B previste dal flusso SIMES.



RENDICONTAZIONE DELLA GESTIONE PROATTIVA REALIZZATA

Intensa è stata l'attività proattiva programmata e realizzata dalla struttura Rischio Clinico del IRCCS DE BELLIS, in attuazione della politica aziendale. In seguito si riportano le principali aree della gestione attiva su cui si è intervenuti nel corso dell'anno.

- CONFORMITA' ALLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI E ALLE LINEE GUIDA

Durante il 2021 è proseguito il lavoro, già avviato nel 2020, del monitoraggio della **Raccomandazione Ministeriale n.13 “Caduta paziente in strutture sanitarie”**. I Referenti Rischio Clinico hanno analizzato le cadute segnalate durante l'anno, rilevando alcuni fattori che sembrano avere contribuito al verificarsi dell'evento. In particolare, in molti casi è stato rilevato che il paziente aveva preso l'iniziativa di muoversi in autonomia, contravvenendo a precise indicazioni ricevute dal personale sanitario.

Sono state intraprese ulteriori iniziative per richiamare meglio l'attenzione del paziente e dei suoi familiari a prevenire questo evento, che talvolta può dar luogo ad esiti anche gravi. Si prende atto che nel 2021, non si sono verificate cadute con esiti gravi.

- CONTROLLO QUALITA' DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

L'attività di controllo di qualità della documentazione sanitaria ed in particolare della cartella clinica è stata fatta da risorse preposte della direzione sanitaria dei presidi.



OBIETTIVI GENERALI E LINEE D'INTERVENTO PER L'ANNO 2023



INTERVENTI PROATTIVI PIANIFICATI PER L'ANNO 2023

- AUDIT CLINICI E ORGANIZZATIVI

Per il 2023 sarà pianificato un audit clinico - organizzativo finalizzati a verificare l'efficace attuazione delle procedure adottate su tutti i reparti.

- VALUTAZIONE FMEA-FMECA

La metodologia FMEA-FMECA mutuata dall'industria aeronautica si è rivelata estremamente efficace, in sanità, per la prevenzione degli errori.

- ATTIVITA' DI PREVENZIONE DELLE ICA

Un obiettivo strategico del Risk Manager per il 2023 è quello di coordinarsi con il Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO) per contribuire ad incentivare l'utilizzo di tecniche proattive come i Bundle



ATTIVITA' DI PRODUZIONE E REVISIONE DELLA DOCUMENTAZIONE PREVISTA PER L'ANNO 2023

Intensa sarà nel 2023 l'attività finalizzata alla revisione della documentazione in essere per aggiornarla e renderla coerente con i cambiamenti normativi ed organizzativi intercorsi.

Un'azione decisa sarà messa in campo per il recepimento delle raccomandazioni ministeriali afferenti il percorso del farmaco.

La sicurezza delle cure farmacologiche è aspetto rilevante dell'assistenza e componente essenziale della funzione di governo clinico. Ci proponiamo per l'anno 2022 di implementare procedure aziendali aggiornate sulle seguenti tre raccomandazioni:

- Raccomandazione n.19 - La manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide
- Raccomandazione n.18 - Prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli
- Raccomandazione n.17 - La Riconciliazione della terapia farmacologica

In particolare la RM n° 17 ha implicazioni organizzative che devono essere ben strutturate.

Obiettivo per il 2022 sarà il miglioramento della gestione e della sicurezza delle terapie farmacologiche soprattutto per i diversi setting di cura e nella logica sempre più stringente di integrazione Ospedale-Territorio e di continuità assistenziale. La mancanza di percorsi, di fatto, integrati e di una comunicazione efficace basata possibilmente sull'utilizzo di sistemi informatici adeguati, comporta situazioni che costituiscono criticità, in cui possono verificarsi rischi di errori terapeutici e danni alla salute della persona assistita.



**ATTIVITA' FORMATIVE PREVISTE PER L'ANNO 2023 IN MATERIA
DI RISCHIO CLINICO**

Nel piano della formazione per il 2023 intensa sarà l'attività di formazione in materia di rischio clinico. In particolare è previsto:

- Un corso avanzato in materia di rischio clinico rivolto a tutti i referenti rischio clinico sulle principali metodiche proattive e riattive
- Un corso di formazione sulle nuove procedure afferenti le tre raccomandazioni ministeriali di cui al paragrafo precedente



INVESTIMENTI PREVISTI PER L'ANNO 2023 IN DISPOSITIVI, APPARECCHIATURE, INFRASTRUTTURE

Per l'anno 2023 non sono previsti investimenti specifici in dispositivi finalizzati al rischio clinico. In particolare modo la pulizia ed igiene del paziente ricoverato.

INVESTIMENTI PREVISTI PER L'ANNO 2023 IN TECNOLOGIE DIGITALI

Per l'anno 2023 sono previsti investimenti specifici in tecnologie digitali finalizzati al rischio clinico, in particolare modo implementazione utilizzo cartella clinica di degenza, informatizzata ed installazione e formazione sull'utilizzo della cartella clinica ambulatoriale informatizzata.



PIANO DELLE AZIONI E DEI PROGETTI DI MIGLIORAMENTO PER L'ANNO 2023



Piano annuale Risk Management
Piano miglioramento azioni

Data 25.01.2023

Azioni preventive									
Numero Azione	Titolo	Descrizione	Interventi	Responsabile	Tempi previsti	Risultato atteso	Responsabile monitoraggio	Data verifica	Esito
P001/2021	Miglioramento dell'attività proattiva: avvio di valutazioni di tipo FMEA-FMECA	Valutare percorsi critici con la metodologia FMECA individuando in modo preventivo attività grave; con alto rischio residuo e attivando opportune azioni proattive	1 Costituire un gruppo di miglioramento individuare i percorsi critici, avviare l'attività di formazione on the job dei componenti dei gruppi	Referente Aziendale Gestione Rischio Clinico	31/12/2022	percorsi critici valutati con la metodologia FMECA; individuazione in modo preventivo di attività con alto rischio residuo e attivazione di opportune azioni proattive			
P002/2021	Avviare un programma di audit clinici organizzativi finalizzati a verificare la conformità di alcuni processi coinvolti dalle raccomandazioni ministeriali	Utilizzare lo strumento dell'audit clinico organizzativo in modo proattivo per accertare la performance dei percorsi diagnostico terapeutici e individuare ulteriori misure di miglioramento degli stessi	1 Pianificare, organizzare ed eseguire per il 2022, un audit clinico ai processi coinvolti dalle raccomandazioni	Referente Aziendale Gestione Rischio Clinico	31/12/2022	Utilizzare lo strumento dell'audit clinico organizzativo in modo proattivo per accertare la performance dei percorsi diagnostico terapeutici e individuare ulteriori misure di miglioramento degli stessi			
P003/2021	Programmare e realizzare un corso di formazione sul rischio clinico da rivolgere in modo massivo a tutti i dipendenti	Aumentare la consapevolezza e la competenza del personale sulle attività grave; finalizzate alla sicurezza delle cure, favorendo una sensibilizzazione generale di tutto il personale sanitario	1 Programmare e realizzare un corso di formazione sul rischio clinico	Referente Aziendale Gestione Rischio Clinico	31/12/2022	Aumento della consapevolezza e della competenza del personale sulle attività finalizzate alla sicurezza delle cure, favorendo una sensibilizzazione generale di tutto il personale sanitario			
P004/2021	Implementazioni di tre nuove procedure finalizzate al miglioramento del percorso del farmaco attraverso il recepimento delle Raccomandazioni Ministeriali 17-18-19	Recepire le raccomandazioni Ministeriali e attuare efficaci procedure per migliorare la sicurezza della terapia farmacologica	1 Costituire gruppi di miglioramento per la progettazione, reingegnerizzazione dei processi e redazione, formazione e applicazione di procedure relative alle RM 17-18-19	Referente Aziendale Gestione Rischio Clinico	31/12/2022	Recepire le raccomandazioni Ministeriali e attuare efficaci procedure per migliorare la sicurezza della terapia farmacologica			



COMUNICAZIONE, PARTECIPAZIONE E CONDIVISIONE

Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività previste dal presente piano programma e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, IRCCS DE BELLIS assicura la sua diffusione attraverso:

- Presentazione del Piano all' Alta Direzione e approvazione dello stesso entro Marzo 2023;
- Pubblicazione del PARM sul sito aziendale entro il 31 Marzo 2023 in osservanza delle prescrizioni della Legge 8 Marzo 2017, n.24-Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. (17G00041)(GU Serie Generale n. 64 del 17/03/2017);

Castellana Grotte, 25 / 01 / 2023