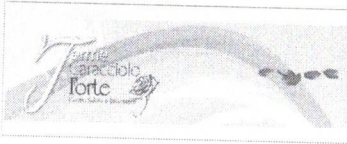




"PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT - 2020"

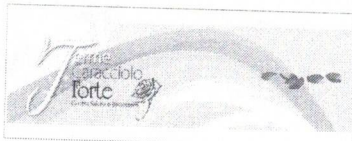
COPIA Controllata Non controllata COPIA N. 01 CONSEGNA A: G. Forte FUNZIONE: RSQ

Stato documento			Modifiche apportate al documento	
Ed.	Rev.	Data	Paragrafo	Oggetto della modifica
	00	01.06.2020		Prima emissione anno 2020
02				
Emesso da DSAN			Firma	
Verificato da DIR			Firma	
Approvato da DIR			Firma	



Sommario

- 1 INTRODUZIONE.....3**
- 2 CONTESTO4**
 - 2.1 L'azienda.....4
 - 2.2 Risk Manager e Comitato Rischio Clinico.....4
 - 2.3 Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati.....5
 - 2.4 Reclami/Suggerimenti dei cittadini5
 - 2.5 Polizza Assicurativa Informativa (Art. 10 Comma 4, Legge N.24/2017)6
- 3 RESOCONTO DELLE ATTIVITA' DEL PARM PRECEDENTE6**
- 4 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT7**
- 5 OBIETTIVI7**
- 6 ATTIVITA'7**
- 7 MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT.....9**
- 8 RIFERIMENTI NORMATIVI.....9**
- 9 BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....10**
- 10 NOTIFICA DEGLI EVENTI AVVERSI - SINISTRI10**
- 11 AGGIORNAMENTO DEL DOCUMENTO10**



1 INTRODUZIONE

Il presente documento ha l'obiettivo di pianificare ed attuare le attività di prevenzione e gestione del rischio clinico all'interno del Centro Termale Caracciolo Forte srl ai sensi della Legge 08/03/2017 n.24 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 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 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 manuale 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.

Indicazione del Centro:

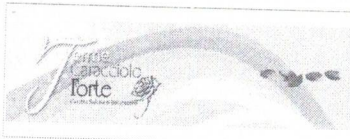
TERME CARACCILO FORTE s.r.l.
Via Delle Terme, 04021 Castelforte (LT)
Tel.0771.672222 / 0823.701493
Fax: 0771.672222

Ambito di attività: Cure termali

Titoli autorizzativi:

- Decreto del Commissario ad Acta n. UOO 193 del 09/06/2014 "Provvedimento di conferma dell'autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale definitivo in favore dello Stabilimento Termale gestito dalla Società "Terme Caracciolo Forte Srl " (P.IVA 01509690598) sito in via delle Terme snc - 04021 Suio Terme - Castelforte (LT).";

Trasparenza: <https://termecaraccioloforte.it>



2 CONTESTO

2.1 L'azienda

Su terreno di proprietà, alla località "Sant'Antuono" di Suio Terme di Castelforte, ereditato da "Nonna Giovannina Caracciolo delle Stelle", all'inizio degli anni 50, i germani Forte cominciarono a captare le acque termali calde che da sempre affioravano dal sottosuolo e, successivamente, ottennero la concessione mineraria denominata "Caracciolo S. Antonio".

Così, nel 1959, nacquero le "Terme Caracciolo - Forte", per volontà dell'Ins. Emilio Forte, che si avvale della collaborazione del giovane nipote Filippo Forte, che ancora oggi, con passione, le gestisce in qualità di Amministratore.

Oggi la 3° generazione dei Forte sta ristrutturando, ampliando e migliorando il piccolo esercizio; ed è già pronta la 4° generazione con Filippo junior che, ereditata in tenera età la stessa passione dal "Nonno Pippo", porta il suo giovane ma esperto contributo all'attività di famiglia, impartendo ordini al nonn amministratore....

Tutto è stato realizzato, negli anni, con una saggia ed attenta politica del "reinvestimento degli utili", senza aver mai usufruito di alcun finanziamento.

Le terme di Suio si trovano sulla sponda destra del fiume Garigliano, ai piedi del Vulcano spento di Roccamonfina, in territorio del Comune di Castelforte (LT).

Un ampio e verdeggiante parco alberato, che corre lungo le rive del fiume Garigliano, fa da cornice alla struttura termale donandole le caratteristiche di un'oasi di pace dove la bellezza della natura si manifesta in molteplici sfaccettature.

Sull'area delle terme vi sono tracce di un passato di oltre 2000 anni, testimoniato da un "Calidarium" di epoca romana e da parti di un mosaico con resti di mura antiche. Infatti gli antichi Romani conoscevano e apprezzavano molto le acque termali di Suio, dalle spiccate caratteristiche terapeutiche e le usavano per costruire aree e bagni termali, divenute le Terme dell'antica "Minturnae" e di altre città sulla sponda destra del Garigliano

L'acqua utilizzata per le cure ha una temperatura di circa 60°, caratteristica fisica che la rende tra le migliori della zona.

I fattori terapeutici delle acque di Suio si esplicano grazie al calore, all'anidride carbonica ed all'alta percentuale di zolfo che agisce come principale fattore dell'azione curativa.

L'utilizzo delle acque termali a scopo curativo prevede trattamenti quali:

Fangoterapia, balneoterapia e cure inalatorie (inalazioni, aerosol, nebulizzazioni, docce nasali e humages); per i quali la struttura termale è convenzionata con il Servizio Sanitario Nazionale.

In mezzo secolo di esperienza, studi clinici hanno dimostrato che sono stati raggiunti validi risultati nella cura di malattie dell'apparato locomotore, respiratorio e tegumentario, in pazienti che abitualmente praticano le cure termali.

Trattamenti

In particolare la struttura dispone di:

- REPARTO CURE APPARATO RESPIRATORIO: PIANO TERRA EDIFICIO TERME
 - Sala Cure inalatorie :
 - Inalazioni ed aerosol
 - Humage
 - Docce nasali
 - Doccia micronizzata con rino-jet

- REPARTO CURE APPARATO LOCOMOTORE: PIANO SEMINTERRATO 1 - EDIFICIO TERME
 - Fanghi e bagni terapeutici
 - Bagni termali terapeutici
 - Bagni termali con idromassaggio
 - Fanghi e bagni o docce di annessamento

- REPARTO MASSOTERAPIA E CAMERE DI REAZIONE: PIANO TERRA - EDIFICIO ALBERGO

RISERVATO

- Massaggi estetici
- Massaggi terapeutici

Il Centro termale pertanto:

- fornisce trattamenti termali;
- impronta la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità;
- assicura l'erogazione delle prestazioni comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza, lo sviluppo del sistema qualità, la migliore accessibilità dei servizi alla persona assistita ed ai suoi familiari, il raccordo con gli enti locali, il collegamento con le altre organizzazioni sanitarie del territorio e con il volontariato;
- garantisce la dovuta attenzione alle persone assistite attraverso il monitoraggio periodico del livello di soddisfazione e si impegna a fornire costantemente informazioni chiare, corrette e documentate sui servizi offerti;
- svolge le funzioni di formazione, promuovendo l'integrazione dell'assistenza con l'attività formativa;
- prosegue nello sviluppo di un sistema di gestione della qualità e del rischio clinico finalizzato a garantire la sicurezza nell'erogazione delle prestazioni;
- garantisce l'integrazione con il territorio, in particolare con i Medici di Medicina Generale, con i Pediatri di Libera Scelta e con i Centri sul territorio.

Il Centro Termale, al fine di raggiungere gli obiettivi sopra esposti, favorisce un approccio multidisciplinare nei confronti delle problematiche assistenziali e l'applicazione di modelli e linee guida per il miglioramento dei percorsi terapeutici. Le attività del Centro sono svolte sulla base delle moderne conoscenze tecnico-scientifiche e delle tecnologie a disposizione, nel rispetto dei principi di etica, efficacia, efficienza ed economicità.

2.2 Risk Manager e Comitato Rischio Clinico.

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 il Comitato del rischio clinico e la direzione strategica, individuare ed analizzare i potenziali rischi in cui può incorrere la struttura nella gestione dei servizi socio sanitari erogati.

Il Comitato è un organo collegiale composto dalla Direzione Generale, dal Risk Manager (Direzione Sanitaria) e dai referenti delle varie unità operative. In questo caso esso è composto da:

- ✓ Responsabile Qualità/RLS
- ✓ RSPP
- ✓ Referente reparto Aereosol
- ✓ Referente reparto Fanghi
- ✓ Responsabile Ufficio Tecnico

2.3 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. 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:

Tipo di evento	n.	Principali fattori causali/contribuenti	Azioni di Miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	0	Strutturali (0%) Tecnologici (0%) Organizzativi (0%) Procedure/Comunicazione (0%)	Strutturali (0%) Tecnologici (0%) Organizzativi (0%) Procedure/Comunicazione(0%)	Sistemi di reporting Sinistri
Eventi Avversi	0			
Eventi Sentinella	0			

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 Sinistri e risarcimenti erogati (importo liquidato annuo) con riferimento all'ultimo quinquennio.

Anno	2015	2016	2017	2018	2019
Sinistri	0	0	0	0	0
Importo liquidato	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €

Nessun risarcimento di alcun tipo è stato erogato nel quinquennio 2015-2019.

2.4 Reclami/Suggerimenti dei cittadini

Nell'anno 2019 non vi sono stati reclami o suggerimenti in merito al rischio clinico.

2.5 Polizza Assicurativa Informativa (Art. 10 Comma 4, Legge N.24/2017)

Ai sensi dell'art.10 comma 4 legge 24/2017, il Centro, ha stipulato regolare contratto assicurativo per l'anno 2019-2020 con la compagnia Generali s.p.a. Polizza n.321068278 - Scadenza 30.11.2020

3 RESOCONTO DELLE ATTIVITA' DEL PARM PRECEDENTE

Obiettivo: Diffondere la Cultura della Sicurezza delle cure

Attività:

- Implementazione del PAICA → Realizzato
- Corso formazione Risk Management" → Realizzato
- Corso formazione Protocollo ICA

Obiettivo: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa attraverso la produzione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi

Attività: Monitoraggio annuale → Realizzato

Obiettivo: Sorveglianza, Prevenzione e Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza – ICA

Attività: Report mensile → Realizzato

4 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT

La realizzazione del Piano Annuale Risk Management riconosce sempre almeno due specifiche responsabilità:

1. Quella del Risk Manager che lo redige e ne monitorizza l'implementazione;
2. Quella della Direzione Generale che si impegna ad 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.

Azione	Risk Manager/ Direttore Sanitario	Direttore Generale	Responsabile Amministrativo	Strutture Amministrative e Tecniche di supporto
Redazione del Piano Annuale Risk Management	R	C	C	C
Adozione del Piano Annuale Risk Management	I	R	C	-
Monitoraggio del Piano Annuale Risk Management	R	I	C	C

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

5 OBIETTIVI

- A. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.
- B. Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.
- C. Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture
- D. Identificare ed analizzare i potenziali rischi.
- E. Attuare protocolli ed azioni tese alla mitigazione dei rischi eventualmente riscontrati ed analizzati. Relativamente alle infezioni correlate all'assistenza (di seguito ICA), si rimanda al Piano Annuale delle Infezioni Correlate All'assistenza (PAICA)".

6 ATTIVITA'

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, alla 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, 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 nella Tabella seguente. Le attività che si sviluppano su un arco temporale pluriennale vanno declinate e sviluppate per singolo anno.

OBIETTIVO A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure	
ATTIVITÀ 1	Realizzazione di corsi di formazione inerenti alla gestione del rischio clinico (principali rischi, tipologie di eventi e strumenti di prevenzione, identificazione, analisi e segnalazione)
INDICATORE	Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 30.07.2020
RESPONSABILITA'	Pianificazione e organizzazione del corso: Responsabile Formazione Esecuzione del corso: Direzione Sanitaria
ATTIVITÀ 1	Realizzazione di corso di formazione emergenza COVID-19
INDICATORE	Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 05.06.2020
RESPONSABILITA'	Pianificazione e organizzazione del corso: Responsabile Formazione Esecuzione del corso: Direzione Sanitaria

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	Controllo cartelle cliniche e documentazione connessa
INDICATORE	Controllo di almeno il 20% delle cartelle cliniche e dell'ulteriore documentazione connessa (moduli di processo)
RESPONSABILITA'	Risk Manager - RSQ
ATTIVITÀ 2	Applicazione degli strumenti di analisi del rischio clinico (incident report)
INDICATORE	Aggiornamento incident reporting
RESPONSABILITA'	Risk Manager RSQ
ATTIVITÀ 3	Individuazione ed implementazione delle misure di prevenzione Rischio Covid-19
INDICATORE	Misure di prevenzione e sicurezza adottate
RESPONSABILITA'	Risk Manager RSQ

OBIETTIVO C) Identificare ed analizzare i potenziali rischi..	
ATTIVITÀ 1	Sedute annuali Comitato del rischio in cui si analizzano le attività prestate e si delineano/identificano potenziali rischi.
INDICATORE	Svolgimento delle sedute e codifica delle risultanze 31.10.2020.
RESPONSABILITA'	Risk Manager

OBIETTIVO D) Attuare protocolli ed azioni tese alla mitigazione dei rischi eventualmente riscontrati ed analizzati.	
ATTIVITÀ 1	Diffusione dei protocolli redatti
INDICATORE	Avvenuta diffusione/comunicazione dei protocolli/documenti emanati.
RESPONSABILITA'	Pianificazione e organizzazione del corso: Responsabile Formazione Esecuzione del corso: Direzione Sanitaria



7 MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT

- Pubblicazione sul sito web istituzionale www.termecaraccioloforte.it;
- Presentazione agli Operatori della struttura
- Messa a disposizione di Enti esterni, utenti

8 RIFERIMENTI NORMATIVI

- 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";
- 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";
- 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"
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante "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;
- Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
- Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";
- 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";
- 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";
- 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 Decreto del Ministero della Salute del 11.12.2009 : "Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella"
- Determinazione Regionale n.G04112 del 01.04.2014, pubblicata sul Burl n.29 del 10.04.2014: "Linee di indirizzo regionali per la stesura del Piano Annuale di Risk Management (PARM): Gestione del Rischio Clinico e delle Infezioni Correlate all'Assistenza Nota prof. n.58028/gr/11/26 del 3.02.2015 della Direzione regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria – Area Giuridica Normativa, Istituzionale e Gestione del Rischio Clinico recante "Relazione conclusiva dei Piani Annuali di Risk Management delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Lazio;
- Obiettivi 2015 Rischio Clinico Regione Lazio Nota prof. n. 99218/GR/11/26 del 23.02.2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione del Rischio Clinico recante "Percorso Aziendale per il recepimento delle Raccomandazioni Ministeriale per la Sicurezza dei Pazienti"
- Decreto del Commissario ad Acta del 4 Novembre 2016, n.u00328 avente ad oggetto: Approvazione delle "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk management (PARM)"
- Legge 28 Dicembre 2015, n. 208 recante "Disposizione per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato(legge di stabilità 2016)".
- Determina 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"
- Determina Regionale N. G00164 del 11.01.2019: Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano annuale di Risk Management (PARM)"

- Prof. n. 4215/COV19 Nuovo coronavirus SARS-CoV-2 Linee guida per la riapertura delle Attività Economiche e Produttive

9 BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità- il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
- WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Safe Surgery Save Live";
- The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997;
- 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:
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione;
- 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.

10 NOTIFICA DEGLI EVENTI AVVERSI - SINISTRI

Ogniqualvolta venga rilevato un evento avverso e/o un sinistro denunciato, il Responsabile è tenuto ad informare sia la Direzione Sanitaria che la Direzione Generale del Centro 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.

11 AGGIORNAMENTO DEL DOCUMENTO

Il presente documento è aggiornato con cadenza annuale ovvero in caso di novità normative/regolamentarie e/o di esigenze di natura gestionale. Ogni variazione e/o modifica dell'edizione in corso dovrà essere pubblicizzata con le stesse modalità della precedente edizione. 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;

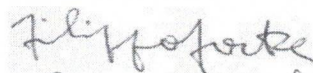
L'aggiornamento del presente documento viene condotto dal Risk Manager con l'apporto professionale dell'Unità di valutazione. L'aggiornamento si espleta con la redazione di nuovo documento che dà conto delle verifiche effettuate ed indica le eventuali azioni correttive e/o integrative e modificative da apportare ai vari documenti.

Data approvazione e presentazione: 01.06.2020

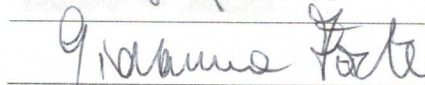
Risk Manager (dott. MARIAN ADRIAN STOICA)



Direzione Generale (Filippo Forte)



Responsabile Qualità (Giovanna Forte)



RISERVA