

 CASA DI SALUTE Santa Lucia Gruppo NefroCenter PRIMI PERCHÉ INIZIAMO DALLA RICERCA	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT	PARM 2025
--	--------------------------------------	------------------

CASA DI SALUTE SANTA LUCIA

PIANO ANNUALE 2025 DI RISK MANAGEMENT, CON RELAZIONE CONSUNTIVA 2024 (PARM)

Redatto da:	Dott. Gianluca Augiero <i>Responsabile Gestione Qualità</i>	19/03/2025	Firmato
Verificato da:	Dott.ssa Maddalena Bianco <i>Direzione Sanitaria</i>	19/03/2025	Firmato
Approvato da:	Sig.ra Bersabea Crisci <i>Rappresentante Legale</i>	19/03/2025	Firmato

 CASA DI SALUTE Santa Lucia Gruppo NefroCenter PRIMI PERCHÉ INIZIAMO DALLA RICERCA	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT	PARM 2025
---	---	-------------------------

INDICE

1. PREMESSA
 - a. Contesto organizzativo
 - b. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati
 - c. Sinistrosità e risarcimenti
2. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARM
3. OBIETTIVI AZIENDALI E FORMAZIONE
4. MODALITA' DI ADOZIONE E DIFFUSIONE DEL PARM
5. LEGGI, NORME, REGOLAMENTI E RIFERIMENTI NORMATIVI, LINEE GUIDA E RACCOMANDAZIONI APPLICABILI

 CASA DI SALUTE Santa Lucia Gruppo NefroCenter PRIMI PERCHÉ INIZIAMO DALLA RICERCA	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT	PARM 2025
---	---	-------------------------

1. PREMESSA

La sicurezza del paziente passa attraverso l'identificazione, l'analisi e la gestione dei rischi connessi all'erogazione delle prestazioni sanitarie, la progettazione e l'implementazione di sistemi operativi e dei processi che minimizzano la probabilità di errore, i rischi potenziali e i conseguenti possibili danni ai pazienti. Per conseguire tale obiettivo, nelle Aziende Sanitarie e Sociosanitarie, pubbliche e private accreditate, è stata istituita la funzione di Gestione del Rischio Clinico o Risk Management che, facendo riferimento nell'esercizio dei suoi compiti istituzionali alle best practices, alle raccomandazioni e all'audit clinico, ha il compito di:

- Aumentare la sicurezza delle prestazioni;
- Migliorare i risultati di salute;
- Favorire un uso appropriato delle risorse e, indirettamente, un abbassamento dei costi attraverso la riduzione degli eventi avversi e della loro potenzialità di danno.

La gestione del rischio clinico è efficace quando coinvolge tutti i livelli dell'organizzazione e rappresenta in sanità un cambiamento culturale, soprattutto se è in grado di ricavare dall'errore una grande opportunità di conoscenza e di miglioramento. La gestione del rischio clinico quindi deve impegnarsi a sviluppare sistemi di cura sicuri per il paziente, attraverso un approccio strutturato per la gestione del rischio che rispetti:

- Il controllo della vulnerabilità organizzativa, attraverso la progettazione di sistemi che prevengano l'errore;
- La progettazione di Protocolli e Procedure che rendano l'errore visibile, in modo da poterlo intercettare, e programmino un intervento immediato per limitare gli effetti di danno quando l'errore non è stato intercettato.

Il sistema per la gestione dei processi di risk management supporta la clinical governance affinché la Casa di Salute Santa Lucia sia in grado di operare in una visione per processi, orientata al miglioramento continuo dei propri servizi ed alla salvaguardia degli standard di cura e di assistenza.

La Direzione della Casa di Salute Santa Lucia assume il suo primo impegno nei confronti del contesto esterno ed interno entro cui agisce (fattori demografici ed economici, risorse umane,

 CASA DI SALUTE Santa Lucia Gruppo NefroCenter PRIMI PERCHÉ INIZIAMO DALLA RICERCA	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT	PARM 2025
--	--------------------------------------	------------------

fattori strutturali e tecnologici) garantendo la centralità dell’essere umano e 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 la metodologia del “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’ultimo.

Tutte le organizzazioni sanitarie italiane, pubbliche e private, compresa la nostra, sono state messe a dura prova, nel corso del 2020-2021, dall’emergenza Coronavirus. L’esperienza tragica di questi anni 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 innovativi 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;
- Maggiore 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;
- 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.

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 della Casa di Salute Santa Lucia, nell’ambito del “riesame della direzione”, analizza l’andamento delle azioni intraprese e dei risultati conseguiti in rapporto agli obiettivi strategici pianificati.

	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT	PARM 2025
---	--------------------------------------	------------------

Il nostro sistema di gestione del rischio clinico si basa sulla collaborazione tra diversi settori e molteplici figure professionali. Tra i quali l'Area Qualità ed Accredimento, la Direzione Sanitaria, il Comitato Infezioni Ospedaliere, il Comitato per le attività di gestione del Rischio, il Comitato Valutazione Sinistri ed altre strutture che condividono le informazioni necessarie ad intercettare le aree e le attività a maggior rischio per le quali è necessario implementare azioni di miglioramento.

L'obiettivo è quello di sviluppare un sistema di garanzia della Qualità clinica ed organizzativa "integrato" con il sistema di gestione del rischio clinico. Tale sistema prevede che il miglioramento della pratica clinica e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate, si espliciti tramite la costante verifica dei risultati ed il confronto delle performance basate su indicatori validati a livello regionale e nazionale.

Per ottenere un efficace sistema di prevenzione e gestione del rischio sanitario, la Casa di Salute Santa Lucia, in attuazione della politica aziendale, utilizza i seguenti strumenti di gestione proattivi:

- a) **Sistema di segnalazione degli "eventi avversi" / scheda di incident reporting:** uno strumento volto ad agevolare la segnalazione e la descrizione degli eventi involontari, anche causati da criticità organizzative latenti, ad opera dei professionisti sanitari. Tali eventi possono determinare un danno al paziente o rappresentare situazioni di rischio, vale a dire i cosiddetti "near miss" o "eventi evitati": eventi che hanno la potenzialità di provocare un evento avverso con danno, che però non si verificano per effetto del caso fortuito o perché intercettati da "barriere" che ne impediscono il compimento.

Scopo principale del sistema di segnalazione volontaria è di:

- **sviluppare la cosiddetta "cultura della sicurezza"** attraverso la non colpevolizzazione del singolo operatore che esegue l'azione o che segnala un errore;
 - **"imparare dall'esperienza"** mediante raccolta, catalogazione ed analisi degli eventi segnalati nei singoli contesti e processi organizzativi, affinché si possano attivare progetti virtuosi di prevenzione dell'errore a tutti i livelli dell'organizzazione.
- b) **Attività di Auditing:** incontri tra le figure coinvolte in un evento avverso, durante i quali vengono indagate tutti gli aspetti ed i fattori che possono aver causato l'evento stesso,

 CASA DI SALUTE Santa Lucia Gruppo NefroCenter PRIMI PERCHÉ INIZIAMO DALLA RICERCA	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT	PARM 2025
--	--------------------------------------	------------------

consentendo di individuare progetti di miglioramento da mettere in atto per evitarne il ripetersi.

- c) **Tecniche di analisi proattiva: FMEA (failure mode and effect analysis) & FMECA (failure mode and critical effect analysis)** per la prevenzione e conseguente riduzione degli errori. Tali tecniche prevedono una mappatura dei processi al fine di individuare e trattare potenziali rischi, con l'obiettivo di prevenire errori/incidenti prima del loro accadimento.
- d) Registro sinistri come Data-base di archiviazione di denunce e azioni legali sottoposto periodicamente ad analisi.

La gestione del rischio in ambito sanitario è attività prevista già nella legge 189 del 2012 (legge Balduzzi) che riponeva in tale aspetto la possibilità di prevenire i contenziosi e di ridurre i costi assicurativi. Il legame consequenziale tra Risk Management e una più efficace gestione delle risorse economiche aveva già indotto a scorporare alcune indicazioni dal disegno di legge Gelli (peraltro approvato in via definitiva lo scorso 28 febbraio 2017) per inserirle nella legge di Stabilità 2016, in cui sono attribuiti alla prevenzione del rischio effetti positivi sull'uso delle risorse ma anche sulla tutela del paziente.

La Legge Gelli qualifica la sicurezza delle cure come parte costitutiva del diritto alla salute e precisa che essa si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e mediante l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche ed organizzative. A questo proposito, rispetto a quanto contenuto nella legge di Stabilità, nella legge Gelli sono state apportate alcune modifiche: l'articolo 16, modificando i commi 539 e 540 della legge di stabilità 2016 (legge n. 208/2015) prevede infatti che i verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico non possono essere acquisiti o utilizzati nell'ambito di procedimenti giudiziari, e che l'attività di gestione del rischio sanitario sia coordinata da personale medico dotato delle Specializzazioni in Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica o equipollenti, in Medicina Legale, ovvero da personale dipendente con adeguata formazione e comprovata esperienza almeno triennale nel settore. Per quanto riguarda la normativa regionale, lo strumento strategico finalizzato alla gestione del rischio è il PARM: Piano Annuale Risk Management. La Regione Campania ha inteso promuovere mediante l'emanazione di Linee di Indirizzo per l'elaborazione

 CASA DI SALUTE Santa Lucia Gruppo NefroCenter PRIMI PERCHÉ INIZIAMO DALLA RICERCA	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT	PARM 2025
--	--------------------------------------	------------------

del PARM (Decreto Dirigenziale n. 99 del 16.12.2022) la massima condivisione dei principi e delle regole del governo clinico tra tutte le strutture regionali, al fine di descrivere ed indirizzare le azioni di miglioramento riconosciute come prioritarie nella realizzazione di un’ottimale gestione del rischio clinico.

Il PARM è quindi uno strumento organizzativo e tecnico necessario anche per una corretta valutazione delle modalità di lavoro da parte dei professionisti e degli specifici contesti di lavoro. Il presente documento è relativo all’annualità 2024.

a) Contesto Organizzativo

La Casa di Salute “Santa Lucia” è una clinica polispecialistica accreditata con il SSN, che si avvale di personale medico altamente qualificato ed offre elevati standard di professionalità ed efficacia erogando prestazioni di massima qualità.

La Struttura dispone di 137 posti letto, 5 sale operatorie con servizio di terapia intensiva, una sala endoscopica ed un centro di emodinamica, oltre ad un servizio di Laboratorio Analisi.

In aggiunta, sono presenti varie attività ambulatoriali sia di pertinenza medica, che strumentale, che completano ed ampliano le prestazioni della Struttura.

La Casa di Salute “Santa Lucia” si è da tempo dotata di un modello organizzativo di gestione per la qualità del servizio erogato ed il controllo e riduzione del rischio clinico. Per tale scopo, ha istituito organismi interni di controllo e coordinamento dei progetti e delle azioni di governo del rischio, a supporto dei processi assistenziali:

- Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO)
- Gruppo di coordinamento per le attività di gestione del Rischio
- Comitato Valutazione Sinistri (CVS)

	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT	PARM 2025
---	-------------------------------	-----------

Tabella 1 - Dati Strutturali e Dati di Attività

CASA DI SALUTE S. LUCIA	
DATI STRUTTURALI	
INDICATORI	RIFERIMENTO
Posti letto ordinari totali accreditati	105
Posti letto ordinari Area Medica accreditati	30
Posti letto ordinari Area Chirurgica accreditati	75
Posti letto diurni	5
Blocchi operatori	2
Sale operatorie	5
Terapia intensiva post-operatoria	5
Altri posti letto	27
DATI ATTIVITÀ AGGREGATI 2024	
Ricoveri Ordinari	4.279
Accessi Prima Assistenza	6.782
Branche Specialistiche	16
Ricoveri Diurni (DH+PACC)	1386

La Casa di Salute S. Lucia è articolata in **due Dipartimenti**, uno di **Chirurgia** ed uno di **Medicina**, ciascuno dei quali suddiviso in unità operative che svolgono la propria attività con il supporto trasversale dei servizi diagnostico-strumentali-terapeutici (Tabella 2). Tale strutturazione consente il coordinamento e l'integrazione delle attività specialistiche con il contemporaneo perseguimento degli obiettivi delle differenti unità operative, garantendo l'efficienza dei processi di cura e dei percorsi diagnostico-terapeutici.

	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT	PARM 2025
---	--------------------------------------	------------------

Tabella 2 – Struttura Dipartimenti e UU.OO.

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA	DIPARTIMENTO DI MEDICINA
UNITA' OPERATIVA DI CHIRURGIA GENERALE E MININVASIVA	UNITA' OPERATIVA DI MEDICINA INTERNA
UNITA' OPERATIVA DI CHIRURGIA PLASTICA	UNITA' OPERATIVA DI CARDIOLOGIA
UNITA' OPERATIVA DI UROLOGIA	
UNITA' OPERATIVA DI OCULISTICA	
UNITA' OPERATIVA DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA	
UNITA' OPERATIVA DI OTORINOLARINGOIATRIA	
UNITA' OPERATIVA DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	

Gli **ambulatori specialistici** integrano le prestazioni sanitarie offerte ed erogate dai dipartimenti, operando a supporto della struttura e rispondendo alle esigenze sia dei pazienti ricoverati che dei pazienti esterni.

La Struttura dispone, inoltre, dei **servizi di supporto e diagnostica** che svolgono la loro attività in modo coordinato ed integrato con le attività delle Unità operative ed ambulatoriali, operando in modo sinergico con l'intera struttura e rivolgendo il proprio lavoro sia a pazienti interni/ricoverati che agli esterni/ambulatoriali.

Di seguito viene riportato una tabella (Tabella 3) riepilogativa degli ambulatori specialistici e dei servizi di supporto e diagnostica che svolgono la propria attività in regime di accreditamento con il Servizio sanitario nazionale (SSN) e di quelli che, invece, operano in regime privato (a pagamento/assicurazioni).

Tabella 3 – Attività ambulatoriali e servizi di supporto e diagnostica

ATTIVITA' IN ACCREDITAMENTO SSN	ATTIVITA' NON IN ACCREDITAMENTO SSN
Cardiologia	Chirurgia Plastica
Chirurgia Generale e Mininvasiva	Chirurgia Vascolare
Oculistica	Dermatologia
Ortopedia e Traumatologia	Dietetica e Nutrizione Clinica
Ostetricia e Ginecologia	Medicina Interna
Otorinolaringoiatria	Neurologia *
Laboratorio Analisi	Pneumologia - Spirometria
Radiodiagnostica	Urologia - Andrologia
	Gastroenterologia e videoendoscopia digestiva
	Anestesia e rianimazione **

*Il servizio di neurologia svolge la propria attività di consulenza a servizio delle unità operative.

**Il servizio di anestesia e rianimazione opera a supporto dei blocchi operatori.

 CASA DI SALUTE Santa Lucia Gruppo NefroCenter PRIMI PERCHÉ INIZIAMO DALLA RICERCA	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT	PARM 2025
---	--------------------------------------	------------------

b) Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

Nel corso dell'anno 2024 è stata ulteriormente implementata l'attività di gestione degli eventi avversi relativamente a specifiche categorie di rischio, attraverso l'aggiornamento e l'introduzione di nuove procedure operative e gestionali, finalizzate al costante miglioramento della sicurezza e della qualità dell'assistenza ai pazienti, nonché alla riduzione del rischio clinico.

Oltre alle procedure già in uso negli anni precedenti, nel 2024 sono state introdotte le seguenti nuove procedure:

- **PGG 26 – Contenzione fisica dei pazienti**
- **PGG 27 – Gestione del dolore**
- **PGG 28 – Buon uso degli antibiotici**
- **PGG 30 – Gestione dei farmaci LASA (Look-Alike/Sound-Alike)**
- **IO 14 – Gestione del trasferimento extraospedaliero del paziente**

Queste si aggiungono alle procedure già operative come:

- **PGG 10 – Procedura di prevenzione e gestione cadute**
- **PGG 21 – Aggressione al personale**
- **PGG 25 – Procedura per la sicurezza trasfusionale**
- **PGQ RM 05 – Prevenzione eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchiature elettromedicali**

L'obiettivo perseguito è la strutturazione sistematica e documentata delle attività di prevenzione, rilevazione, analisi e gestione degli eventi avversi, in un'ottica di miglioramento continuo della sicurezza dei pazienti e degli operatori.

La rilevazione meticolosa degli eventi occorsi permette di disporre di una base dati concreta su cui effettuare un'analisi accurata, utile all'implementazione di azioni correttive e migliorative, volte a prevenire il ripetersi di eventi simili. In quest'ottica, i sistemi di rilevazione costituiscono strumenti fondamentali della gestione del rischio clinico, basati su uno studio a posteriori dell'evento, al fine di ricostruirne le cause e i fattori contribuenti secondo metodologie strutturate (es. FMEA/FMECA).

	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT	PARM 2025
---	--------------------------------------	------------------

Ai sensi dell'art. 2, comma 5, della Legge 24/2017, tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, sono tenute a predisporre una **relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi** verificatisi all'interno della struttura, riportando le cause che li hanno generati e le conseguenti iniziative correttive e preventive attuate. Tale relazione deve essere pubblicata sul sito internet della struttura.

A tal fine, in conformità con le **Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)** della Regione Campania (dicembre 2022), si propone la seguente tabella riepilogativa, liberamente adattabile secondo quanto previsto dalle suddette linee guida:

Tabella 4 – Eventi segnalati –

<u>Tipo di evento</u>	<u>Numero e % sul totale degli eventi</u>	<u>% cadute nella categoria di eventi</u>	<u>Principali fattori causali/contribuenti</u>	<u>Azioni di miglioramento</u>	<u>Fonte del dato</u>
Evento avverso	1	100%	-	Analisi cause	Schede di segnalazione
Near Miss	0	-	-	-	-
Evento Sentinella	0	-	-	-	-

c) Sinistrosità e risarcimenti

L'art. 4 c. 3 della L. 24/2017 prevede inoltre che "tutte le strutture pubbliche e private rendano disponibili, mediante pubblicazione sul proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio". In tal senso, come da indicazioni delle Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) del dicembre 2022 della Regione Campania, si propone la seguente tabella riassuntiva.

 CASA DI SALUTE Santa Lucia Gruppo NefroCenter PRIMI PERCHÉ INIZIAMO DALLA RICERCA	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT	PARM 2025
--	--------------------------------------	------------------

Tabella 5 – Sinistrosità e risarcimenti erogati nell’ultimo quinquennio

Anno	N. sinistri aperti	N. sinistri liquidati	Risarcimenti erogati
2020	6	0	0
2021	10	0	0
2022	7	0	0
2023	6	0	0
2024	1	0	0
Totale	30	0	0

A partire dal 2018 la Casa di salute “S. Lucia” è coperta da contratto di assicurazione con primaria compagnia assicurativa.

2. MATRICE DELLE RESPONSABILITA’ DEL PARM

Il PARM riconosce responsabilità relative alle fasi di redazione, adozione, monitoraggio dell’applicazione, analisi e valutazioni:

- **Risk Manager:** redige e monitora l’implementazione del PARM, effettua analisi e valutazione dello stesso.
- **Direttore Sanitario:** coinvolto in tutte le fasi di redazione, adozione, monitoraggio e analisi del PARM.
- **Gruppo di coordinamento per le attività di gestione del rischio:** studia e monitora il livello di rischio ed individua le modalità di implementazione e coordinamento per l’analisi e la valutazione dello stesso. Le funzioni di tale gruppo sono essenzialmente di indirizzo, coordinamento e pertanto non operative, non sollevando dalle specifiche responsabilità i singoli operatori aziendali.
- **Organo amministrativo:** si impegna ad adottare ed emettere il PARM entro il 31 marzo di ogni anno.

Tabella 6 – Matrice delle Responsabilità

	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT	PARM 2025
---	--------------------------------------	------------------

AZIONE	RGQ	Risk Manager	Direttore Sanitario	Organo Amm.vo
Redazione PARM	R	C	C	C
Verifica PARM	C	R	C	C
Adozione PARM	C	C	R	C
Monitoraggio del PARM	C	R	C	C
Analisi e Valutazioni	C	R	C	C

Legenda: C= Coinvolto; R= Responsabile.

3. OBIETTIVI AZIENDALI E FORMAZIONE

Nel recepire le Linee Guida Regionali per l'elaborazione del PARM ("Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management – dicembre 2022"), sono stati identificati e ritenuti prioritari i seguenti obiettivi strategici per l'anno 2024:

- 1. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure attraverso la formazione del personale sulla prevenzione e gestione del Rischio Clinico.
- 2. Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, promuovendo interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e al monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.
- 3. Sviluppare e consolidare le attività del Team Rischio Clinico.

Gli obiettivi risultano raggiunti quando il valore di riferimento standard è maggiore o uguale al 90%.

Obiettivo 1 – Diffondere la cultura della sicurezza delle cure attraverso la formazione del personale sulla prevenzione e gestione del Rischio

ATTIVITÀ	INDICATORE	STANDARD
----------	------------	----------

 CASA DI SALUTE Santa Lucia Gruppo NefroCenter PRIMI PERCHÉ INIZIAMO DALLA RICERCA	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT	PARM 2025
--	--------------------------------------	------------------

Aggiornamento e implementazione “Procedura gestione sporco e pulito – Blocco operatorio” (PGG 07)	Incontro formativo con i referenti infermieristici di singola U.O.	100%
Aggiornamento e implementazione “Procedura pulizia, sterilizzazione e controllo sterilità materiali in sala operatoria” (PGG 06)	Incontro formativo con i referenti infermieristici dei B.O.	100%
Aggiornamento e implementazione “Procedura prevenzione e gestione caduta paziente” (PGG 10)	Condivisione con le UU.OO. tramite intranet aziendale entro maggio 2024	100%
Aggiornamento e implementazione “Procedura per la sicurezza trasfusionale” (PGG 25)	Condivisione con le UU.OO. tramite intranet aziendale entro giugno 2024	100%
Aggiornamento e implementazione “Prevenzione eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchiature elettromedicali” (PGQ RM 05)	Condivisione con le UU.OO. tramite intranet aziendale entro ottobre 2024	100%
Implementazione “Procedura gestione farmaci LASA” (PGG 30)	Incontro formativo con personale infermieristico e affissione lista farmaci LASA in tutte le UU.OO. entro novembre 2024	100%
Implementazione “Procedura per il buon uso degli antibiotici” (PGG 28)	Incontro informativo/formativo con il personale medico e infermieristico entro settembre 2024	100%

	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT	PARM 2025
---	--------------------------------------	------------------

Implementazione “Procedura per la gestione del dolore” (PGG 27)	Incontro formativo e verifica utilizzo strumenti di rilevazione dolore nelle cartelle cliniche entro ottobre 2024	100%
Implementazione “Contenzione fisica dei pazienti” (PGG 26)	Formazione obbligatoria su normativa e applicazione procedure entro dicembre 2024	100%
Corso sul “Governare Clinico”	Superamento del corso – registrazione presenze	100%

Obiettivo 2 – Migliorare l’appropriatezza assistenziale ed organizzativa

ATTIVITÀ	INDICATORE	STANDARD
Verifica apprendimento su segnalazione eventi sentinella, eventi avversi, near miss (PGG12 – Mod. 67)	Verifica segnalazioni pervenute	100%
Implementazione utilizzo cartella clinica informatizzata (sezioni mediche e infermieristiche)	Verifica compilazione cartelle cliniche	98%
Applicazione “IO14 – Gestione trasferimento extraospedaliero del paziente”	Audit di verifica in UU.OO. ad alta intensità assistenziale	100%

Obiettivo 3 – Sviluppo e attività del Team Rischio Clinico

Attività	Indicatore	Standard
----------	------------	----------

	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT	PARM 2025
---	--------------------------------------	------------------

Riunioni Gruppo di Coordinamento per la gestione del rischio clinico	Riunioni semestrali	100%
Audit periodici su segnalazioni eventi, procedure attuate e buone pratiche condivise	Report semestrale valutazione criticità emerse	100%

La Casa di Salute S. Lucia svolge un monitoraggio continuo dell'attività formativa per verificare l'effettiva realizzazione rispetto alla programmazione iniziale, valutando altresì il soddisfacimento dei bisogni formativi del personale mediante strumenti di rilevazione del feedback e reportistica interna.

4. MODALITA' DI ADOZIONE E DIFFUSIONE DEL PARM

Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività previste dal PARM e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la diffusione del documento è cura della Direzione Sanitaria e viene realizzata attraverso la pubblicazione del PARM sul sito internet aziendale.

5. LEGGI, NORME, REGOLAMENTI E RIFERIMENTI NORMATIVI, LINEE GUIDA E

RACCOMANDAZIONI APPLICABILI

- Circolare Ministeriale n.52/1985: "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
- Circolare Ministeriale n. 8/1988: "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza".
- D. Lgs. 502/92: Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n.421.
- Dlgs 517/1993: "Modificazioni al Dlgs 30 dicembre 1992 N°502"
- DPCM 19 maggio 1995: "Schema generale di riferimento alla Carta dei servizi Pubblici sanitari"
- D.M. 24 luglio 1995: "Contenuti e modalità degli indicatori di efficienza nel Servizio sanitario nazionale" GU n. 263, 10 Novembre 1995;

- Decreto Legislativo n°493 del 14/08/1996: “Attuazione della Direttiva 92/58/CEE concernente le prescrizioni minime per la segnaletica di sicurezza e/o di salute sul luogo di lavoro”
- 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.
- DM 10 marzo 1998: Criteri generali di sicurezza antincendio e per la gestione dell’emergenza nei luoghi di lavoro
- 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. M. 05/03/2003: Risk Management in sanità: il problema degli errori
- DPR n°254 del 17 luglio 2003 e succ. mod.: “Gestione dei rifiuti sanitari”
- 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;
- D.lgs. 152/2006: Testo Unico Ambientale
- 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.
- Decreto Ministero del Lavoro, della salute e delle politiche sociali del 11/12/2009: “Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità”
- Piano Nazionale di contrasto all'antibiotico resistenza 2017-2020;
- Legge 8 marzo 2017, n. 24. (Gelli-Bianco): “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;
- Decreto 51 del 04/07/2019 Regione Campania: Integrazione requisiti per l’accreditamento istituzionale delle strutture pubbliche e private;
- DGRC n.19 del 18.1.2020 prende atto e recepisce il Piano triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art.2 comma 88, della Legge 23 Dicembre 2009 n.191, approvato con Decreto Commissario ad Acta (DCA) n.6 del 17.1.2020;
- DGRC n.35 del 08.2.2021 – Istituzione del Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente. Legge 8 marzo 2017, n. 24.