



PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (P.A.R.M.)

Rev.	Descrizione della revisione	Redatto	Validato	Verificato	Approvato	Adozione con delibera del Direttore Generale	Data di emissione
0	Prima Emissione	Coll. Amm.vo UOC Gestione del Rischio Clinico <i>Avv. N. M. Accone</i> Coll. Amm.vo UOC Gestione del Rischio Clinico <i>Avv. I. Guarciariello</i>	Gestore del Rischio Clinico <i>Dr. V. Abucati</i>	Gestore del Rischio Clinico <i>Dr. V. Arbucci</i>	Direzione Sanitaria <i>Dr. R. Lanzetta</i>	Del. 300	28/03/2024

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT



A.O.R.N. San Giuseppe Moscati
Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale

- ANNO 2024 -



INDICE

- 1. PREMESSA**
 - 1.1 AMBITO DI APPLICAZIONE**
 - 1.2 RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI**
- 2. STRUTTURA DEL PARM**
 - 2.1 CONTESTO ORGANIZZATIVO**
 - 2.2 RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI**
 - 2.3 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA**
 - 2.4 GESTIONE SINISTRI**
 - 2.5 RISARCIMENTI EROGATI**
- 3. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARM**
- 4. OBIETTIVI ED ATTIVITÀ**
- 5. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT**
- 6. RIFERIMENTI NORMATIVI**
- 7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA**



1. PREMESSA

Il Piano Aziendale di Risk Management (PARM) costituisce l'atto istituzionale attraverso il quale le Aziende Sanitarie documentano le proprie attività di gestione del Rischio Clinico e forniscono la programmazione delle misure che saranno attuate per la prevenzione concreta degli eventi avversi. Tanto anche in ottemperanza della legge 24/17 - Legge Gelli-Bianco che costituisce il culmine del processo di promozione della qualità dell'assistenza e della gestione del "fenomeno malpractice" nelle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale.

Siffatto dettato legislativo configura la centralità del diritto alla sicurezza delle cure e riforma la normativa relativa alla responsabilità professionale, al fine di garantire:

- al paziente un preciso ed efficace sistema di tutele;
- al medico una maggiore serenità nei rapporti con l'assistito.

Tale aspetto si evince già dal titolo della riforma ("Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie") oltre che dall'articolo 1 della legge in cui viene affermato che «*la sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute*» e come essa sia «*perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività*» con il contributo di tutto il personale «*compresi i liberi professionisti che operano in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale*».

Affinché sia garantita "la sicurezza delle cure" il legislatore elabora uno schema normativo che esalta i seguenti elementi:

1. costruzione di un modello di gestione del rischio clinico che muova dalla fase di analisi e monitoraggio e della sua gestione preventiva; ciò con l'obiettivo di arginare in partenza gli eventi avversi prima ancora di disciplinarne gli effetti;
2. valorizzazione dell'essenziale alleanza tra medici e pazienti, consentendo ai primi la necessaria serenità d'azione e garantendo ai secondi le dovute tutele;
3. rimodulazione del regime della responsabilità sanitaria in particolar modo rispetto ai profili civilistici focalizzando l'attenzione soprattutto sui soggetti che dispongono effettivamente del governo dei fattori di rischio connaturati alla loro attività;
4. messa in sicurezza dell'intero sistema attraverso la miglior modulazione dell'obbligo di assicurazione della responsabilità civile;
5. promozione delle linee guida quale sistema di misura della qualità dell'assistenza fornita tanto sul piano giudiziario che su quello del miglioramento della pratica clinica.



Dal suddetto schema è evidente che nel dettato normativo assume rilevanza strategica il risk management che attraverso la gestione proattiva dei rischi sanitari si prefigge l'obiettivo di ridurre l'incidenza degli eventi avversi prevenibili e la gravità delle loro conseguenze.

Per l'espletamento di tale azione preventiva, il risk manager necessita della mappatura del rischio clinico aziendale attraverso:

- 1) fonti informative già disponibili: richieste risarcimento danni, reclami, flussi amministrativi;
- 2) segnalazione da parte degli operatori degli eventi avversi accaduti o potenziali (*incident reporting*).

Diventa sostanziale, dunque, nella Clinical Governance la collaborazione tra le diverse professionalità che si occupano di rischio clinico, sinistri e flussi aziendali al fine del miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento-mantenimento di elevati standard assistenziali, stimolando la creazione di un ambiente che favorisca l'eccellenza professionale.

Ben conscia della funzionalità di un tale approccio multidisciplinare, la Direzione strategica dell'AORN "Moscati" di Avellino ha previsto la costituzione dell'UOC di Rischio Clinico e Qualità a cui afferisce l'UOS di Medicina Legale con l'obiettivo di garantire la sicurezza del paziente e l'eccellenza delle cure con indubbio riverbero sul contenimento del rischio assicurativo.



1.1 AMBITO DI APPLICAZIONE

Il presente documento si applica a tutte le strutture dell'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specialità "San Giuseppe Moscati" che è stata costituita il 01/01/1995 con D.P.G.R.C. n. 12257 del 22/12/1994 e che ha sede legale in Avellino alla C.da Amoretta, PIVA : 01948180649.

Le sedi fisiche in cui sono svolte le attività aziendali sono indicate nella tabella che segue:

<i>STRUTTURA</i>	<i>DESTINAZIONE FUNZIONALE</i>	<i>LOCALITÀ</i>
Città Ospedaliera	Ospedale	C.da Amoretta – Avellino
Città Ospedaliera	Sede amm.va	C.da Amoretta – Avellino
Osp. Landolfi	Ospedale	Solofra (Av)*

*A partire dal 01/10/2018 l'azienda "San Giuseppe Moscati ha annesso sulla base del disposto del DCA n.29 del 19/04/2018 dall'ASL di Avellino il Presidio Ospedaliero "Agostino Landolfi" di Solofra.

La Mission dell'Azienda:

L'Azienda A.O. di Rilievo Nazionale e di Alta Specialità San Giuseppe Moscati offre ai cittadini un quadro completo di servizi diagnostici e terapeutici. La Direzione Generale dell'Azienda persegue l'obiettivo del miglioramento della qualità assistenziale e organizzativa per garantire che le prestazioni siano caratterizzate non solo da alti livelli di efficacia ed efficienza ma anche dal gradimento degli utenti.

Tra le scelte strategiche di politica sanitaria che l'Azienda intende perseguire assumono particolare rilievo i seguenti aspetti:

- la promozione e la diffusione della **clinical governance** per la qualità e la sicurezza dei pazienti, con una forte attenzione ai costi derivanti dalle scelte tra diverse opzioni assistenziali di pari efficacia;
- la necessità di incoraggiare le **buone pratiche** e scoraggiare le cattive, in riferimento alle due direttrici definite da:
 - a) incremento dell'efficienza collegata al buon uso dei fattori di produzione dei servizi sanitari (risorse umane, beni e servizi);
 - b) efficacia e appropriatezza nella realizzazione dei percorsi di diagnosi, cura, riabilitazione;
- il miglioramento e la qualificazione del personale dell'Azienda.

In tale ottica, le principali azioni programmatiche che sono state sviluppate riguardano:

- definire i percorsi assistenziali per le principali patologie e situazioni cliniche per il miglioramento degli indicatori della griglia LEA, assicurando prioritariamente la presa in carico dell'assistito durante l'intero percorso assistenziale;
- favorire l'inserimento dei pazienti in programmi di ricerca clinica;



- coordinare le professionalità coinvolte nella prevenzione, diagnosi e terapia;
- garantire equità di accesso alle cure a tutti i cittadini;
- valorizzare le risorse umane per elaborare programmi didattici e formativi rivolti a medici, tecnici, infermieri ed altre professioni sanitarie;
- forte accelerazione del processo di dipartimentalizzazione.

Gli Organi Aziendali:

Ai sensi dell'articolo 3 della Legge Regionale 23 dicembre 2015, n. 20 che ha sostituito l'art. 17 della L.R. 32/1994 sono organi dell'Azienda:

- il Direttore Generale;
- il Collegio Sindacale;
- il Collegio di Direzione.

Il governo aziendale è esercitato dalla Direzione strategica composta dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, avvalendosi del Collegio di Direzione.

Le strutture Operative:

L'Azienda gestisce le proprie attività sulla base dei dipartimenti, strutture organizzative costituite da una pluralità di articolazioni complesse e semplici, raggruppate in base all'affinità ed alla connessione funzionale, al fine di razionalizzare i rapporti tra le stesse in termini di efficienza, efficacia ed economicità. L'organizzazione degli ambiti operativi è stata definita con l'Atto Aziendale, formalizzato con delibera n. 136 del 21.2.2023.

Di seguito le tabelle del vigente atto aziendale con dettaglio dei **dipartimenti sanitari** e strutture in staff alle Direzioni Sanitaria ed Amministrativa:

Dipartimenti clinico-assistenziali

Plesso	Dipartimento	UOC	UOS	UOSD
	MEDICO	7	5	5
Avellino	Allergologia - Immunologia clinica	0	0	1
Avellino	Angiologia	0	1	0
Avellino	Malattie Endocrine nutrizione e delricambio	0	0	1
Avellino	Geriatría	1	0	0
Avellino	Valut. Multidimensionale Geriatrica	0	1	0
Avellino	Malattie infettive e tropicali	1	0	0
Avellino	Gestione infettivologica nei pazienti immunodef. ed AIDS	0	0	1
Solofra	Medicina del lavoro (con p.l.)	0	0	1



Avellino	Medicina Generale	1	0	0
Solofra	Medicina Generale ad indirizzo epatologico e gestione Punto di Primo Intervento	1	0	0
Avellino	Nefrologia	1	0	0
Avellino	Dialisi *	0	1	0
Solofra	Dialisi*	0	0	0
Solofra	Dermatologia e dermochirurgia	0	0	1
Solofra	Recupero e Riabilitazione Funz.	1	0	0
Solofra	Lungodegenti	0	1	0
Avellino	Endoscopia Toracica ed interventistica	0	1	0
Avellino	Pneumologia	1	0	0
Avellino	Detenuti	0	0	0

*La gestione dei pazienti dializzati, prevede una UOS presso la Città Ospedaliera con gestione congiunta anche della Dialisi del PO Landolfi in Solofra.

Plesso	Dipartimento	UOC	UOS	UOSD
	CUORE E VASI	3	4	2
Avellino	Cardioanestesia e rianimaz.	0	0	1
Avellino	Cardiochirurgia mininvasiva	0	1	0
Avellino	Chirurgia vascolare	1	0	0
Avellino	Trattamento Endovascolare delle vasculopatie	0	1	0
Avellino	Diagnostica Cardiovascolare	0	0	1
Avellino	Cardiologia Invasiva - Emodinamica	0	1	0
Avellino	Cardiochirurgia	1	0	0
Avellino	Cardiologia – U.T.I.C.	1	0	0
Avellino	T.I. Cardiologica	0	1	0

Plesso	Dipartimento	UOC	UOS	UOSD
	CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA	5	0	4
Avellino	Breast Unit	1	0	0
Avellino	Chirurgia Oncologica	1	0	0
Avellino	Chirurgia Generale	1	0	0
Solofra	Day surgery	0	0	1
Avellino	Chirurgia Toracica	1	0	0
Avellino	Urologia	1	0	0
Avellino	Uro-Oncologica ad indirizzo Andrologico	0	1	0
Solofra	Urologia funzionale	0	0	1
Avellino	Terapia Int. Post Operatoria	0	0	1
Avellino	Gastroenterologia	0	0	1

Plesso	Dipartimento	UOC	UOS	UOSD
	MATERNO INFANTILE	4	3	2



Avellino	Ginecologia oncologica	0	0	1
Solofra	Ginecologia sociale	0	0	1
Avellino	Ostetricia e Ginecologia	1	0	0
Avellino	Genetica Medica	0	1	0
Avellino	P.S. pediatrico	0	1	0
Avellino	Pediatria	1	0	0
Avellino	Sub intensiva pediatrica	0	1	0
Solofra	Fisiopatologia della riproduzione	1	0	0
Avellino	Neonatologia	1	0	0
Avellino	TIN	0	0	0

Plesso	Dipartimento	UOC	UOS	UOSD
	ONCO-EMATOLOGICO	4	4	1
Avellino	Terapie cellulari avanzate	0	1	0
Avellino	DH Ematologico	0	1	0
Avellino	Ematologia	1	0	0
Avellino	Neoplasie nell'anziano	0	1	0
Avellino	Oncologia con pl	1	0	0
Avellino	Radioterapia Oncologica	1	0	0
Avellino	Fisica Medica	0	1	0
Avellino	Centro Emostasi	0	0	1
Avellino	Citofluorimetria e manipol.cellulare	0	1	0
Avellino	Servizio Immuno Trasfusionale	1	0	0
Avellino	Terapia del dolore senza p.l.	0	0	1

Plesso	Dipartimento	UOC	UOS	UOSD
	EMERGENZA ED ACCETTAZIONE	4	2	1
Avellino	Chirurgia d'Urgenza	0	0	1
Avellino	Ortopedia e Traumatologia	1	0	0
Avellino	Terapia Intensiva	1	0	0
Solofra	Terapia Intensiva (P.O.Landolfi)	1	0	0
Avellino	MCAU- Medicina d'urgenza	1	0	0
Avellino	OBI e PS	0	1	0

Plesso	Dipartimento	UOC	UOS	UOSD
	TESTA- COLLO	4	1	4
Avellino	Neurochirurgia	1	0	0
Avellino	Neurologia	1	0	0
Avellino	Neurofisiopatologia	0	1	0
Avellino	Unità Stroke	0	0	1
Avellino	Oculistica	1	0	0
Avellino	Patologia retinica medica e chirurgica	0	1	0
Avellino	ORL	1	0	0
Avellino	Neuroranimazione	0	0	1
Avellino	Servizio di psicologia clinica ospedaliera	0	0	1
Avellino	Neuroradiologia	1	0	0



Plesso	Dipartimento	UOC	UOS	UOSD
	SERVIZI	5	5	5
Avellino	Medicina nucleare con p.l.	1	0	0
Avellino	Terapia radionuclidi e diagn.correlata	0	1	0
Avellino	Anatomia e Istologia Patologica	1	0	0
Avellino	Laboratorio Analisi	1	0	0
Solofra	Laboratorio Analisi - PO Landolfi	0	0	1
Avellino	Laboratorio di Genetica	0	0	1
Avellino	Microbiologia e Virologia	1	0	0
Solofra	Radiologia senza p.l.- PO Landolfi	0	0	1
Avellino	Radiologia senza p.l.	1	0	0
Avellino	Risonanza magnetica	0	1	0
Avellino	T.C.	0	1	0
Avellino	Radiologia interventistica body	0	0	1
Avellino	Ecografia	0	0	1

Le strutture in Staff alla Direzione Strategica:

DIREZIONE GENERALE	Strutture Complesse	Strutture Semplici
	Controllo di Gestione e Programmazione	
	Sicurezza sul lavoro	
	Coordinamento Sperimentazioni Cliniche	
	Rischio Clinico e Qualità	Medicina Legale
		URP E Comunicazione
DIREZIONE SANITARIA	Strutture Complesse	Strutture Semplici
	Direzione Medica dei Presidi Ospedalieri AORN Moscati	Organizzazione Dei Servizi Sanitari Gestione Alpi e Liste Di Attesa Servizio Professioni Sanitarie
	Farmacia	Farmacovigilanza E Dispositivo- Vigilanza E Farmacoeconomia
	Medicina Preventiva Del Lavoro E Radioprotezione	
DIREZIONE AMMINISTRATIVA	Strutture Complesse	Strutture Semplici
	Affari Generali	Convenzioni E Rapp.Con Enti Terzi
	Affari Legali	Gestione Sinistri E Rapporti Assicurativi
	Gestione Econ.Finanziaria	Bilancio E Contabilità Generale
	Gestione Risorse Umane	Trattamento Giuridico E Rapporti Sindacali Trattamento Economico
	Acquisizione Beni E Servizi	Economato
	Tecnico E Patrimonio	Ingegneria Clinica Servizio Tecnico E Patrimonio
	Sistemi Informativi	---
		Formazione ed Aggiornamento Adempimenti Amministrativi CUP-



2. STRUTTURA DEL PARM

Il Piano Annuale di Risk Management (PARM) è uno strumento strategico di gestione dei rischi ed è finalizzato alla definizione degli obiettivi prioritari da raggiungere a medio termine nonché dei mezzi e delle modalità per raggiungerli.

Il PARM risponde alle raccomandazioni del Ministero della Salute contenute nel documento “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;*
- *avviare la costituzione di un network per la realizzazione di un database nazionale per la raccolta dei dati relativi alla sicurezza dei pazienti, anche al fine di istituire un Osservatorio a livello centrale;*
- *definire misure organizzative e appropriate tecnologie per la riduzione degli errori evitabili;*
- *favorire, anche attraverso opportune sperimentazioni, lo sviluppo di modelli organizzativi e supporti tecnologici innovativi per migliorare la sicurezza.*

In sintesi, il PARM descrive e guida le iniziative di miglioramento individuate come prioritarie per la gestione del rischio clinico e volte a correggere in modo specifico le circostanze critiche osservate garantendo la sicurezza dei pazienti e la qualità dei servizi forniti in conformità con gli obblighi legislativi.

Il piano annuale di gestione dei rischi si applica quindi al sistema di cura nel suo complesso e si compone di attività che comprendono la valutazione dei processi chiave, l'analisi dei rischi, la promozione e l'attuazione di modalità e procedure operative, la formazione e l'informazione. Le attività svolte attraverso il piano annuale di gestione dei rischi, che rientrano quindi nelle iniziative aziendali del rischio clinico, contribuiscono al raggiungimento degli obiettivi di rilevanza gestionale e sanitaria e di economicità/sostenibilità dell'Azienda.



Il PARM redatto annualmente è approvato e pubblicato sul sito dell'AORN Moscati entro il 31 marzo di ogni anno.

2.1 CONTESTO ORGANIZZATIVO

Si riportano di seguito i principali dati delle attività dell'AORN S. G Moscati.

150905 - AORN SAN GIUSEPPE MOSCATI

Indicatore	Anno 2023
Estensione territoriale (AV e Provincia)	2806
Popolazione residente (AV e Provincia)	398.932
Presidi ospedalieri pubblici	P.O. LANDOLFI DI SOLOFRA
Posti letto Ordinari totali	473
Posti letto Ordinari Area medica	231
Posti letto Ordinari Area chirurgica	216
Posti letto Diurni	79
Servizi Trasfusionali	1
Blocchi Operatori	3
Sale Operatorie	21
Terapie intensive	3
UTIC	1
Dipartimenti strutturali	8
SPDC	10 p.l.
Altri Posti letto (TI, TIN)	26

Indicatore	Anno 2023
Ricoveri Ordinari	17.459
Accessi PS	40.481
Branche specialistiche	26
Ricoveri Diurni	5.530
Neonati O Parti	1.155
Prestazioni ambulatoriali erogate da presidi pubblici	251.985

Dati Forniti dall'UOC Direzione Medica dei Presidi Ospedalieri e dall'UOC Controllo di Gestione



2.2 RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Si premette che la Struttura Complessa Gestione del Rischio Clinico opera secondo le seguenti modalità:

1. Formazione ed aggiornamento di tutti i dipendenti sulle tematiche relative e complementari alla gestione del rischio in sanità;
2. Formazione, coordinamento, aggiornamento e programmazione delle attività dei "Facilitatori per il rischio clinico" individuati e formati in tutte le UU.OO.;
3. Sperimentazione ed applicazione del Modello Italiano per la Gestione del Rischio in Sanità (prima Azienda sanitaria che ha ottenuto la certificazione di I°, II°, III° e IV° livello);
4. Identificazione e valutazione dei rischi, scelta, monitoraggio e aggiornamento delle tecniche di gestione;
5. Aggiornamento e gestione delle attività legate all'incident reporting principalmente mediante l'attività di audit monitorando le azioni correttive concordate;
6. Promozione della produzione, realizzazione ed aggiornamento di linee guida, procedure, protocolli, PDTA ed istruzioni operative anche supportando i proponenti nella ricerca, stesura ed integrazione nel sistema aziendale del rischio;
7. Proseguimento delle azioni previste per l'identificazione e l'analisi dei punti critici dei percorsi/processi utilizzati per erogare le prestazioni sanitarie, responsabili di potenziali errori legati non al comportamento umano bensì ad aspetti organizzativi e/o del sistema, con particolare attenzione allo strumento dell'audit, del SEA e dell'analisi del contenzioso, da cui deriva un miglioramento nella ricerca dell'appropriatezza delle prestazioni;
8. Collaborazione alla realizzazione ed aggiornamento della cartella clinica informatizzata;
9. Aggiornamento e manutenzione dello specifico spazio Gestione del Rischio Clinico a supporto del lavoro dei dipendenti, realizzato nell'intranet Aziendale;
10. Implementazione delle attività legate alla promozione e registrazione, secondo le procedure adottate, delle informative per il consenso informato, curandone anche la pubblicazione sulla cartella clinica informatizzata;
11. Contributo alle attività inerenti agli eventi avversi con particolare attenzione all'andamento dei sinistri, finalizzato all'individuazione ed analisi dei rischi;
 - Costituzione dal 1/02/2008 di un database delle richieste risarcitorie quale contributo all'individuazione e valutazione del rischio nella Ns. Azienda;
 - Analisi delle richieste risarcitorie;
 - Monitoraggio andamento dei sinistri;



- Partecipazione alle attività del Comitato Valutazione Sinistri con la valutazione dei singoli casi come contributo all'individuazione e analisi del rischio clinico in Azienda, dotandosi della propria istruttoria interna;
- 12. Aggiornamento e manutenzione dello specifico spazio a supporto del lavoro del team, realizzato nell'intranet Aziendale;
- 13. Proseguimento delle azioni previste per l'identificazione e l'analisi dei punti critici dei percorsi/processi utilizzati per erogare le prestazioni sanitarie, responsabili di potenziali errori legati non al comportamento umano bensì ad aspetti organizzativi e/o del sistema, con particolare attenzione allo strumento dell'audit, del SEA e dell'analisi del contenzioso.
- 14. Risponde e partecipa alle iniziative in materia di rischio clinico proposte dalla Regione Campania e del Ministero della Salute.
- 15. Partecipazione Giornata nazionale per la sicurezza delle cure e della persona assistita.

Nel 2023 si sono registrati 3 eventi sentinella¹, che sono stati trattati secondo il percorso di gestione previsto dal Ministero per questi eventi. Ogni evento è stato oggetto di una procedura di audit interno che si è conclusa con l'indicazione di azione correttive messe poi in atto. Tutti gli eventi occorsi sono

¹ **Evento Sentinella:** Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito e l'implementazione delle adeguate misure correttive. La segnalazione di un evento sentinella deve essere fatta al Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) solo attraverso la piattaforma informatica dedicata.

Lista eventi sentinella

1. *Procedura in paziente sbagliato*
2. *Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)*
3. *Errata procedura su paziente corretto*
4. *Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure*
5. *Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO*
6. *Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica*
7. *Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto*
8. *Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita*
9. *Morte o grave danno per caduta di paziente*
10. *Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale*
11. *Violenza su paziente*
12. *Atti di violenza a danno di operatore*
13. *Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)*
14. *Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso*
15. *Morte o grave danno imprevisi conseguente ad intervento chirurgico*
16. *Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente*



stati segnalati attraverso il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) mediante la piattaforma informatica dedicata.

Tipologia Evento	Identif.	Data Evento	Stato	Stato
	Evento		scheda A	scheda B
ATTI DI VIOLENZA A DANNO DI OPERATORE	13514	28/01/2023	SCHEDA A - validata	SCHEDA B - VALIDATA
ATTI DI VIOLENZA A DANNO DI OPERATORE	13818	03/04/2023	SCHEDA A - validata	SCHEDA B - VALIDATA
SUICIDIO O TENTATO SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE	13841	12/04/2023	SCHEDA A - validata	SCHEDA B - VALIDATA

In relazione agli eventi avversi - ovvero eventi inattesi correlati al processo assistenziale e che hanno comportato al paziente un danno non intenzionale e indesiderabile - sono pervenute due segnalazioni rispetto alle quali si è proceduto ad azioni di miglioramento così come riportato in tabella.

EVENTI AVVERSI SEGNALATI 2023

Categoria evento	N.	Azioni di miglioramento
Segnalazione Caduta UOC Pediatria	1	Audit con operatori e conseguente sostituzione dei presidi obsoleti
Segnalazione difficoltà rielaborazione dati TC perfusione	1	Audit con operatori e conseguente stato predisposizione un sistema di backup (TeraRecon) che permetta l'elaborazione delle immagini, compatibile con entrambi i sistemi già presenti in Azienda (Canon e Siemens), per questo software si provvederà ad una formazione obbligatoria per quegli operatori che non hanno partecipato al corso già svolto. Elaborazione di un protocollo interno interdipartimentale che indichi le alternative possibili per la gestione di criticità nell'elaborazione delle immagini e preveda la prescrizione all'operatore che le verifica, di comunicarlo con tracciabilità all'ingegneria clinica ed al proprio responsabile che a cascata lo comunicherà agli altri Direttori e/o Responsabili interessati dalla problematica.

 <p>SAN GIUSEPPE MOSCATI - AVELLINO AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALITÀ</p>	<p>SISTEMA DI GESTIONE PER IL RISCHIO CLINICO</p>	<p><i>Piano Annuale Di Risk Management (P.A.R.M.)</i></p>	<p>Parm* Rev. 0 Del 26/03/2024</p>
--	---	---	--

Altresì, in maniera proattiva, nell'annualità 2023 si sono svolti audit finalizzati alle seguenti ulteriori attività:

- Condivisione PDTA Cardiometabolico Per Il Paziente Con DMT2 Ad Alto Rischio Cardiovascolare
- Condivisione Manuale di Qualità delle Apparecchiature radiologiche
- Condivisione PDTA Malattie Rare – Dermatologia
- Condivisione Protocollo Gestione Perioperatoria Della Terapia Antiaggregante E Anticoagulante Nel Paziente Adulto Sottoposto A Chirurgia Elettiva Non Cardiaca
- Condivisione Protocollo di analgesia multimodale nella chirurgia vertebrale strumentata per via posteriore
- Condivisione Manuale Triage
- Chiarimenti su liste operatorie pediatriche rep Otorino
- Condivisione bozza percorso di valutazione cardiologica preoperatoria
- Gestione Perioperatoria Della Terapia Antiaggregante E Anticoagulante Nel Paziente Adulto Sottoposto A Chirurgia Elettiva Non Cardiaca
- Condivisione Manuale per la gestione infermieristica delle sale operatorie di ostetricia e ginecologia Istruzioni operative

2.3 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

L'A.O.R.N. San Giuseppe Moscati di Avellino a decorrere dal 14.11.2017 è in regime di auto ritenzione del rischio derivante da responsabilità medico sanitaria e gestisce autonomamente le denunce dei sinistri attraverso accantonamenti di somme al fondo rischi aziendale appositamente costituito.

Negli anni precedenti, erano state stipulate polizze assicurative con varie compagnie tra cui la FARO Ass.ni e riass.ni S.p.A. (posta in liquidazione coatta amministrativa con decreto MISE del 28.07.2011), nonché con AM TRUST Ass.ni S.p.a. e con SHAM Relyens Ass.ni S.p.A.

I contratti di polizza assicurativa sottoscritti tra l'Azienda e queste ultime due compagnie prevedevano, oltre al pagamento del premio assicurativo, anche una franchigia aggregata annua del valore di un milione di euro.

Si chiarisce che i risarcimenti erogati negli anni 2019 e 2023 scaturiscono in gran parte da sinistri ricadenti nella manleva Faro Ass.ni., rimasta scoperta a seguito della messa in liquidazione coatta amministrativa dichiarata dal Tribunale di Genova, dinanzi al quale è tutt'ora in corso il riparto dei



crediti ammessi allo stato passivo. Si specifica, inoltre, che i risarcimenti erogati nell'anno 2019 e nell'anno 2022 derivano, altresì, dalla erosione delle franchigie di polizza assicurativa riferite ai contratti stipulati negli anni precedenti con AmTrust ass.ni e Sham Relyens ass.ni.

2.4 GESTIONE SINISTRI

Il modello di gestione dei sinistri avviato dall'AORN Moscati ha previsto la costituzione dell'Ufficio Gestione Sinistri, organismo dotato di competenze tecnico-professionali essenziali per un approccio multidisciplinare ai sinistri aziendali in materia di *medical malpractice* e contestuale previsione degli eventi avversi che si possono verificare nello svolgimento delle attività professionali aziendali.

Tale organismo ha adottato una procedura di gestione del contenzioso articolata in più fasi e basata sull'istruttoria posta in essere dalle U.O. Affari Legali e Medicina Legale con il coinvolgimento delle varie U.O. cliniche implicate nei singoli sinistri, nonché dell'U.O.C. Rischio Clinico e Qualità.

L'istruttoria dei sinistri aziendali ha inizio con l'inoltro della denuncia da parte di soggetti che contestano eventuali errori o inadempimenti organizzativi/assistenziali.

L'atto stragiudiziale perviene all'U.O.C. Affari Legali che provvede a registrarlo e a notiziare del sinistro le Strutture Aziendali della Medicina Legale e del Rischio Clinico e Qualità e contestualmente a richiedere alla Direzione Medica del Presidio Ospedaliero tutta la documentazione clinica attestante i vari momenti di realizzazione degli eventi contestati.

I Medici Legali aziendali valutano la completezza della documentazione medica già acquisita e, in caso di carenza o insufficienza della stessa, segnalano eventuali mancanze.

Sulla base della documentazione disponibile, i Medici Legali individuano le Unità Operative coinvolte nella fattispecie concreta, alle quali è, poi, richiesta la produzione di relazioni specialistiche che dovranno essere aderenti alle criticità contestate ed andranno inviate all'Ufficio Gestione Sinistri. Quindi, i Medici Legali, acquisiti tutti gli elementi documentali utili, procedono all'analisi delle condotte sanitarie individuando gli eventuali danni cagionati al paziente (danno da morte, danno biologico, danno da perdita di chance, ecc.) e, in caso di lesioni, per la verifica e la valutazione delle stesse, il danneggiato è convocato a visita diretta.

Al termine delle suddette attività, i medico-legali producono relazione dettagliata.

L'Ufficio Gestione Sinistri elabora parere completo anche in merito alla quantificazione economica del danno, la cui stima viene effettuata, sulla base della relazione Medico Legale, utilizzando le tecniche di calcolo di volta in volta necessarie a seconda che si tratti di danno patrimoniale, danno parentale, danno iatrogeno differenziale o altro tipo di danno.

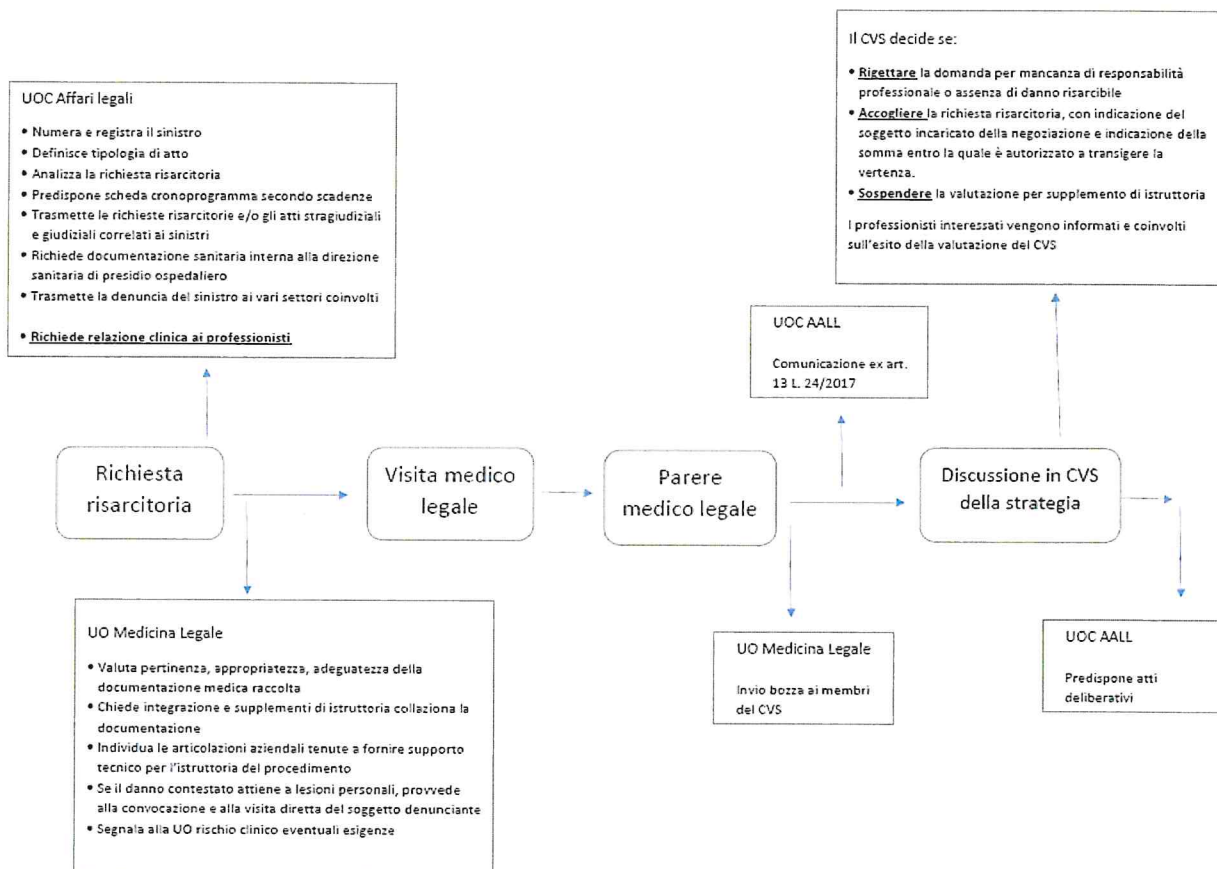


Qualora, all'esito dell'istruttoria posta in essere dagli uffici coinvolti, dovessero evidenziarsi criticità dal punto di vista clinico assistenziale o dovessero evincersi eventi sentinella, l'U.O.C. Rischio Clinico e Qualità procede all'audit al fine di monitorare e prevenire ulteriori eventi avversi dello stesso tenore, anche attraverso l'eventuale adozione di interventi correttivi.

Una volta conclusa la fase istruttoria, su proposta dell'Ufficio Gestione Sinistri, è convocato il **Comitato Valutazione Sinistri (CVS)**², organismo collegiale multidisciplinare di carattere consultivo, che decide per la definizione transattiva e/o reiezione dei sinistri esaminati.

L'Ufficio Gestione Sinistri provvede a redigere i verbali delle sedute del CVS.

L'iter di cui sopra può essere così schematizzato:



² Il **Comitato Valutazione Sinistri** è un organismo multidisciplinare composto dal Direttore Sanitario quale Presidente, dal Direttore UOC Affari Legali, dal Dirigente della UO Medicina Legale e dal Dirigente dell'U.O. Rischio Clinico. Tale Organismo ha il compito fondamentale di supportare la metodologia per il governo aziendale del contenzioso, della sinistrosità e dei costi assicurativi, attraverso l'analisi, la valutazione e la definizione delle pratiche relative alle richieste di risarcimento danni, a cose o persone, coinvolgenti la responsabilità civile dell'Azienda, anche attraverso lo strumento della composizione in via stragiudiziale, ove ne sussistano i presupposti.



La procedura di gestione stragiudiziale del sinistro dovrà essere svolta dagli uffici competenti nel rispetto delle attività e nei termini prestabiliti, salvo il caso di particolari e complesse fattispecie che potrebbero motivatamente aggravare il procedimento e prolungarne la conclusione.

La gestione giudiziale del sinistro si svolge secondo le tempistiche del processo civile, previo esperimento dei procedimenti di conciliazione obbligatoria mediante Accertamento Tecnico preventivo ex art 696 bis CPC in alternativa all'attivazione del procedimento di mediazione ai sensi del D.Lgs 28/2010 (quali condizioni di procedibilità per l'instaurazione del contenzioso giudiziale in materia di responsabilità sanitaria).

Nello specifico, l'Ufficio Legale, qualora venga notificato qualsiasi atto introduttivo di un giudizio (ad esempio: atto di citazione / ricorso / chiamata in causa di terzo / accertamento tecnico preventivo) ne cura la tempestiva trasmissione alla U.O.S. di Medicina Legale al fine di consentire l'eventuale acquisizione di ulteriore documentazione sanitaria, la definizione del contesto in cui si è sviluppato il sinistro e la redazione della relazione medico-legale previo parere degli specialisti di branca.

Nel contesto, ed entro i termini di legge, l'U.O.C. Affari Legali individua e notifica, ai sensi dell'art. 13 della legge 24/2017, i singoli sanitari coinvolti nei fatti contestati.

L'Ufficio Legale provvede, in proprio, a costituirsi in giudizio per l'Azienda e comunica tutti gli sviluppi procedurali all'Ufficio Gestione Sinistri al fine di garantire ed ottimizzare la partecipazione di tutte le strutture coinvolte nelle varie fasi, ognuna per propria competenza.

Infine, considerato che il livello di informazione costituisce la base per un'assistenza sanitaria di qualità e rappresenta il più valido strumento per contrastare la malasanita, le unità operative coinvolte nella gestione dei sinistri aziendali provvedono, in tempo reale, ad alimentare le piattaforme regionali LEGALAPP e SIMES finalizzate rispettivamente a fornire un quadro complessivo del contenzioso delle Aziende Sanitarie nell'accezione prevalentemente economica e a consentire l'implementazione di database di eventi avversi ed eventi sentinella.

Il database per la revisione sistematica del contenzioso aziendale si riferisce alle richieste risarcitorie pervenute all'AORN Moscati dal 2018 al 2022.

Il numero dei sinistri nelle diverse annualità è riportato nella tabella che segue

ANNO	2019	2020	2021	2022	2023
N SINISTRI	58	53	60	48	44

L'andamento dei sinistri ha visto un trend in discesa nel 2022, confermato nel 2023, come evidenziabile dal grafico n. 1.

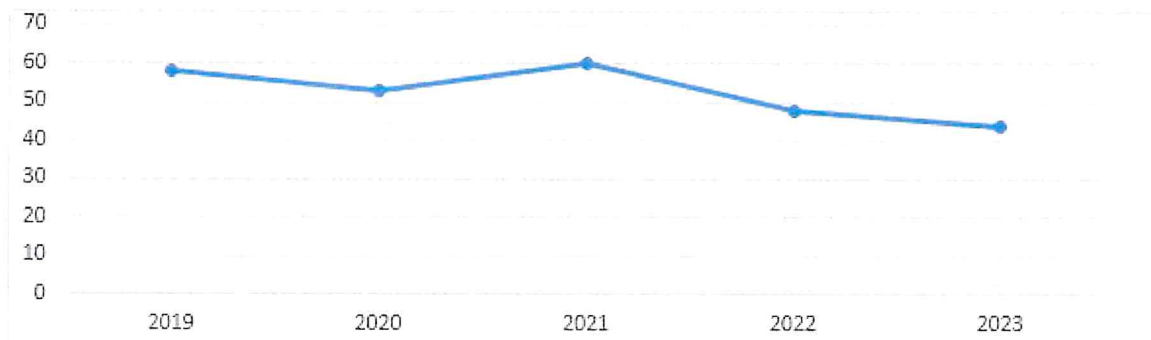


Grafico 1: andamento dei sinistri nelle diverse annualità

Le strutture aziendali a maggior sinistrosità sono state quelle dell'area chirurgica (Tabella e grafico n. 2)

	2019		2020		2021		2022		2023	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
CHIRURGICA	37	64%	28	53%	30	50%	24	50%	17	61%
MEDICA	10	17%	7	13%	13	22%	14	29%	8	18%
PS/EMERGENZA	6	10%	13	25%	12	20%	7	15%	5	11%
SERVIZI	0	0%	3	6%	0	0%	1	2%	0	0%
SPAZI COMUNI (cadute)	5	9%	2	4%	5	8%	2	4%	4	9%
	58	100%	53	100%	60	100%	48	100%	44	100%

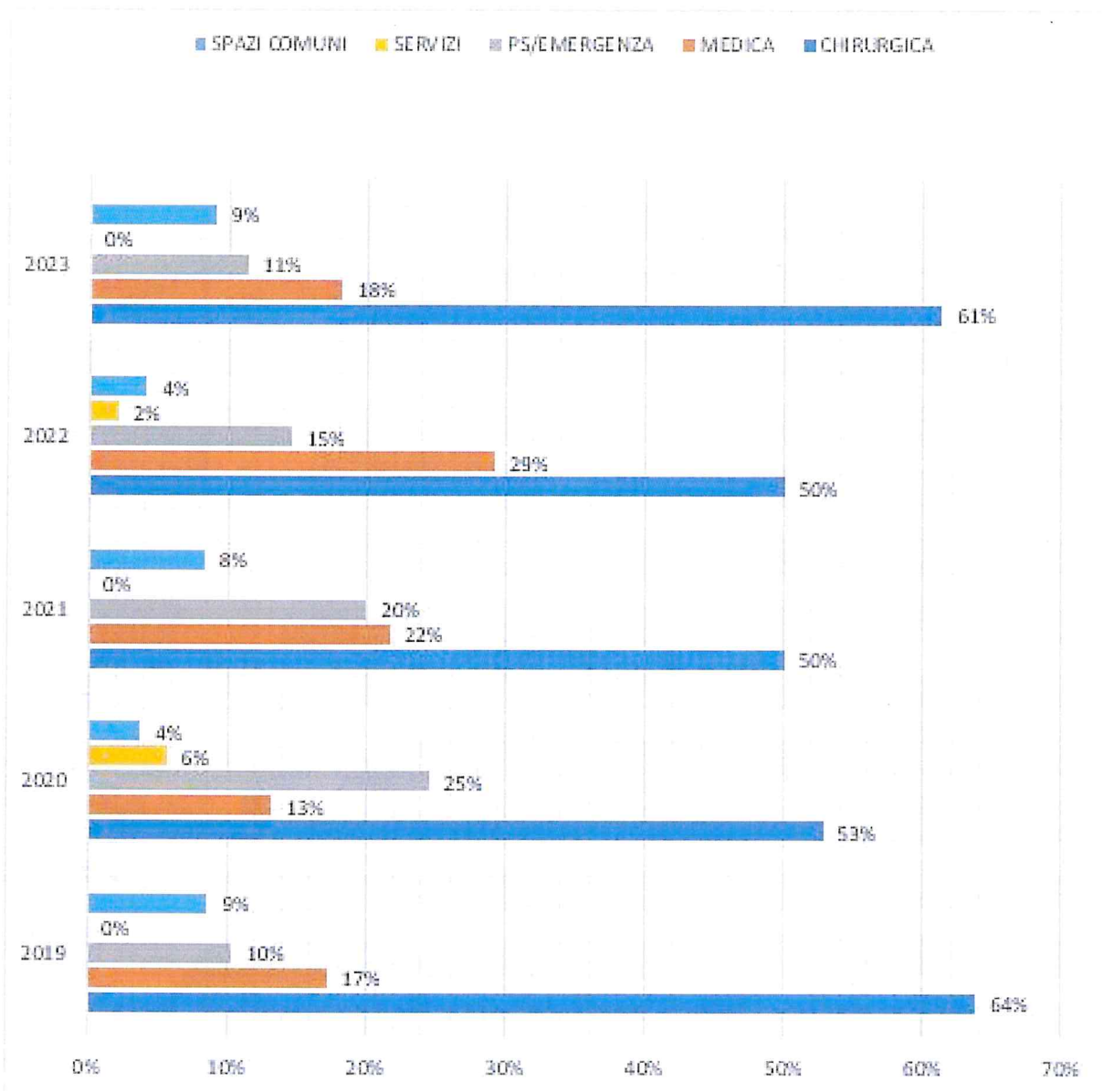


Tabella e grafico n. 2: distribuzione sinistri per aree

La distribuzione per U.O. per anno è sintetizzata nella tabella n. 3

U.O.	2019		2020		2021		2022		2023	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ORTOPEDIA	5	9%	11	21%	8	13%	8	17%	14	32%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	8	14%	6	11%	6	10%	7	15%	6	14%
P.S.	4	7%	6	11%	7	12%	7	15%	1	2%
NEUROCHIRURGIA	8	14%	3	6%	5	8%	3	6%	4	9%
SPAZI COMUNI	5	9%	2	4%	5	8%	2	4%	2	5%
CHIRURGIA GENERALE	3	5%	2	4%	3	5%	2	4%	0	0%
CHIRURGIA D'URGENZA	4	7%	2	4%	1	2%	1	2%	1	2%
OCULISTICA	2	3%	2	4%	2	3%	0	0%	1	2%
RIANIMAZIONE	2	3%	3	6%	3	5%	0	0%	1	2%



BREAST UNIT	5	9%	1	2%	0	0%	1	2%	0	0%
CARDIOLOGIA	1	2%	0	0%	2	3%	1	2%	2	5%
CHIRURGIA VASCOLARE	1	2%	0	0%	3	5%	0	0%	1	2%
CARDIOCHIRURGIA	1	2%	1	2%	2	3%	2	4%	1	2%
NEUROLOGIA	1	2%	1	2%	1	2%	3	6%	1	2%
UROLOGIA	2	3%	1	2%	0	0%	1	2%	0	0%
GERIATRIA	0	0%	1	2%	3	5%	1	2%	1	2%
MEDICINA INTERNA	2	3%	0	0%	2	3%	1	2%	2	5%
GASTROENTEROLOGIA	0	0%	2	4%	0	0%	0	0%	0	0%
ORL	3	5%	0	0%	0	0%	0	0%	1	2%
CARDIANESTESIA	0	0%	0	0%	1	2%	0	0%	0	0%
PEDIATRIA	0	0%	1	2%	0	0%	1	2%	0	0%
TIN	0	0%	3	6%	0	0%	0	0%	2	5%
MALATTIE INFETTIVE	1	2%	0	0%	0	0%	2	4%	0	0%
ONCOLOGIA	0	0%	0	0%	1	2%	0	0%	1	2%
ANATOMIA PATOLOGICA	0	0%	2	4%	0	0%	0	0%	1	2%
ONCO-EMATOLOGIA	0	0%	0	0%	1	2%	0	0%	0	0%
UTIC	0	0%	1	2%	1	2%	0	0%	0	0%
NEFROLOGIA	0	0%	0	0%	0	0%	1	2%	0	0%
118	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
CH. ONCOLOGICA	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	2%
FISIOF. DELLA RIPROD.	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
MEDICINA URGENZA	0	0%	0	0%	1	2%	0	0%	0	0%
PNEUMOLOGIA	0	0%	0	0%	1	2%	0	0%	0	0%
TERAPIA DEL DOLORE	0	0%	0	0%	0	0%	1	2%	0	0%
UTIG	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
RADIOLOGIA	0	0%	0	0%	0	0%	1	2%	0	0%
GENETICA	0	0%	1	2%	0	0%	0	0%	0	0%
SIMT	0	0%	1	2%	0	0%	0	0%	0	0%
COVID HOSPITAL	0	0%	0	0%	1	2%	0	0%	0	0%
NEUROPSI. INFANTILE	0	0%	0	0%	0	0%	1	2%	0	0%
UNITÀ FEGATO	0	0%	0	0%	0	0%	1	2%	0	0%
NEURORADIOLOGIA	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	58	100%	53	100%	60	100%	48	100%	44	100%

Tabella n. 3: distribuzione dei sinistri per Unità Operative per anno

Gli errori chirurgici rappresentano il target più frequente delle richieste risarcitorie, seguiti da errori diagnostici e terapeutici (Grafico e tabella n 4).

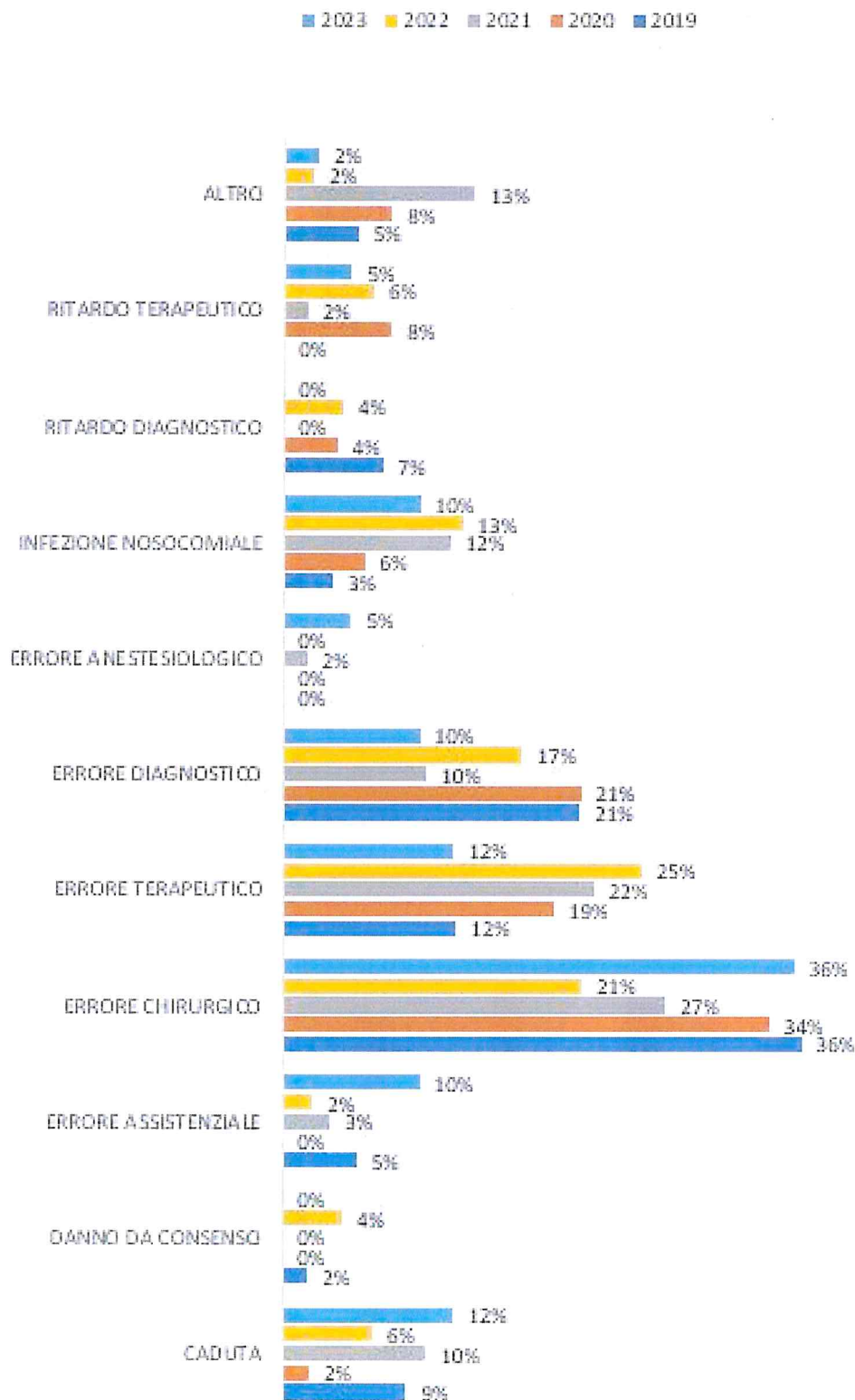


Grafico n. 4: distribuzione per tipologia dell'evento contestato



TIPO EVENTO	2019		2020		2021		2022		2023	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
CADUTA	5	9%	1	2%	6	10%	3	6%	5	12%
DANNO DA CONSENSO	1	2%	0	0%	0	0%	2	4%	0	0%
ERRORE ASSISTENZIALE	3	5%	0	0%	2	3%	1	2%	4	10%
ERRORE CHIRURGICO	21	36%	18	34%	16	27%	10	21%	15	36%
ERRORE TERAPEUTICO	7	12%	10	19%	13	22%	12	25%	5	12%
ERRORE DIAGNOSTICO	12	21%	11	21%	6	10%	8	17%	4	10%
ERRORE ANESTESIOLOGICO	0	0%	0	0%	1	2%	0	0%	2	5%
INFEZIONE NOSOCOMIALE	2	3%	3	6%	7	12%	6	13%	4	10%
RITARDO DIAGNOSTICO	4	7%	2	4%	0	0%	2	4%	0	0%
RITARDO TERAPEUTICO	0	0%	4	8%	1	2%	3	6%	2	5%
ALTRO	3	5%	4	8%	8	13%	1	2%	1	2%
	58	100%	53	100%	60	100%	48	100%	42	100%

Tabella n. 4: distribuzione per tipologia dell'evento contestato

In merito all'entità del danno per cui è richiesto il risarcimento, le lesioni rappresentano la quota maggiore dei sinistri analizzati rispetto ai casi mortali (Tabella e Grafico n. 5).

TIPO DANNO	2019		2020		2021		2022		2023	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
DECEDUTO	11	19%	11	21%	14	23%	17	35%	15	35%
LESIONI PERSONALI	47	81%	42	79%	46	77%	31	65%	28	65%
	58	100%	53	100%	60	100%	48	100%	43	100%

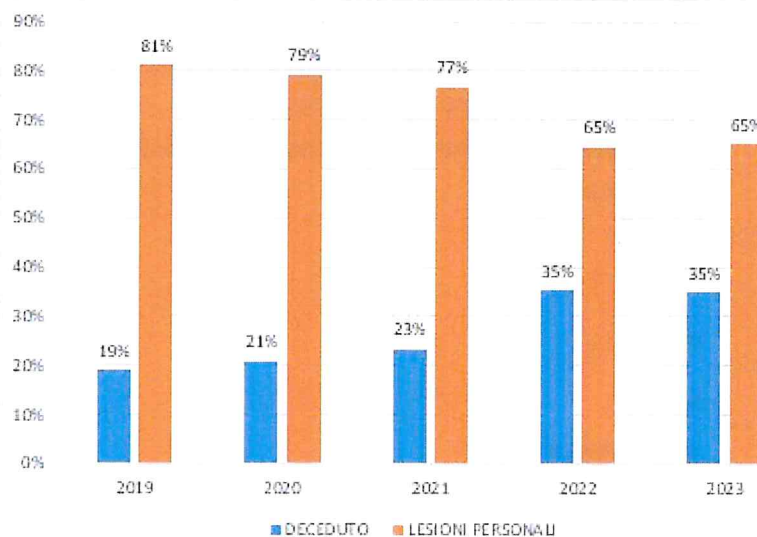


Tabella e grafico n. 5: tipologia di danno per cui è richiesto il risarcimento



2.5 RISARCIMENTI EROGATI

Relativamente ai risarcimenti erogati, ai sensi dell'art. 4 c. 3 della L. 24/2017, nella tabella che segue si riportano i dati relativi all'ultimo quinquennio:

RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO

(dati forniti dall'UOC Affari Legali)

ANNO	Nr. Sinistri Aperti ^(A)	Nr. Sinistri Liquidati ^(A)	Risarcimenti Erogati ^(A)
2019	53	21	€6.072.913,84
2020	52	4	€404.000,00
2021	54	9	€289.794,81
2022	45	14	€1.626.032,34
2023	39	17	€2.810.364,37
Totale	243	65	€11.203.105,36

^(A)Sono riportati solo i sinistri e i risarcimenti relativi al rischio sanitario escludendo quelli riferiti a danni di altra natura.



3. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARM

La realizzazione del PARM riconosce sempre almeno due specifiche responsabilità:

1. Quella della UOC Rischio Clinico e Qualità che lo redige, ne monitora e promuove lo stesso tenendo in debito conto la Programmazione e il Piano Strategico Aziendale nonché gli indirizzi regionali quali il DGRC n.19 del 18.1.2020 “Presenza d’atto e recepimento del 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 ai fini dell’uscita dal commissariamento e 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;
2. Quella della Direzione Strategica che si impegna ad adottarlo con Deliberazione e a fornire al Gestore del Rischio e all’organizzazione della struttura le risorse e le opportune direttive per la realizzazione delle attività in esso previste.

Azione	<i>UOC Rischio Clinico e Qualità</i>	<i>Direttore Generale</i>	<i>Direttore Sanitario</i>	<i>Direttore Amministrativo</i>
Redazione	R	C	C	C
Verifica	R	-	-	-
Approvazione	-	-	R	-
Adozione con delibera	C	R	C	C
Monitoraggio	R	C	C	C

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto.

4. OBIETTIVI ED ATTIVITÀ

Nel corso dell’anno 2024 l’UOC Rischio Clinico e Qualità seguirà le seguenti principali attività:

- Coordinamento e programmazione delle attività dei "Facilitatori per il rischio clinico" individuati e formati in tutte le UU.OO.;
- Formazione specifica per tutti i dipendenti dell’Azienda con particolare attenzione riservata alla formazione dei nuovi assunti;
- Gestione del database interno per la raccolta dei dati sugli eventi avversi;
- Partecipazione all’ufficio gestione sinistri ed alle attività del Comitato Valutazione Sinistri con la valutazione dei singoli casi come contributo all’individuazione e analisi del rischio clinico in Azienda;

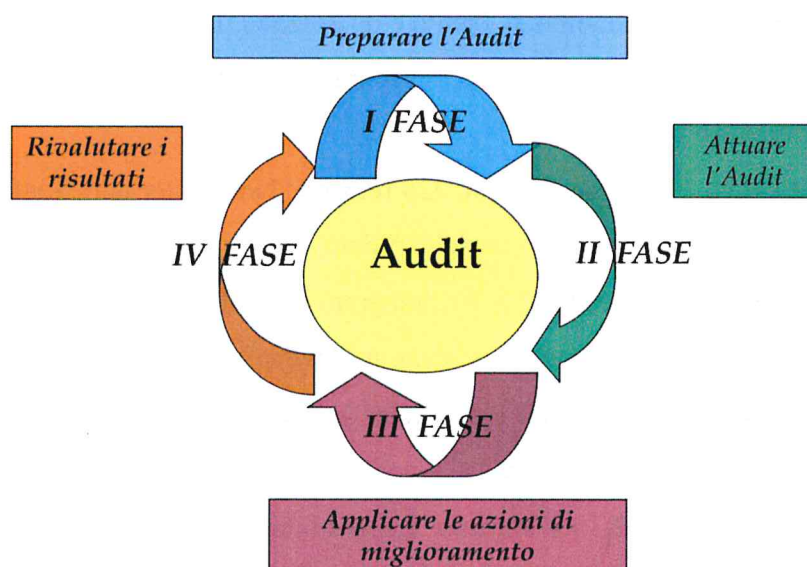


- Aggiornamento e manutenzione dello specifico spazio a supporto del lavoro del team, realizzato nell'intranet Aziendale, mediante l'inserimento di tutte le nuove procedure deliberate nonché del materiale formativo nel corso del 2024;
- Proseguimento delle azioni previste per l'identificazione e l'analisi dei punti critici dei percorsi/processi utilizzati per erogare le prestazioni sanitarie, responsabili di potenziali errori legati non al comportamento umano bensì ad aspetti organizzativi e/o del sistema, con particolare attenzione allo strumento dell'audit, del SEA e dell'analisi del contenzioso.

Saranno ulteriormente implementate le attività legate alla promozione e registrazione, secondo le procedure adottate, delle informative per il consenso informato, delle linee guida, procedure e protocolli prodotte dalle UU.OO., preparando il materiale raccolto, per l'adozione con atto formale da parte della direzione strategica aziendale e curandone anche la pubblicazione negli spazi dell'intranet aziendale.

Il gestore del rischio clinico risponde alle iniziative in materia di rischio clinico proposte dalla Regione Campania e del Ministero della Salute, anche attraverso l'implementazione costante della piattaforma SIMES.

Nel corso del 2024 si terranno audit secondo la seguente flowchart:



In continuità con l'adesione al "Modello Italiano per la Gestione del Rischio in Sanità" di Luiss, caratterizzato dal passaggio dal modello sistemico con impostazione di sistema (ISO 9000 approccio che definisce ed organizza) al modello italiano con impostazioni di processo (ISO 17065 esito finale dettato e garantito dal modello di riferimento), si procederà alle verifiche necessarie al mantenimento delle certificazioni di I°, II°, III°, IV° livello ottenute secondo il "Modello Italiano per la Gestione del Rischio in Sanità".



5. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT

Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività previste dal piano annuale di risk management e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la diffusione della conoscenza del documento sarà cura della UOC Rischio Clinico e Qualità e sarà realizzata attraverso la pubblicazione del piano annuale di risk management sul sito internet aziendale e mediante seminari aziendali di formazione e aggiornamento del personale e dei facilitatori del rischio clinico.

6. RIFERIMENTI NORMATIVI

Il piano annuale di risk management è stato elaborato in ottemperanza alla normativa di riferimento vigente, tra cui si elenca, a titolo sintetico seppur non esaustivo:

- 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”;



- 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. 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;
- 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.
- DD. N. 99 del 16/12/2022 – “Approvazione Linee di Indirizzo per l’elaborazione del PARM”.

7. 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;
- Ministero della Salute - Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:
<https://www.salute.gov.it/portale/sicurezzaCure/menuContenutoSicurezzaCure.jsp?lingua=italiano&area=qualita&menu=lineeguida>;
- Ministero della Salute - Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella:
<https://www.salute.gov.it/portale/sicurezzaCure/dettaglioContenutiSicurezzaCure.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=vuoto>;