



Deliberazione del Direttore Generale N. 325 del 26/04/2022

Proponente: Il Direttore UOC RISK MANAGEMENT

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

PUBBLICAZIONE

In pubblicazione dal 26/04/2022 e per il periodo prescritto dalla vigente normativa in materia (art.8 D.Lgs 14/2013, n.33 e smi)

ESECUTIVITA'

Atto immediatamente esecutivo

TRASMISSIONE

La trasmissione di copia della presente Deliberazione è effettuata al Collegio Sindacale e ai destinatari indicati nell'atto nelle modalità previste dalla normativa vigente. L'inoltro alle UU. OO. aziendali avverrà in forma digitale ai sensi degli artt. 22 e 45 D.gs. n° 82/2005 e s.m.i. e secondo il regolamento aziendale in materia.

UOC AFFARI GENERALI

Direttore Eduardo Chianese

ELENCO FIRMATARI

Gaetano Gubitosa - DIREZIONE GENERALE

Angela Annecchiarico - DIREZIONE SANITARIA

Danilo Lisi - UOC RISK MANAGEMENT

Amalia Carrara - DIREZIONE AMMINISTRATIVA

Eduardo Chianese - UOC AFFARI GENERALI

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

IL DIRETTORE p.t. U.O.C. RISK MANAGEMENT

A conclusione di specifica istruttoria, descritta nella narrazione che segue e i cui atti sono custoditi presso la struttura proponente, rappresenta che ricorrono le condizioni e i presupposti giuridico-amministrativi per l'adozione del presente provvedimento, ai sensi dell'art. 2 della Legge n. 241/1990 e s.m.i. e, in qualità di responsabile del procedimento, dichiara l'insussistenza del conflitto di interessi, ai sensi dell'art. 6 bis della legge 241/90 e s.m.i.

Premesso

- **che** la sicurezza del paziente all'interno delle organizzazioni sanitarie è obiettivo rilevante dei processi assistenziali in ragione del fatto che detti processi possono essere gravati da incidenti non voluti prevenibili attraverso interventi preventivi che riguardano la struttura, le procedure e la formazione degli operatori;
- **che** la Regione Campania con DGRC n. 1688/2005 e successivi decreti ha dettato le indicazioni programmatiche per l'avvio nelle Aziende Sanitarie di apposite metodologie, sistemi e strumenti finalizzati alla Gestione del Rischio Clinico;
- **che**, nel corso di questi anni, la Regione Campania ha sviluppato iniziative finalizzate alla diffusione e all'adozione di metodi e strumenti per la Gestione del Rischio Clinico ed ha attivato un sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES), degli eventi sentinella e per rispondere al debito informativo regionale nei confronti del Ministero della Salute;
- **che** l'adozione ed attuazione di un piano aziendale per la gestione del rischio clinico, orientato alla sicurezza di pazienti, operatori e ambiente, e contempli ruoli, responsabilità, risorse impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione rientra tra i compiti della Direzione Aziendale (L.R. n. 20 del 23/12/2015);
- **che** tale piano è stato presentato al Collegio di Direzione nel corso della riunione del 07/04/2022, ai sensi della L.R. n. 20 del 23/12/2015;
- **che** il Collegio di Direzione, nella stessa data, ha approvato all'unanimità il predetto "Piano Annuale di Risk Management (P.A.R.M.)";
- **che** per l'AORN di Caserta la prevenzione e la gestione del rischio clinico costituiscono un'esigenza prioritaria per l'ottimizzazione della qualità dell'assistenza sanitaria, sia sotto l'aspetto dell'appropriatezza che della sicurezza delle cure e la gestione del contenzioso.

Rilevato

che la Legge n. 24 del 2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" si pone l'obiettivo di garantire la sicurezza delle cure quale parte costitutiva del diritto alla salute, nell'interesse dell'individuo e della collettività.

Deliberazione del Direttore Generale



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"
CASERTA

Dato atto che

in ottemperanza da quanto previsto dalla Legislazione nazionale e regionale l'AORN "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta dispone di un modello gestionale con approccio "risk-based" orientato alla gestione del rischio, alla prevenzione degli Eventi Avversi / Sentinella ed alla conseguente regolamentazione ed implementazione di Buone Pratiche e Raccomandazioni attraverso le attività dell'u.o.c. Risk Management.

Ritenuto

che è doveroso e conveniente per l'Azienda Ospedaliera "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta adottare il Piano Annuale di Risk Management (P.A.R.M.) con i suoi obiettivi ed attività.

Attestata

la legittimità della presente proposta, che è conforme alla vigente normativa in materia.

PROPONE

1. di adottare il Piano Annuale di Risk Management (P.A.R.M.) con i suoi obiettivi ed attività;
2. di trasmettere copia del presente atto al Collegio Sindacale, ai sensi di legge, nonché a tutti i Direttori di Dipartimento e, per Loro tramite, ai Direttori/Responsabili ed ai Coordinatori delle uu.oo. agli stessi afferenti;
3. di rendere lo stesso immediatamente eseguibile, stante l'urgenza.

IL Direttore p.t. u.o.c. Risk Management

Dr. Danilo Lisi

Deliberazione del Direttore Generale

Il presente atto, in formato digitale e firmato elettronicamente, costituisce informazione primaria ed originale ai sensi dei combinati disposti degli artt. 23-ter, 24 e 40 del D.Lgs. n. 82/2005. Eventuale riproduzione analogica, costituisce valore di copia semplice a scopo illustrativo.



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"
CASERTA

Deliberazione del Direttore Generale

Il presente atto, in formato digitale e firmato elettronicamente, costituisce informazione primaria ed originale ai sensi dei combinati disposti degli artt. 23-ter, 24 e 40 del D.Lgs. n. 82/2005. Eventuale riproduzione analogica, costituisce valore di copia semplice a scopo illustrativo.



IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Gaetano Gubitosa

nominato con D.P.G.R.C. n. 76 del 10/06/2020

insediato giusta deliberazione n. 1 del 11/06/2020

Vista la proposta di deliberazione che precede, a firma del Direttore p.t. u.o.c. Risk Management

Acquisito il parere favorevole Direttore Sanitario Dr.ssa Angela Anecchiarico e del Direttore Amministrativo Avv. Amalia Carrara sotto riportato:

Il Direttore Sanitario Dr.ssa Angela Anecchiarico _____

Il Direttore Amministrativo Avv. Amalia Carrara _____

DELIBERA

per le causali in premessa, che qui si intendono integralmente richiamate e trascritte, di prendere atto della proposta di deliberazione che precede e, per l'effetto, di:

1. **ADOTTARE** il Piano Annuale di Risk Management (P.A.R.M.) con i suoi obiettivi ed attività;
2. **TRASMETTERE** copia del presente atto al Collegio Sindacale, ai sensi di legge, nonché a tutti i Direttori Dipartimentali e, per Loro tramite, ai Direttori/Responsabili ed ai Coordinatori delle uu.oo. agli stessi afferenti;
3. **RENDERE** lo stesso immediatamente eseguibile, stante l'urgenza.

Il Direttore Generale

Gaetano Gubitosa

Deliberazione del Direttore Generale

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

Redazione	Lisi Danilo	Direttore p.t. u.o.c. Risk Management
	Misefari Raffaele	C.P.S. Infermiere u.o.c. Risk Management
	Cappabianca Maria	C.P.S. Infermiere u.o.c. Risk Management
Approvazioni	Anecchiarico Angela Direttore Sanitario	
	Amalia Carrara Direttore Amministrativo	
Adozione	Gubitosa Gaetano Direttore Generale	

Sommario

Premessa

1. Descrizione del contesto organizzativo di riferimento
2. Resoconto delle attività realizzate nel corso dell'anno 2021
 - 2.1 Relazione consuntiva sugli eventi avversi art. 2 comma 5
 - 2.2 Relazione consuntiva sui risarcimenti erogati art. 4 comma 3
 - 2.3 Resoconto delle attività 2021
3. Matrice delle responsabilità del PARM
4. Obiettivi
5. Attività
6. Modalità di diffusione del PARM
7. Riferimenti normativi

Premessa

Molti Paesi hanno già riconosciuto che la sicurezza del paziente è un aspetto fondamentale delle cure e, pertanto, sono stati introdotti nel tempo nuovi approcci per migliorare la qualità e la sicurezza delle cure. Oramai da diversi anni in Italia, pur in un contesto caratterizzato da sfide gravose per le organizzazioni sanitarie correlate ai cambiamenti demografici, al crescente progresso delle conoscenze e delle tecnologie e al cambiamento del rapporto medico-paziente, si sono compiuti ingenti sforzi per garantire la sicurezza delle cure e la qualità delle prestazioni.

Tra gli elementi di *Clinical Governance*, che rappresenta un modello organizzativo dei Sistemi Sanitari Nazionali e/o Regionali orientato alla qualità assistenziale, vi è la Gestione del Rischio Clinico, orientata alla sicurezza delle cure.

La *Legge n. 24 del 2017* “*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*” si pone l’obiettivo di garantire la sicurezza delle cure quale parte costitutiva del diritto alla salute, nell’interesse dell’individuo e della collettività.

In funzione di questo obiettivo, si stabilisce la necessità di un’attività di prevenzione e di gestione dei rischi connessi all’erogazione di prestazioni sanitarie ed all’utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche ed organizzative.

Tale legge (detta anche *Legge Gelli*) ha il pregio di “normare” e quindi rafforzare il concetto che l’attività di *Risk Management* è un’attività strategica di prevenzione e di gestione del rischio clinico a cui sono tenuti:

1. tutte le Aziende sociosanitarie pubbliche e private accreditate;
2. tutto il personale (a prescindere dal ruolo e dal profilo professionale) delle varie aziende;
3. tutte le Regioni che sono tenute ad avere un centro regionale che decida le *Policy* e le priorità in tema di sicurezza delle cure.

In ottemperanza a quanto previsto dalla Legislazione nazionale e regionale l’Azienda Ospedaliera Sant’Anna e San Sebastiano di Caserta dispone di un modello gestionale con approccio “*risk-based*” orientato alla gestione del rischio, alla prevenzione degli Eventi Avversi / Sentinella ed alla conseguente regolamentazione ed implementazione di Buone Pratiche e Raccomandazioni attraverso le attività dell’uoc Risk Management.

1. Descrizione del contesto organizzativo di riferimento

L’unità operativa Risk Management è un’articolazione complessa che realizza un processo di gestione e controllo dei rischi sanitari lavorando per il miglioramento della qualità e sicurezza delle prestazioni con una visione etica e pratica, prioritariamente rivolta al cuore dei problemi: la centralità dei pazienti e la essenzialità degli operatori.

Tale unità operativa si mette a supporto delle altre articolazioni promuovendo le azioni culturali, organizzative ed amministrative finalizzate ad un affronto sistemico, integrato e coordinato della qualità assistenziale, in modo che ciascun professionista consideri implicitamente la sicurezza una componente irrinunciabile della prestazione.

La u.o.c. Risk Management dell'A.O.R.N. "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta già da tempo opera attraverso l'implementazione di metodologie che, attraverso un approccio sistemico, si prefiggono di esaminare i fattori che influenzano la pratica clinica in ogni suo stadio, fornendo indicazioni per appropriati interventi e piani di riduzione degli errori, facendo leva su un maggior coinvolgimento e responsabilizzazione degli operatori ed una migliore comunicazione relazionale.

Tale unità operativa svolge il proprio compito cercando di superare i limiti di una funzione isolata e settoriale del Risk Management in cui la sicurezza aziendale è curata a compartimenti stagni da articolazioni che lavorano ognuna all'insaputa dell'altra.

Questo sistema integrato di Risk Management prevede:

- ✓ un'analisi preliminare della documentazione tecnica e delle procedure organizzative (analisi storica degli eventi accidentali, reclami, etc.);
- ✓ un'identificazione delle situazioni in grado di generare rischio (sopralluoghi nei reparti e audit con il personale);
- ✓ la definizione e la realizzazione di azioni di miglioramento delle soglie di rischio clinico e delle possibili alternative.

La sua attuazione crea ripercussioni operative quali:

- ✓ miglioramento della qualità dell'assistenza attraverso una riduzione dei rischi legati al processo diagnostico, terapeutico assistenziale, offrendo maggiori garanzie di sicurezza al paziente;
- ✓ tutela sugli operatori sanitari (vero capitale aziendale) rispetto alle accuse di malpractice e dell'immagine dell'Azienda.

Metodologia

Per implementare l'inesauribile processo di prevenzione degli errori ed abbattimento delle insicurezze nei servizi erogati dall'Azienda, l'unità operativa Risk Management deve continuamente approfondire la conoscenza dei rischi presenti nella propria organizzazione. Ciò viene realizzato coinvolgendo le parti interessate (anche il paziente quando è il caso), impiegando le tecniche e/o gli strumenti richiesti dalle analisi proattive, reattive o retrospettive di volta in volta necessarie e rimarcando sempre che il protagonista della sicurezza assistenziale è chiunque eroga la prestazione.

Poi la definizione condivisa dei correttivi, il monitoraggio delle più gravi criticità ed il ritorno dei dati al personale dei reparti trasformano le esperienze dirette in occasioni preziose di efficace apprendimento, diffusione ed innovazione.

Principali Attività svolte dall'uoc Risk Management

- ✓ Gestione del sistema di Incident Reporting.
- ✓ Registrazione, analisi, monitoraggio e valutazione degli eventi avversi e sentinella segnalati con ritorno informativo ai reparti dei correttivi da attuare e trasmissione documentale dei casi alla Regione Campania ed al Ministero della Salute come da protocollo ministeriale (schede A e B).
- ✓ Contestualizzazione e verifica dell'applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali.
- ✓ Presa in carico di pazienti, familiari e visitatori dopo infortunio occorso nella nostra struttura aziendale.
- ✓ Applicazione ed implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali attraverso l'elaborazione di procedure.
- ✓ Effettuazione, con gli operatori coinvolti nell'assistenza al paziente vittima, della indagine Root Cause Analysis degli eventi sentinella per definire i piani d'azione necessari ad evitare il ripetersi di analoghi casi.
- ✓ Aggiornamento e monitoraggio raccomandazioni sul sito web dell'Agenas.
- ✓ Gestione del FLUSSO SIMES (Monitoraggio degli Errori in Sanità/Eventi Sentinella).
- ✓ Mappatura, monitoraggio e controllo delle aree a rischio e delle fasi critiche dei processi.
- ✓ Individuazione ed attuazione delle possibili azioni correttive al fine di ridurre i danni al paziente a causa di errore umano o di processi assistenziali inadeguati.
- ✓ Collaborazione con la u.o. Affari Legali e la u.o. Medicina Legale per la riduzione del contenzioso e per il contenimento dei costi assicurativi.
- ✓ Assolvimento dei debiti informativi nei confronti del Ministero della Salute e della Regione Campania.

Ognuno dei riscontri sopra elencati richiede un enorme impegno per superare le criticità legate all'approfondimento tecnico delle singole problematiche, al coinvolgimento/supporto degli operatori interessati ed alla accettazione da parte di questi del cambiamento operativo – organizzativo indispensabile per la messa in sicurezza delle pratiche assistenziali considerate.

Modalità Operative

L'effettuazione del lavoro innanzi descritto comporta, più in dettaglio, le seguenti difficoltà:

- ✓ affrontare contemporaneamente più criticità;
- ✓ ricercare e studiare preliminarmente la documentazione scientifica del caso in esame;

- ✓ recarsi ripetutamente nei reparti a comprenderne approfonditamente il reale funzionamento;
- ✓ attivare e governare frequentemente riunioni di lavoro;
- ✓ discutere esaustivamente con gli interlocutori interessati e motivarli adeguatamente;
- ✓ accrescere ed aggiornare le proprie conoscenze professionali sulle infinite dinamiche della sicurezza clinica.

2. Resoconto delle attività realizzate nel corso dell'anno 2021

La 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” prevede che le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie predispongano una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatesi all'interno della struttura , sulle cause che hanno prodotto tali accadimenti e sulle conseguenti iniziative messe in atto; è previsto inoltre che la medesima relazione venga pubblicata nel sito internet della struttura sanitaria.

2.1 Relazione consuntiva sugli eventi avversi art. 2 comma 5

Relativamente all'anno 2021, in relazione agli eventi occorsi, ai sensi della classificazione del Ministero della Salute, sono stati segnalati n. 40 eventi avversi e n. 4 Eventi Sentinella.

Dall'analisi delle stesse è emerso che i fattori contribuenti all'evento predominante, la caduta, sono prevalentemente da ricondursi al paziente, sovente non collaborativo per mancata adesione al piano assistenziale e/o per presenza di patologie, complesse o gravi, che costituiscono esse stesse determinanti di rischio.

Rispetto all'anno precedente il numero di segnalazioni pervenute tramite il sistema di reporting aziendale è pressoché invariato, a testimonianza che, nonostante la contingente pandemia da Covid 19, gli operatori hanno continuato a mantenere alta l'attenzione sulla segnalazione degli eventi, fattore questo positivo ed indicativo di un costante miglioramento della cultura della sicurezza aziendale.

L'Azienda Ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta ha pubblicato sul proprio sito web i dati relativi agli **eventi avversi** che si riportano nella tabella seguente.

EVENTI AVVERSI DA INCIDENT REPORTING 2021

Categoria evento	N.	Azioni di miglioramento
Aggressione verbale	1	Audit con gli operatori
Smarrimento Apparecchio Acustico/Protesi Dentaria	3	Audit con gli operatori
Near Miss	7	Audit con gli operatori
Caduta Paziente	29	Audit con gli operatori

EVENTI SENTINELLA SEGNALATI NEL 2021

N.	Categoria evento	Azioni di miglioramento
1	Caduta paziente	<p>Nella u.o.c. dove si è verificato l'evento, il personale di recente assunzione non era pienamente a conoscenza della Procedura aziendale sulla prevenzione del rischio caduta del paziente ricoverato, peraltro presente in formato cartaceo e quindi di facile consultazione.</p> <p>E' stato esortato il coordinatore infermieristico a provvedere a dare una più ampia diffusione di quanto previsto sull'argomento.</p> <p>Incontri formativi ed informativi mirati a sensibilizzare il personale sanitario tutto al fine di migliorare le inadeguatezze riferite all'inquadramento del paziente (scheda valutazione rischio caduta), del piano e della risposta del paziente al trattamento per una migliore gestione del processo assistenziale (SUT).</p>
2	Caduta paziente	<p>In corso di Audit è emerso che la u.o.c. dove si è verificato l'evento è sprovvista di un sistema di telemetria dei parametri vitali a supporto del sistema di monitoraggio dei pazienti.</p> <p>Pertanto, questa AORN ha provveduto immediatamente a dotare la u.o.c. in questione di tale sistema al fine di rendere quanto più sicura l'assistenza da erogare al paziente.</p>
3	Caduta paziente	Non sono state accertate le cause ed i fattori contribuenti a determinare l'Evento Sentinella.
4	Suicidio Paziente	Dall'analisi degli eventi accaduti e sulla scorta delle risultanze emerse in corso di Audit non sono state accertate le cause ed i fattori contribuenti a determinare l'Evento Sentinella.

2.2 Relazione consuntiva sui risarcimenti erogati art. 4 comma 3

In ottemperanza art.4 comma 3 della Legge 8 marzo 2017 n. 24 l'Azienda Ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta ha pubblicato sul proprio sito web i dati relativi agli alla sinistrosità che si riportano nella tabella seguente:

Anno	Numero sinistri liquidati	Importi liquidati
2021	24	€ 2.067.333,56

(Dati forniti dalla u.o.c. Affari Legali)

2.3 Resoconto delle attività 2021

OBIETTIVO A

Diffondere la cultura della sicurezza delle cure

ATTIVITÀ 1

Implementazione, progettazione e realizzazione di Audit come strumento di analisi e gestione del rischio clinico / formazione sul campo

Nonostante il perdurare del periodo pandemico, ha provveduto a formalizzare circa 30 audit su eventi avversi e sentinella segnalati e numerosi incontri finalizzati a supportare tutti gli operatori.

Realizzata : SI

ATTIVITÀ 2

Giornata nazionale per la sicurezza delle cure e della persona assistita

Iniziativa regionale mediante partecipazione a webinar ed elaborazione opuscolo “Cure materne e neonatali sicure” distribuito alle pazienti della u.o.c. Ginecologia ed Ostetricia

Realizzata : SI

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

Registrazione, analisi, monitoraggio e valutazione degli eventi avversi e sentinella segnalati con ritorno informativo ai reparti dei correttivi da attuare e trasmissione documentale dei casi alla Regione Campania ed al Ministero della Salute come da protocollo ministeriale (schede A e B).

Report annuale sulle segnalazioni con analisi delle criticità e proposte di azioni di miglioramento

Realizzata : SI

ATTIVITÀ 2

Aggiornamento e validazione del monitoraggio raccomandazioni sul sito web dell’Agenas.

Comunicato l’adempimento alla Regione Campania con nota Prot. 0033139/u del 29/11/2021

Realizzata : SI

ATTIVITÀ 3

Gestione del Flusso informativo NSIS – SIMES ANNO 2021
(Monitoraggio degli Errori in Sanità)

Comunicato l’adempimento alla Regione Campania con nota Prot. 0002374/u del 21/01/2022

Realizzata : SI

ATTIVITÀ 4

Partecipazione alle riunioni del Comitato Valutazione Sinistri

Partecipazione a n. 20 riunioni del Comitato valutazione sinistri

Realizzata : SI

ATTIVITÀ 5

Registrazione, analisi, monitoraggio e valutazione degli eventi avversi e sentinella segnalati con ritorno

informativo ai reparti dei correttivi da attuare.

Tempestiva trasmissione dei flussi al sistema SIMES: inserimento dell'evento entro 5 gg dalla segnalazione ed invio della scheda A e/o B, con i relativi piani di miglioramento, entro 45 gg .

Analizzati e inseriti sul sistema informativo SIMES n. 4 Eventi sentinella

Realizzata : SI

ATTIVITÀ 6

Aggiornamento e validazione del monitoraggio raccomandazioni ministeriali prevenzione "Eventi Sentinella" sul sito web dell' AgeNaS

Comunicato l'adempimento alla Regione Campania con nota Prot. 0033139/u del 29/11/2021

Realizzata : SI

ATTIVITÀ 7

Monitoraggio della valutazione del rischio estrinseco ed intrinseco di caduta previsto dal Piano Regionale Prevenzione delle cadute

Monitoraggio effettuato attraverso il sistema informativo CSA

Realizzata : SI

ATTIVITÀ 8

Monitoraggio della valutazione del rischio caduta nel paziente pediatrico previsto dall'appendice al Piano Regionale Prevenzione delle cadute

Monitoraggio effettuato attraverso il sistema informativo CSA

Realizzata : SI

ATTIVITÀ 9

Monitoraggio della corretta compilazione della check-list chirurgica e scheda conta garze

Monitoraggio effettuato attraverso il sistema informativo CSA

Realizzata : SI

OBIETTIVO C

Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.

ATTIVITÀ 1

Procedura operativa per la gestione del carrello per l'emergenza

Deliberazione D.G. N. 32 del 14/01/2021

Realizzata : SI

ATTIVITÀ 3

Procedura per la corretta segnalazione e gestione dei near miss, eventi avversi ed eventi sentinella

Deliberazione D.G. N. 358 del 03/05/2021

Realizzata : SI

ATTIVITÀ 4

Percorso per la gestione operativa in sicurezza della salma con possibile, probabile o confermata infezione da Sars Cov2

Deliberazione D.G. N. 240 del 18/03/2021

Realizzata : SI

ATTIVITÀ 5

Procedura operativa per la prevenzione dello smarrimento di ausili personali dell'utente

Deliberazione D.G. N. 417 del 19/05/2021

Realizzata : SI

ATTIVITÀ 6

Revisione procedura per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici / apparecchi elettromedicali

Deliberazione D.G. N. 456 del 31/05/2021

Realizzata : SI

ATTIVITÀ 7

Procedura operativa aziendale relativa alla gestione delle attività della sala mortuaria

Deliberazione D.G. N. 548 del 05/07/2021

Realizzata : SI

ATTIVITÀ 8

Modalità di trasporto sangue e materiali biologici - Presa atto Decreto Dirigenziale n.219 del 23.06.2021 e Adozione Linea Guida Aziendale

Deliberazione D.G. N. 598 del 27/07/2021

Realizzata : SI

ATTIVITÀ 9

Percorsi Chirurgici, Ostetrici e Interventistici per pazienti Covid-19 positivi

Deliberazione D.G. N. 726 del 08/10/2021

Realizzata : SI

ATTIVITÀ 10

Procedura operativa per il trasporto ordinario ed in urgenza /emergenza dei pazienti in ambito ospedaliero ed extraospedaliero – **Revisione Deliberazione n.294 del 05.12.2017**

Deliberazione D.G. N. 799 del 08/11/2021

Realizzata : SI

OBIETTIVO D

Assolvimento degli adempimenti regionali e nazionali in tema di risk management

ATTIVITÀ 1

1. Partecipazione alle attività regionali in tema di rischio clinico

2. Per il perdurare del periodo pandemico nell'anno 2021 la partecipazione alle attività regionali in tema di rischio clinico è stata effettuata da remoto

3. Realizzata : SI

ATTIVITÀ 2

Monitoraggio attività rischio clinico 2021

Comunicato l'adempimento alla Regione Campania con nota Prot. 0032391/u del 19/11/2021

Realizzata : SI

ATTIVITÀ 3

Relazione Risarcimenti erogati anno 2021
Legge 8 marzo 2017 n. 24, art. 4 comma 3

Pubblicazione sulla pagina web del sito aziendale

Realizzata : SI

ATTIVITÀ 4

Relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi anno 2021
Legge 8 marzo 2017 n. 24, art. 2 comma 5

Pubblicazione sulla pagina web del sito aziendale

Realizzata : SI

3. Matrici delle responsabilità del PARM

La realizzazione del PARM riconosce sempre almeno due specifiche responsabilità:

1. Quella della uoc Risk Management 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 "Preso 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 Risk Manager e all'organizzazione della struttura le risorse e le opportune direttive per la realizzazione delle attività in esso previste.

Azione	uoc Risk Management	Direttore Generale	Direttore Sanitario	Direttore Amministrativo
Redazione	R	C	C	C

Verifica e approvazione	-	-	R	-
Adozione con deliberazione	I	R	R	C
Monitoraggio	R	I	C	I

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

4. Obiettivi

Nel corso del 2022 gli obiettivi strategici del Piano Annuale Risk Management sono indirizzati a:

- 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) Assolvimento degli adempimenti regionali e nazionali in tema di risk management

5. Attività

Di seguito sono illustrate in maniera dettagliata le attività individuate per il raggiungimento degli obiettivi come precedentemente definiti e indicati gli standard e la matrice di responsabilità, nonché le Strutture Responsabili, le Strutture Coinvolte e le Strutture Informate.

Resta ferma la collaborazione diretta con il Comitato di Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza per contribuire ad alle attività di prevenzione e di gestione delle ICA.

OBIETTIVO A Diffondere la cultura della sicurezza delle cure

ATTIVITÀ 1

Progettazione ed esecuzione di un "Corso sulla Gestione del Rischio Clinico"

Indicatori : Accredimento corso - Numero di eventi formativi svolti

Standard : > 2 N. Corsi effettuati entro il 31/12/2022

Fonte : uoc Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	uoc Risk Management	uoc Formazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	I	R
Esecuzione del corso	R	I

ATTIVITÀ 2

Partecipazione del personale dell'uoc Risk Management, in qualità di docente, ai corsi di formazione aziendale in cui viene coinvolto il rischio clinico

Indicatore : Numero di eventi formativi svolti

Standard : 100% dei coinvolgimenti

Fonte : uoc Formazione

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	uoc Risk Management	Direzione Sanitaria
Partecipazione del personale dell'uoc Risk Management	R	I

ATTIVITÀ 3

Partecipazione alle Giornate regionali /nazionali per la sicurezza delle cure e della persona assistita

Indicatore: Numero di Giornate regionali /nazionali svolte

Standard : 100% dei coinvolgimenti

Fonte : Ministero della Salute e Regione Campania

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	uoc Risk Management	Direzione Generale	Direzione Sanitaria
Partecipazione attiva	R	I	C

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

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

Individuazione di gruppi di lavoro per la revisione delle Procedure Aziendali in tema di rischio clinico

Indicatore: Revisioni Procedure Aziendali

Standard : N° procedure revisionate uguale a quelle individuate

Fonte : uoc Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	uoc Risk Management	Direzione Generale	Direzione Sanitaria	Gruppo di lavoro
Progettazione del gruppo	R	-	I	I
Revisione procedura	R	-	I	R
Validazione/Approvazione procedura	-	-	R	-
Adozione procedura	-	R	-	-

ATTIVITÀ 2

Raccolta e pubblicazione sul Portale aziendale delle Procedure, Protocolli, Istruzioni operative e Raccomandazioni aziendali prodotte

Indicatore: N. Procedure, Protocolli, Istruzioni operative e Raccomandazioni aziendali pubblicate / N. Procedure, Protocolli, Istruzioni operative e Raccomandazioni aziendali prodotte nell'anno 2022

Valore atteso: > 90%

Standard : Corretta pubblicazione delle Procedure, Protocolli, Istruzioni operative e Raccomandazioni

aziendali nuove e/o revisionate entro il 31/12/2022

Fonte : uoc Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	uoc Risk Management	Direzione Sanitaria	Direzione Amministrativa
Progettazione dell'attività	R	I	
Esecuzione dell'attività	R	I	
Pubblicazione sul Portale aziendale	C	I	R

ATTIVITÀ 3

Registrazione, analisi, monitoraggio e valutazione degli eventi avversi e sentinella segnalati con ritorno informativo ai reparti dei correttivi da attuare.

Tempestiva trasmissione dei flussi al sistema SIMES: inserimento dell'evento entro 5 gg dalla segnalazione ed invio della scheda A e/o B, con i relativi piani di miglioramento, entro 45 gg

Indicatore: N. segnalazioni inserite sul SIMES entro 5 gg / N. totale di segnalazioni pervenute.

N. segnalazioni gestite ed inviate entro 45 gg / N. totale di segnalazioni aperte. **Valore atteso:** > 95%

Standard : 100% N. Segnalazioni gestite entro 45 gg dalla comunicazione dell'evento

Fonte : uoc Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	uoc Risk Management	Personale coinvolto	Direzione Sanitaria
Segnalazione eventi	I	R	I
Analisi , valutazione e individuazione correttivi	R	I	I
Inserimento SIMES	R		I

ATTIVITÀ 4

Progettazione e realizzazione degli Audit relativi ad Eventi Sentinella

Indicatore: Numero di Audit gestiti /N. totale di audit individuati anno 2022

Standard : 100% Eventi Sentinella e/o eventi avversi ad alta rilevanza organizzativa

Fonte : uoc Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	uoc Risk Management	Personale coinvolto	Direzione Sanitaria
Progettazione ed esecuzione Audit	R	C	C

ATTIVITÀ 5

Aggiornamento e validazione del monitoraggio raccomandazioni ministeriali prevenzione "Eventi Sentinella" sul sito web dell' AgeNaS

Indicatore: Tutte le raccomandazioni

Standard : 100% Aggiornamento e validazione del monitoraggio sul sito web dell' Agenas

Fonte : uoc Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Referente aziendale Agenas	Direzione Generale	Direzione Sanitaria
Progettazione ed esecuzione attività	R	I	I

ATTIVITÀ 6

Rimodulazione ed efficientamento dell'assetto organizzativo della rete dei facilitatori del rischio clinico

Indicatore: Definizione del documento entro il 31/05/2022 e successiva applicazione

Standard : SI / NO

Fonte : uoc Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	uoc Risk Management	Direzione Generale	Direzione Sanitaria
Progettazione dell'attività	R	I	I
Esecuzione dell'attività	R	I	I

ATTIVITÀ 7

Partecipazione alle riunioni del Comitato Valutazione Sinistri

Indicatore: n. partecipazioni alle riunioni / N. di riunioni organizzate dalla uoc Affari Legali

Valore atteso: > 80%

Standard : Partecipazione alle riunioni

Fonte : uoc Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	uoc Risk Management	uoc Affari Legali	Direzione Sanitaria
Progettazione attività		R	I
Esecuzione attività	R	R	I

ATTIVITÀ 8

Gestione del Flusso informativo NSIS – SIMES ANNO 2022

(Monitoraggio degli Errori in Sanità)

Indicatore: n. denunce trasmesse dall'uoc Affari Legali / N. denunce inserite nel Sistema Informativo Simes **Valore atteso:** > 95%

Standard : 100%

Fonte : uoc Affari Legali

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	uoc Risk Management	uoc Affari Legali	Direzione Amministrativa
Trasmissione denunce		R	I
Esecuzione attività	R	I	I

ATTIVITÀ 9

Monitoraggio della valutazione del rischio estrinseco ed intrinseco di caduta
previsto dal Piano Regionale Prevenzione delle cadute

Indicatore: n. schede valutazione rischio cadute compilate/ n. schede valutazione rischio cadute compilate correttamente **Valore atteso:** > 95%

Standard : 100%

Fonte : CSA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	uoc Risk Management	Direzione Generale	Direzione Sanitaria
Esecuzione attività	R	I	I

ATTIVITÀ 10

Monitoraggio della valutazione del rischio caduta nel paziente pediatrico previsto dall'appendice al Piano Regionale Prevenzione delle cadute

Indicatore: n. schede valutazione rischio cadute compilate/ n. schede valutazione rischio cadute compilate correttamente **Valore atteso:** > 95%

Standard : 100%

Fonte : CSA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	uoc Risk Management	Direzione Generale	Direzione Sanitaria
Esecuzione attività	R	I	I

ATTIVITÀ 11

Monitoraggio della corretta compilazione della check-list chirurgica e scheda conta garze

Indicatore: n. check-list chirurgica e scheda conta garze / n. check-list chirurgica e scheda conta garze compilate correttamente **Valore atteso:** > 95%

Standard : 100%

Fonte : CSA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	uoc Risk Management	Direzione Generale	Direzione Sanitaria
Esecuzione attività	R	I	I

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

OBIETTIVO C

Favorire una visione unitaria della sicurezza del paziente, degli operatori e delle strutture

ATTIVITÀ 1

Elaborazione Cartella Infermieristica Aziendale

Indicatore: Definizione del documento entro il 31/05/2022 e successiva applicazione

Standard : Implementazione in tutte le uu.oo.

Fonte : uoc Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	uoc Risk Management	Direzione Generale	Direzione Sanitaria	Gruppo di lavoro
Elaborazione	R	-	I	R
Validazione/Approvazione	-	-	R	-
Adozione	-	R	-	-

ATTIVITÀ 2

Elaborazione Procedura LdP

Indicatore: Definizione del documento entro il 31/05/2022 e successiva applicazione

Standard : Implementazione in tutte le uu.oo.

Fonte : uoc Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	uoc Risk Management	Direzione Generale	Direzione Sanitaria	Gruppo di lavoro
Elaborazione	R	-	I	R
Validazione/Approvazione	-	-	R	-
Adozione	-	R	-	-

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

OBIETTIVO D

Assolvimento degli adempimenti regionali e nazionali in tema di risk management

ATTIVITÀ 1

Partecipazione alle attività regionali in tema di rischio clinico

Indicatore: n. partecipazioni alle riunioni regionali / n. di riunioni organizzate dall'area regionale di riferimento **Valore atteso:** > 90%

Standard : Partecipazione alle attività

Fonte : uoc Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	uoc Risk Management	Direzione Generale	Direzione Sanitaria
Partecipazioni	R	I	I

ATTIVITÀ 2

Monitoraggio attività rischio clinico 2022

Indicatore: n. monitoraggi regionali richiesti / n. monitoraggi regionali effettuati

Standard : 100%

Fonte : uoc Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	uoc Risk Management	Direzione Generale	Direzione Sanitaria
Esecuzione attività	R	I	I

ATTIVITÀ 3

Relazione Risarcimenti erogati anno 2022
Legge 8 marzo 2017 n. 24, art. 4 comma 3

Indicatore: Dati trasmessi dall'uoc Affari Legali

Standard : SI / NO

Fonte : uoc Affari Legali

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	uoc Risk Management	Direzione Generale	Uoc Affari Legali
Trasmissione dati		I	R
Pubblicazione dati	R	I	I

ATTIVITÀ 4

Relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi anno 2022
Legge 8 marzo 2017 n. 24, art. 2 comma 5

Indicatore: Report

Standard : SI / NO

Fonte : uoc Affari Legali

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	uoc Risk Management	Direzione Generale	Direzione Sanitaria
Elaborazione dati	R	I	I
Pubblicazione dati	R	I	I

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

6. Modalità di diffusione del PARM

Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività previste dal PARM e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la Direzione Aziendale assicura la sua diffusione attraverso:

- la presentazione del PARM all'interno del Collegio di Direzione;
- la pubblicazione del PARM sul sito aziendale nella sezione Amministrazione Trasparente

7. Riferimenti normativi

1. 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”;
2. 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”;
3. 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”
4. Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante “Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro”;
5. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
6. Legge regionale 23 dicembre 2015, n. 20. “Misure per introdurre la cultura della responsabilità nell'organizzazione sanitaria nonché migliorare i servizi ai cittadini. Modifiche alla legge regionale 3 novembre 1994, n. 32 (Decreto legislativo 30/12/1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, riordino del servizio sanitario regionale)
7. Decreto 51 del 04/07/2019 Regione Campania: Integrazione requisiti per l'accreditamento istituzionale delle strutture pubbliche e private;
8. 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;
9. 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.
10. 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”.



U.O.C. Risk Management

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

APRILE 2022
Pag. 19 a 19