

**"PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT - 2025"**

|              | NOME               | FUNZIONE           | DATA       |  |
|--------------|--------------------|--------------------|------------|--|
| REDAZIONE    | Antonio La Cerra   | DSAN/Risk Manager  | 26.02.2025 | <br>II Direttore sanitario<br>Dott. Antonio La Cerra<br>ATHENA SpA<br>Via Maresse n. 90<br>81016 Piedimonte Matese (CE)<br>P. IVA 00266020619 |
| VERIFICA     | Ruggiero Di Pietro | Direzione Generale | 26.02.2025 |  |
| APPROVAZIONE | Ruggiero Di Pietro | Direzione Generale | 26.02.2025 |  |

81016 Piedimonte Matese (CE)  
P. IVA 00266020619

**Sommario**

|            |  |           |
|------------|--|-----------|
| <b>1</b>   | <b>INTRODUZIONE</b>  | <b>3</b>  |
| <b>2</b>   | <b>CONTESTO</b>  | <b>4</b>  |
| 2.1        | L'azienda  | 4         |
| 2.2        | Mission e vision aziendale   | 6         |
| 2.3        | Risk Manager e l'Unità di Valutazione  | 6         |
| 2.4        | Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati               | 6         |
| <b>1.1</b> | <b>TAB.A) DETTAGLIO EVENTI - Eventi segnalati * (art. 2, c.5 della L. 24/2017)</b> | <b>7</b>  |
| 2.5        | Sinistrosità e risarcimenti  | 7         |
| 2.6        | Reclami/Suggerimenti dei cittadini   | 8         |
| <b>3</b>   | <b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT</b>              | <b>8</b>  |
| <b>4</b>   | <b>OBIETTIVI</b>   | <b>8</b>  |
| <b>5</b>   | <b>ATTIVITA'</b>   | <b>8</b>  |
| <b>6</b>   | <b>MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT</b>                    | <b>9</b>  |
| <b>7</b>   | <b>NOTIFICA DEGLI EVENTI AVVERSI - SINISTRI</b>                                    | <b>10</b> |
| <b>8</b>   | <b>AGGIORNAMENTO DEL DOCUMENTO</b>   | <b>10</b> |
| <b>9</b>   | <b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b>   | <b>10</b> |
| <b>10</b>  | <b>BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA</b>   | <b>11</b> |

## 1 INTRODUZIONE

Il Ministero della Salute, nell'ambito delle attività di miglioramento continuo della qualità, ha posto come cardine strategico la gestione del rischio clinico e ne ha definito e promosso, negli ultimi anni, una serie di raccomandazioni a partire dal documento "Risk Management in Sanità: il problema degli errori" del marzo 2004. Ma cosa intendiamo per "gestione del rischio"? La gestione del rischio, o Risk Management, è un processo sistematico che comprende sia la dimensione clinica sia quella strategico-organizzativa e che impiega un insieme di metodi, strumenti e azioni in grado di identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi per aumentare il livello di sicurezza nell'interesse di pazienti e operatori. Promuovere all'interno di un'azienda sanitaria una politica atta alla gestione del rischio vuol dire spronare e accompagnare l'organizzazione nel necessario percorso di controllo degli eventi e delle azioni che possono inficiare la capacità dell'azienda di raggiungere i propri obiettivi. Il Risk Management s'interessa, quindi, della funzione intrinsecamente rischiosa espletata nelle strutture sanitarie, allo scopo di disegnare nuove strategie atte a ridurre le probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, ossia che subisca un qualsiasi danno o disagio imputabile, anche se in modo non volontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza.

La legge 189 del 2012 (c. d. legge Balduzzi) individuava, nella gestione del rischio, la possibilità di prevenire i contenziosi e di ridurre i costi assicurativi. La Legge Gelli del 2017, 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.

La Regione Campania, nel recepire i documenti ministeriali, tenuto conto delle peculiarità del contesto organizzativo e del profilo di rischio di ciascuna Azienda, ha definito le linee di indirizzo regionali, adottate con il Decreto Dirigenziale n° 99 del 16/12/2022, per l'elaborazione, a cura delle singole Aziende Sanitarie, del Piano Annuale di Risk Management (PARM). Quest'ultimo è lo strumento per promuovere e realizzare iniziative per la definizione operativa e la gestione dei rischi. La Casa di Cura Athena S.p.A, con la figura del Risk Manager e attraverso le Politiche di risk management e i relativi piani annuali di sviluppo, è orientata a migliorare la sicurezza della pratica clinico-assistenziale e clinico-gestionale a tutela dell'interesse del paziente. Gli Strumenti Operativi (parte integrante e sostanziale del PARM) hanno il fine di analizzare le anomalie di processo e/o di singole azioni per l'adozione di specifici correttivi tendenti al miglioramento continuo dei processi presi in esame. 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. La gestione del Rischio Clinico costituisce un sistema di prevenzione e di contenimento dei possibili effetti dannosi degli errori evitabili in garanzia della sicurezza dei pazienti. Il PARM si inserisce in una più ampia azione sistemica fatta di valutazione dei principali processi, analisi del rischio, di promozione ed implementazione di linee guida, procedure e istruzioni operative, di finalità informativa e formativa e nella predisposizione di taluni processi decisionali di sistema. Il ruolo di promozione attiva del Risk Manager assume, quindi, sempre più, una caratterizzazione strategica, alle dirette dipendenze della Direzione Aziendale. La presenza della funzione del Risk Manager non solleva dalle specifiche responsabilità i soggetti formalmente preposti alla gestione dei processi clinico- assistenziali, ma coordina ed armonizza con gli stessi l'intero sistema di governo del rischio. Ogni soggetto aziendale, infatti, svolge un ruolo determinante e di amplificazione nel diffondere con successo la cultura della sicurezza e la conoscenza del rischio. Anche attraverso il PARM, il Risk Manager fornisce, quindi, all'Azienda un supporto indispensabile affinché il management possa decidere con consapevolezza, attraverso opportuni strumenti e supporti, con adeguato tempismo e con flessibilità organizzativa. Inoltre, il PARM, rappresentando l'esplicitazione delle politiche di analisi e prevenzione del rischio, favorisce un confronto aperto, consapevole e trasparente con gli stakeholders. Le attività che si realizzano anche attraverso il PARM fanno parte delle iniziative aziendali in materia di rischio clinico e concorrono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza ed economicità/sostenibilità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali. Tutte le strutture aziendali, per quanto di competenza, collaborano con il Risk Manager per la rilevazione e l'elaborazione delle informazioni necessarie per la definizione del PARM.

Il presente PARM, il primo di questa Azienda, è stato elaborato sulla base delle Linee di Indirizzo approvate dalla Regione Campania.

## **2 CONTESTO**

### **2.1 L'azienda**

Athena S.p.A.  
Via Matese, 90, 81016 Piedimonte Matese CE  
P.IVA 00266020619 N.REA CE-54535  
tel. 0823.786053  
fax. 0823.785287

Direttore Sanitario: Dr. Antonio La Cerra

Titoli autorizzativi:

- Decreto n.27 del 14.04.2018 per le attività ambulatoriali di Diagnostica per Immagini ed FKT
- Decreto n.87 del 31.10.2019 per la Degenza
- Decreto n. 101 del 17.09.2014 per il Laboratorio Analisi
- Decreto sindacale n.11 del 05.08.2024 – Autorizzazione all'esercizio di riorganizzazione strutturo-funzionale

Amministrazione trasparente : <http://www.clinicathena.it>

Da oltre 60 anni, la Clinica Athena è al servizio della salute del cittadino. L'obiettivo principale è di offrire un'assistenza ospedaliera completa, efficiente e professionale. La nostra presenza ormai radicata sul territorio rappresenta una garanzia di elevata professionalità ed efficienza. Poniamo al centro dei nostri interessi il rispetto della dignità della persona, avendo come obiettivi prioritari la tutela della vita e la promozione della salute con la migliore assistenza e il massimo dell'accoglienza. Per raggiungere questi risultati il nostro personale altamente qualificato è tenuto a comportamenti adeguati che mirano a un elevato livello di umanità e professionalità.

La Casa di Cura Athena è una struttura sanitaria privata fondata nel 1956, accreditata con il Sistema Sanitario Nazionale. Dispone di 60 posti letto ed eroga servizi di:

- Diagnosi e cura in regime ambulatoriale e ricovero ordinario e Day Surgery per le specialità di Medicina Generale e Chirurgia (Chirurgia Generale, Vascolare, Oculistica, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia, Otorinolaringoiatria, Urologia).
- Diagnostica per Immagini
- Patologia clinica e Fisiokinesiterapia

#### UNITÀ OPERATIVE

- Chirurgia Generale
- Chirurgia Vascolare
- Ginecologia
- Ortopedia
- Oculistica
- Urologia
- Medicina Generale
- Otorinolaringoiatria

| <b>ATHENA S.p.A.</b>                 |                                    |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| <b>DATI STRUTTURALI</b>              |                                    |
| <b>INDICATORE</b>                    | <b>RIFERIMENTO</b>                 |
| Distretto sanitario                  | n.15                               |
| Presidio Ospedalieri Pubblici        | Ospedale civile Ave Gratia Plena   |
| Posti letto totali                   | 60                                 |
| Posti letto ordinari area medica     | 20                                 |
| Posti letto ordinari area chirurgica | 40                                 |
| Servizio trasfusionale               | Centro San Giuseppe Moscati Aversa |
| Blocchi operatori                    | n.1                                |
| Sale operatorie                      | n.3                                |
| <b>DATI DI ATTIVITA' – anno 2024</b> |                                    |
| <b>INDICATORE</b>                    | <b>RIFERIMENTO</b>                 |
| Ricoveri ordinari                    | n.2026                             |
| Ricoveri Day Surgery                 | n. 254                             |
| Branche specialistiche               | n.8                                |
| PACC Medicina                        | n. 1726                            |
| PACC Chirurgia                       | n.1668                             |
| Prestazioni ambulatoriali:           |                                    |
| Laboratorio analisi                  | n. 205030                          |
| Fkt                                  | n.20236                            |
| Diagnostica per immagini             | n.33680                            |



## 2.2 Mission e vision aziendale

La Casa di Cura, nell'ambito del sistema regionale per la salute, esercita le proprie funzioni assistenziali (di diagnosi, cura, riabilitazione e prevenzione), in coordinamento e piena collaborazione con la Azienda ASL di Caserta.

L'intenzione primaria è sempre stata quella di offrire ai cittadini un'assistenza completa, efficiente e professionale. La Casa di Cura pone al centro dei propri interessi il rispetto della dignità della persona, avendo come obiettivi prioritari la tutela della vita e la promozione della salute con la migliore assistenza ed un ottimo comfort. Il personale qualificato è al servizio del sistema per il raggiungimento di questo fine ed è tenuto a comportamenti adeguati che mirano ad un elevato livello di umanità e professionalità

## 2.3 Risk Manager e l'Unità di Valutazione.

Obiettivo del Risk Manager è quello di promuovere, a tutti i livelli, l'attività di gestione del rischio, facendo crescere la responsabilizzazione di tutto il personale riguardo specifiche politiche di presidio del rischio.

È compito del Risk Manager promuovere la redazione e l'applicazione del presente documento e, di concerto con l'Unità di Valutazione del rischio clinico e la Direzione strategica (Direzione generale ed amministrativa), individuare ed analizzare i potenziali rischi in cui può incorrere la struttura nella gestione dei servizi socio sanitari erogati.

La Casa di Cura ha istituito un Comitato Interdisciplinare di Risk Management che ha la funzione di monitorare, prevenire e gestire il rischio sanitario attivando percorsi di audit dei processi interni e delle criticità più frequenti.

Il Direttore Sanitario, in quanto titolare del governo clinico, presiede l'attività Risk Management e definisce la politica aziendale per la gestione del rischio, approvando le procedure in materia predisposte, avvalendosi della collaborazione di:

- ✓ Responsabili U.O.
- ✓ Responsabili Servizi
- ✓ Responsabile delle Risorse umane e formazione;
- ✓ Ufficio Legale;
- ✓ Ufficio Tecnico;
- ✓ Responsabile area Privacy
- ✓ Responsabile Prevenzione e Protezione della Sicurezza;
- ✓ Responsabile Qualità e Accreditamento Sanitario.

### Metodi adottati

La Casa di Cura ha adottato i seguenti strumenti per l'identificazione, l'analisi e il monitoraggio di eventi relativi alla sicurezza del paziente e delle cure e del personale previsti dalla normativa vigente.

## 2.4 Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

Ai sensi dell'art. 2 c. 5 della L. 24/2017, tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private devono predisporre una "relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Detta relazione è pubblicata sul sito internet della struttura sanitaria". Al fine di ottemperare a tale obbligo è pertanto necessario elaborare una relazione sintetica che accompagni e descriva la tabella di seguito riportata, che potrà eventualmente essere modificata sulla base di specifiche e motivate esigenze nel rispetto dei contenuti minimi in essa riportati:

**1.1 TAB.A) DETTAGLIO EVENTI - Eventi segnalati \* (art. 2, c.5 della L. 24/2017)**

| Tipo di evento    | Numero (e % sul totale degli eventi) | Principali fattori causali/contribuenti  | Azioni di miglioramento  | Fonte del dato     |
|-------------------|--------------------------------------|--|--|--------------------|
|                   | 0                                    |  | 0  | 0                  |
| EVENTI AVVERSI    | 0                                    | - FATTORI ORGANIZZATIVI (0%)<br>- FATTORI TECNOLOGICI (0%)<br>- FATTORI PROCEDURE (0%)<br>- FATTORI STRUTTURALI (100%) | - TECNOLOGICI (0%)<br>- ORGANIZZATIVI (0%)<br>- PROCEDURE/COMUNICAZIONE (100%)<br>- STRUTTURALI (100%) | INCIDENT REPORTING |
| EVENTI SENTINELLA | 0                                    | 0  | 0  | 0                  |

\*(A) I fattori causali/contribuenti fanno riferimento solo agli eventi sottoposti ad analisi.

Come si evince dalla tabella sopra esposta non si sono verificati eventi avversi.

**2.5 Sinistrosità e risarcimenti**

L'art. 4 c. 3 della L. 24/2017 prevede inoltre che "tutte le strutture pubbliche e private rendono disponibili, mediante pubblicazione sul proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio".

La Athena s.p.a. ai sensi dell'art.10 comma 4 legge 24/2017, assume in proprio la gestione dei sinistri e/o eventi avversi ed in particolare in autoassicurazione.

Sono pervenute n.2 richieste di risarcimento relative alle seguenti branche:

| ANNO | BRANCHE  |   |
|------|--|---|
| 2024 | GINECOLOGIA  | ORTOPEDIA   |
|      | N. 1 caso di richiesta di risarcimento per un intervento anno 2021 | N. 1 caso di richiesta di risarcimento per un intervento 2022 |

I casi descritti sono in fase di valutazione.

| Tabella Sinistri e risarcimenti erogati con riferimento all'ultimo quinquennio |   |   |   |  |  |
|--|---|---|---|--|--|
| Anno   | 2020                                      | 2021  | 2022  | 2023   | 2024   |
| n. sinistri aperti   | 1   | 1   | 3   | 2  | 2  |
| n. sinistri liquidati  | 1   | 2   | 3   | 1  | 1  |
| Importo liquidato  | 2.100,00€<br>Relativo a sinistro del 2011 | 22.938 €<br>relativi a sinistri 2010 e 2013 | 160.427,99€<br>relativi a sinistri del 2006-2011-2015 | 2984,68€<br>relativi ad un sinistro del 2011 | 1578,24€<br>relativi ad un sinistro del 2010 |



## 2.6 Reclami/Suggerimenti dei cittadini

Nell'anno 2024 non vi sono stati reclami o suggerimenti in merito al rischio clinico.

## 3 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT

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

1. Quella del Risk Manager che lo redige e ne monitorizza l'implementazione;
2. Quella della Direzione Generale che si impegna ad adottarlo con Deliberazione e a fornire al Risk Manager e all'organizzazione della struttura le risorse e le opportune direttive (ad esempio tramite la definizione di specifici obiettivi di budget) per la realizzazione delle attività in esso previste.

| Azione   | Risk Manager/<br>Direttore Sanitario | Direttore Generale | Direttore<br>Amministrativo |
|--|--------------------------------------|--------------------|-----------------------------|
| Redazione del Piano Annuale Risk Management    | R                                    | C                  | C                           |
| Adozione del Piano Annuale Risk Management     | C                                    | R                  | C                           |
| Monitoraggio del Piano Annuale Risk Management | R                                    | C                  | C                           |
| Analisi e Valutazioni                          | R                                    | C                  | C                           |

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto.

## 4 OBIETTIVI

- A. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.
- B. Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.
- C. Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.
- D. Favorire la partecipazione alle attività regionali in tema di risk management.

## 5 ATTIVITA'

In questa sezione sono elencate le attività previste per il raggiungimento degli obiettivi definiti.

|  |   |
|--|---|
| <b>OBIETTIVO A)</b><br><b>Diffondere la cultura della sicurezza delle cure</b> |   |
| <b>ATTIVITÀ 1.A</b>  | <b>Realizzazione di corsi di formazione inerenti alla gestione del rischio clinico (principali rischi, tipologie di eventi e strumenti di prevenzione, identificazione, analisi e segnalazione)</b>   |
| <b>INDICATORE 1.A</b>  | Esecuzione di una edizione del Corso entro il 31.12.2024 dei seguenti corsi: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Umanizzazione delle cure</li> <li>- Fidelizzazione del cliente nel settore sociosanitario</li> <li>- Introduzione delle tecniche di comunicazione nel settore sanitario</li> <li>- La comunicazione di crisi</li> </ul> |
| <b>STANDARD 1.A</b>  | 1   |
| <b>RESPONSABILITÀ 1.A</b>  | Pianificazione e organizzazione del corso: Responsabile Formazione<br>Esecuzione del corso: Ente formazione accreditato   |
| <b>Obiettivo 2024</b>  | Raggiunto 100%  |
| <b>Obiettivo 2025</b>  | Pianificazione nuova edizione del Corso entro il 2025   |
|  |   |



|  |   |
|--|---|
| <b>OBIETTIVO B)</b><br><i>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.</i> |   |
| <b>ATTIVITA' 1.B</b>   | <b>Monitoraggio near miss, eventi avversi, eventi sentinella e inserimento in piattaforma SIMES</b> |
| <b>INDICATORE 1.B</b>  | N. segnalazioni pervenute/numero prese in carico  |
| <b>STANDARD 1.B</b>  | 100%  |
| <b>Obiettivo 2024</b>  | <b>Raggiunto 100%</b>   |
| <b>Obiettivo 2025</b>  | N. segnalazioni pervenute/numero prese in carico  |

|  |   |
|--|---|
| <b>OBIETTIVO c) Attività rischio clinico</b> |   |
| <b>ATTIVITÀ 2.B</b>                          | <b>Riunioni e confronti su tematiche di rischio clinico</b>             |
| <b>INDICATORE 2.B</b>                        | Esecuzione di almeno 1 audit clinico - Aggiornamento incident reporting |
| <b>STANDARD 2.B</b>                          | 100%  |
| <b>RESPONSABILITA'</b>                       | Risk Manager<br>RSQ   |
| <b>Obiettivo 2024</b>                        | <b>Raggiunto 100%</b>   |
| <b>Obiettivo 2025</b>                        | N. segnalazioni pervenute/numero prese in carico                        |

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

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>ATTIVITÀ 1.C</b>        | <b>Esecuzione di corsi di formazione sulla sicurezza dei lavoratori</b>  |
| <b>INDICATORE 1.C</b>      | Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2023  |
| <b>STANDARD 1.C</b>        | 1  |
| <b>RESPONSABILITA' 1.C</b> | Pianificazione e organizzazione del corso: Responsabile Formazione<br>Esecuzione del corso: Ente di formazione |
| <b>Obiettivo 2024</b>      | <b>Raggiunto 100%</b>  |
| <b>Obiettivo 2025</b>      | Pianificazione nuova edizione del Corso entro il 2025  |

|   |   |
|---|---|
| <b>OBIETTIVO D)</b><br><i>Partecipare alle attività regionali in tema di Risk Management.</i> |   |
| <b>ATTIVITÀ 1.D</b>   | Report sulle novità in tema di linee guida / aggiornamenti normativi / circolari / nuove disposizioni introdotte dalla Regione. |
| <b>INDICATORE 1.D</b>   | Analisi e risposta alle attività regionali in tema di RM  |
| <b>STANDARD 1.D</b>   | 2   |
| <b>RESPONSABILITA'</b>  | Comitato RM   |
| <b>Obiettivo 2024</b>   | <b>Raggiunto 100%</b>   |
| <b>Obiettivo 2025</b>   | Partecipare alle attività regionali   |

## 6 MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT

- Pubblicazione sul sito web istituzionale [www.clinicathena.it](http://www.clinicathena.it);
- Rilascio copia alla Direzione sanitaria della struttura
- Presentazione agli Operatori della struttura

## 7 NOTIFICA DEGLI EVENTI AVVERSI - SINISTRI

Ogniqualvolta venga rilevato un evento avverso e/o un sinistro denunciato, il Responsabile è tenuto ad informare sia la Direzione tecnica/sanitaria che la Direzione Generale senza ingiustificato ritardo e, ove possibile, entro 48 ore dal momento in cui ne è venuto a conoscenza. La notifica deve presentare un contenuto minimo di informazioni e tali da consentire il controllo e di verificare l'accaduto denunciato.

## 8 AGGIORNAMENTO DEL DOCUMENTO

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

- a. nella verifica di eventuali integrazioni e/o modifiche normative, ovvero nella promulgazione/applicazione di nuove Leggi e regolamenti attinenti alla materia trattata;
- b. nella verifica dei processi tecnico/organizzativi al fine di riscontrare la loro validità, sicurezza ed aderenza ai requisiti normativi rispetto alle attività effettivamente espletate;

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

## 9 RIFERIMENTI NORMATIVI

- Decreto Dirigenziale n° 99 del 16/12/2022, per l'elaborazione, a cura delle singole Aziende Sanitarie, del Piano Annuale di Risk Management (PARM).
- Decreto legislativo 166/2022: Requisiti ulteriori specifici per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e sociosanitarie della Regione Campania
- 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 254/2000 "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999 n.229"
- 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;
- Raccomandazioni ministeriali e Manuale per la sicurezza in sala operatoria, Ministero della Salute, OMS, Safe Surgery;
- Decreto Legislativo 13 settembre 2012 n.158 convertito in legge 8/11/2012 n.189 art.3 bis comma 1 Gestione e monitoraggio dei rischi sanitari
- Livelli essenziali di assistenza
- Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
- Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";



- Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008 recante "Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131";
- Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie";
- D.D. n.35 del 08/02/2021 "Istituzione del Centro Regionale per la gestione del Rischio sanitario e della sicurezza del paziente"
- Determina Regione Lazio n. G00164 del 11.01.2019 Approvazione ed adozione del documento recante le linee guida per l'elaborazione del Piano Annuale del Risk Management (PARM);
- Legge Regione Campania n.20 del 23.12.2015 "Misure per introdurre la cultura della responsabilità nell'organizzazione sanitaria nonché migliorare i servizi ai cittadini"
- Legge Regionale del 2016 "Prime misure per la razionalizzazione della spesa e rilancio dell'economia campana".

## 10 BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità- il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
- WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Safe Surgery Save Live";
- The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997;
- Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997;
- Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770;
- Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:  
[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione);
- Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009:  
[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza).

Piedimonte Matese, 26.02.2025



