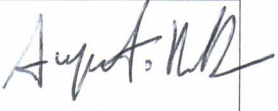
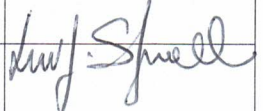
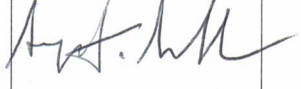
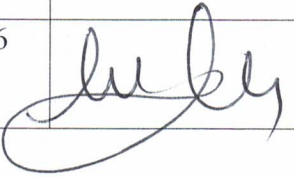


CLINICA STABIA

PIANO ANNUALE di RISK MANAGEMENT (PARM)

ANNO 2026

(RISULTATI ANNO 2025)

	NOME	FUNZIONE	DATA	FIRMA
REDAZIONE E VERIFICA	Augusto Rivellini	Risk manager	10/03/2026	
APPROVAZIONE	Luigi Signoriello	Direttore Amministrativo	10/03/2026	
	Augusto Rivellini	Direttore Sanitario	10/03/2026	
ADOZIONE	Antonio Quartuccio	Legale Rappresentante	10/03/2026	

INDICE

1) INTRODUZIONE	pagina 3
1.1 Scopo	pagina 4
1.2 Modalità di diffusione	pagina 5
2) STRUTTURA DEL PARM	pagina 5
2.1 Contesto organizzativo	pagina 5
2.2 Relazione consuntiva sugli eventi avversi	pagina 6
2.3 Infezioni Correlate All'assistenza	pagina 8
2.4 Sinistrosità e risarcimenti	pagina 9
3) MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	pagina 10
4) OBIETTIVI	pagina 11
5) RIFERIMENTI NORMATIVI	pagina 13
6) BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	pagina 14

1. INTRODUZIONE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha evidenziato la necessità che le organizzazioni sanitarie operino per assicurare ai pazienti l'erogazione di prestazioni altamente qualificate e sicure. La possibilità di “evento avverso” è insita nei sistemi complessi e le realtà sanitarie, come sancito dall'OMS, sono l'ambito lavorativo a maggiore complessità possibile. La sicurezza dei pazienti deve essere, quindi, continuamente presidiata e le criticità devono essere affrontate secondo un approccio multidimensionale, considerando e integrando vari aspetti: monitoraggio e analisi degli eventi avversi, elaborazione e diffusione di raccomandazioni e pratiche per la sicurezza, coinvolgimento di pazienti, formazione degli operatori sanitari, analisi delle interferenze e delle criticità; al fine di promuovere sia una visione che una gestione sistemica del rischio.

La Gestione del Rischio Clinico rappresenta un elemento di Governo (Clinico), meglio definito come “il sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili per il miglioramento continuo dei loro servizi e garantiscono elevati standard di performance assistenziale, assicurando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica”.

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

La Legge Gelli (Legge 8 marzo 2017, n. 24) 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 e organizzative.

Le attività di prevenzione del rischio – alle quali concorre tutto il personale – devono essere messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private. Il Ministero della Salute pone come cardine strategico, nelle attività di miglioramento continuo della qualità, la gestione del rischio clinico e nel documento “Risk Management e Qualità in Sanità” definisce le seguenti raccomandazioni:

- 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 feed-back informativi;
- 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.

1.1. Scopo

Il **Piano Annuale di Risk Management (PARM)** è lo strumento per progettare, promuovere e realizzare iniziative per l'abbattimento del rischio clinico. I progetti operativi esplicitati all'interno del PARM hanno come finalità l'analisi di possibili criticità di processo e l'individuazione di azioni per migliorare i processi esistenti.

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. L'ottica è quella di diminuire le potenzialità di errore sia attivo che di sistema e di contenere la complessiva sinistrosità delle strutture sanitarie.

Attraverso il PARM, il Risk Manager fornisce alla Struttura uno strumento di fondamentale importanza nella gestione sistemica del rischio clinico.

Il PARM, inoltre, rappresentando le politiche di analisi e di prevenzione del rischio, favorisce un confronto aperto, consapevole e trasparente con gli stakeholder.

Le attività indicate sono parte integrante delle iniziative aziendali in materia di rischio clinico e concorrono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza, economicità e sostenibilità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali.

In questa ottica, il Piano Annuale di Risk Management è costruito nella prospettiva del miglioramento continuo e dell'implementazione di azioni qualificanti l'attività.

La presenza della figura del Risk Manager, pur principale responsabile dell'adempimento delle azioni previste nel PARM, non solleva dalle specifiche responsabilità i soggetti formalmente preposti alla gestione dei processi assistenziali e alla realizzazione degli interventi pianificati (Direttore sanitario, Direttore amministrativo, Responsabili delle Unità funzionali, Infermieri di coordinamento), ma coordina ed armonizza con gli stessi l'intero sistema di gestione 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.

1.2 Modalità di diffusione

Ai fini 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 pubblicazione del PARM sul sito internet aziendale;
- la consegna del documento a tutto il personale sanitario;

2. STRUTTURA DEL PARM

2.1 Contesto organizzativo

La Clinica Stabia è una struttura ospedaliera per acuti dotata di 123 posti autorizzati, di cui 120 accreditati con il Servizio Sanitario Regionale, che eroga prestazioni sanitarie di diagnosi e cura sia in regime di ricovero ordinario che di day hospital.

Nella tabella seguente sono indicati i posti letto accreditati per ciascuna disciplina presente nella struttura.

DATI STRUTTURALI

BRANCA	POSTI LETTO ORDINARI	POSTI LETTO DI D.H.
Medicina generale	26	4
Pneumologia	9	1
Chirurgia Generale	27	3
Ostetricia e ginecologia	19	1
Urologia	9	1
Oculistica	6	4
Otorinolaringoiatria	6	4

La Clinica è dotata inoltre di

- Pronto soccorso ostetrico
- Nido
- Due sale travaglio parto
- Blocco operatorio con tre camere operatorie
- Servizio di anestesia e rianimazione
- Servizio di Anatomia patologica
- Laboratorio analisi
- Servizio di radiodiagnostica (Rx, Tac ed ecografia) accreditato col Servizio Sanitario Regionale

- Servizio di Radioterapia accreditato col Servizio Sanitario Regionale

I dati di attività riferiti all'anno 2025 e 2024 sono riportati nelle seguenti tabelle:

DATI DI ATTIVITA' 2025

Ricoveri ordinari	3.883
Ricoveri in D.H.	751
Day Service	7.046
Radiodiagnostica ambulatoriale (Rx, TC, Ecografie)	10.119
Radioterapia ambulatoriale	35.607
Parti	798

DATI DI ATTIVITA' 2024

Ricoveri ordinari	4.491
Ricoveri in D.H	732
Day Service	6.509
Radiodiagnostica ambulatoriale (Rx, TC, Ecografie)	9.248
Radioterapia ambulatoriale	41.985
Parti	870

Nella tabella seguente è riportato in percentuale il raffronto tra i dati di attività del 2025 rispetto ai dati di attività del 2024.

RAFFRONTO IN PERCENTUALE TRA I DATI DI ATTIVITA' DEL 2025 E DEL 2024

Ricoveri ordinari	-13,5
Ricoveri in D.H	+2,6
Day Service	+8,2
Radiodiagnostica ambulatoriale (Rx, TC, Ecografie)	+9,4
Radioterapia ambulatoriale	-15,1
Parti	-8,2

2.2 Relazione consuntiva sugli eventi avversi

Nell'anno 2025 si sono verificati gli eventi avversi indicati nella seguente tabella.

Tipo di evento	Numero eventi	% sul totale degli eventi
Near miss*	23	65,72
Eventi avversi**	12	34,28
Eventi sentinella***	0	0

**Near miss*: errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.

** *Evento avverso*: evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevedibili o non prevedibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è un “evento avverso prevenibile”.

*** *Evento sentinella*: evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicato di un serio malfunzionamento del sistema, che può portare 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 una indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiano causato o vi abbiano contribuito e l’implementazione delle adeguate misure correttive.

Le cadute continuano ad essere il principale evento avverso presente nella clinica (33 cadute su 35 eventi registrati).

L’analisi delle schede di descrizione della caduta del paziente ha evidenziato i seguenti risultati:

- il numero di cadute nel 2025 è stato 33 superiore rispetto a quello del 2024 che è stato 31.
- La percentuale di cadute rispetto al numero di pazienti ricoverati più day service è stata dello 0,29% superiore a quella del 2024 (0,27%).
- 11 cadute su 33 (33,34%) sono esitate in lesioni per il paziente e quindi in eventi avversi. Negli altri 22 casi si è trattato quindi di near miss.
- Le lesioni riportate dal paziente sono state escoriazioni, contusioni, lacerazioni ed ecchimosi, quasi tutte a livello della testa o degli arti.
- Le cadute hanno riguardato in 20 casi su 33 (60,61%) il reparto di medicina e in 13 casi su 33 (39,40%) il reparto di chirurgia.
- Il principale motivo della caduta è risultato essere la perdita di equilibrio, la perdita di forza o lo scivolamento (28 casi su 33 pari all’ 84,85%).
- In 23 casi su 33 (69,70%) il luogo della caduta è stato la stanza di degenza. In 4 casi su 33 (12,13%) il luogo della caduta è stato il bagno della stanza di degenza.

- La principale modalità di caduta è stata o dalla posizione eretta (14 casi su 33 pari al 42,43%) o nello scendere dal letto (14 casi su 33 pari al 42,43%).
- Al momento della caduta il paziente stava andando in bagno (11 casi su 33 pari al 33,34%) o scendendo dal letto (8 casi su 33 pari al 24,25%).

La clinica ha già formato il personale sanitario, attraverso diversi corsi e audit, sulle modalità di prevenzione delle cadute.

Nel 2025 è stato eseguito un corso aziendale rivolto ai responsabili delle unità funzionali e dei servizi e agli infermieri di coordinamento sulla procedura aziendale per la prevenzione delle cadute in ospedale.

Vi è stata anche la segnalazione di un evento avverso legato alla somministrazione ad un paziente di un farmaco non prescritto ed un quasi evento legato ad un iniziale errore nella identificazione di un paziente da sottoporre ad esame TAC.

2.3 Infezioni Correlate all'Assistenza

Nell'anno 2025 il comitato di controllo delle infezioni ospedaliere ha svolto le seguenti attività:

- prevenzione e gestione dei casi di infezione da Covid-19 all'interno della clinica attraverso il puntuale rispetto delle disposizioni nazionali e regionali al riguardo.
- Sorveglianza infezioni ospedaliere basata sul laboratorio.
- Sorveglianza microbiologica dell'aria e delle superfici del blocco operatorio in "at rest e in operation".
- Sorveglianza del consumo di antibiotici.
- Corso per gli operatori sanitari sulla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.
- Corso rivolto al personale di sala operatoria sulle procedure di sterilizzazione nel blocco operatorio.

Nell'anno 2025 la sorveglianza delle infezioni ospedaliere basata sul laboratorio ha dato i seguenti risultati:

Sono stati eseguiti 602 esami microbiologici e il numero delle rilevazioni positive è stato di 107.

La prevalenza di rilevazioni positive (107) sul totale dei pazienti (11.680 ricoverati più day service) nel 2025 è pari allo 0,92% e risulta diminuita rispetto al 2024 (1,58) dello 0,66%.

La prevalenza delle rilevazioni positive (107) sul totale degli esami effettuati (602) nel 2025 è pari al 17,78% e risulta diminuita del 4,54% rispetto al 2024 (22,32).

La prevalenza di rilevazioni positive sul totale dei ricoverati nel 2025 per reparto è la seguente:

- Medicina-Pneumologia 0,57% (1,22% nel 2024)
- Chirurgia 0,22% (0,23% nel 2024)
- Ostetricia-Ginecologia 0,03% (0,05% nel 2024)

Sono stati riscontrati 11 casi di germi multi-resistenti e 0 casi di germi totalmente resistenti.

La prevalenza di rilevazioni con germi multi-resistenti (11) sul totale degli esami risultati positivi (107) nel 2025 è pari al 10,28% e risulta aumentata rispetto al 2024 (7,0%) del 3,28%.

La prevalenza di rilevazioni con germi totalmente resistenti (0) sul totale degli esami effettuati positivi (107) nel 2025 è pari allo 0% e risulta diminuita rispetto al 2024 (1,08%) dell’1,08%.

Nella tabella successiva i germi multino-resistenti (11) vengono distinti per reparto di provenienza e sede di isolamento.

Reparto	Numero	Sede di isolamento e numero di isolamenti per sede
Medicina	4	Urina 4
Chirurgia	7	Ulcera 7

Non sono stati rilevati, tra i germi isolati, stafilococchi aurei meticillina resistenti.

Nell’anno 2026 il CCIO ha deciso di intraprendere le seguenti azioni allo scopo di sensibilizzare ulteriormente gli operatori sanitari sulla problematica infezioni correlate all’assistenza:

- esecuzione di un corso aziendale per i chirurghi e il personale infermieristico sulla “prevenzione delle infezioni del sito chirurgico”.
- Esecuzione di un corso rivolto al personale medico ed infermieristico sulla “prevenzione delle infezioni delle vie urinarie associate a cateterismo vescicale”.

Sinistrosità e risarcimenti

Come richiesto dal PARM è stato istituito in data 23/03/2023 il Comitato Valutazione Sinistri (CVS) della clinica Stabia in grado di valutare sul piano medico-legale, clinico e giuridico, la pertinenza e la fondatezza delle richieste indirizzate alla clinica.

Tale comitato è costituito dall'Amministratore delegato della clinica Stabia Dr. Antonio Quartuccio, dal Risk manager della clinica Stabia Dr. Augusto Rivellini, dal Direttore Amministrativo della clinica Stabia Dr. Luigi Signoriello, dal Medico legale Dr. Giovanni De Caro e dall'Avvocato Vincenzo Ruggiero.

La legge n. 24/2017, all'art. 2, comma 5, 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”*.

A tal fine, si propone la seguente tabella riassuntiva.

Anno	Numero sinistri aperti	Numero sinistri liquidati	Risarcimenti erogati
2021	8	2	90.445,00
2022	1	2	33.680,00
2023	5	3	28.851,33
2024	0	0	0
2025	4	2	0
Totale	18	9	152.976,33

Nella tabella sono riportati solo i sinistri e i risarcimenti relativi al rischio clinico escludendo quelli riferiti ad altra natura.

Nel suddetto periodo (anni 2021-2025) la clinica era in autoritenzione e non aveva contratti di copertura assicurativa del rischio clinico con imprese di assicurazione.

3. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

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

- Risk manager: redige e monitora l'implementazione del PARM, effettua analisi e valutazione dello stesso. Invia il PARM al Direttore Sanitario.
- Direttore Sanitario: è coinvolto in tutte le fasi di redazione, adozione, monitoraggio e analisi del PARM.

- Direttore Amministrativo: è coinvolto in tutte le fasi di redazione, adozione, monitoraggio e analisi del PARM.
- Direttore Generale: si impegna ad adottare il PARM con deliberazione (o atto equipollente) entro il 31 marzo di ogni anno. Si impegna a fornire le risorse per la realizzazione delle attività previste dal piano.

La seguente tabella riporta lo schema di matrice della responsabilità del PARM

Azione	Risk manager	Direttore Sanitario	Direttore Generale	Direttore Amministrativo
Redazione PARM	R	C	C	C
Adozione del PARM	C	C	R	C
Monitoraggio del PARM	R	C	C	C
Analisi e valutazioni	R	C	C	C

Legenda: R= Responsabile C= Coinvolto

4. OBIETTIVI

Nel recepire le Linee Guida Regionali per l'elaborazione del PARM (Decreto Dirigenziale n. 99 del 16/12/2022 Approvazione linee di indirizzo per l'elaborazione del PARM), tenuto conto della descrizione degli obiettivi di cui al punto 4 di tale delibera sono stati identificati e ritenuti prioritari i seguenti obiettivi strategici per l'anno 2026:

- diffondere la cultura della sicurezza delle cure;
- migliorare l'appropriatezza assistenziale e organizzativa, promuovendo interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi;
- favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture;

Obiettivo 1: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure;
Attività 1: esecuzione di un corso aziendale rivolto a tutto il personale sanitario sulla prevenzione dell'errata procedura diagnostico-terapeutica in paziente corretto
Indicatore 1: esecuzione del corso entro dicembre 2026
Standard: 1/1
Fonte: Unità di gestione del rischio clinico

Obiettivo 2: migliorare l'appropriatezza assistenziale e organizzativa, promuovendo interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi;
Attività 2: esecuzione di un corso aziendale rivolto al personale infermieristico del blocco operatorio sull'aggiornamento normativo e documentazione infermieristica nel blocco operatorio"
Indicatore 1: esecuzione del corso entro giugno 2026
Standard: 1/1
Fonte: Unità di gestione del rischio clinico

Obiettivo 3: favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture;
Attività 3: esecuzione di un corso aziendale per i chirurghi e il personale infermieristico sulla prevenzione delle infezioni del sito chirurgico
Indicatore 3: esecuzione dell'evento formativo entro dicembre 2026
Standard: 1/1
Fonte: unità di gestione del rischio clinico

5. RIFERIMENTI NORMATIVI

Il PARM stato elaborato in ottemperanza alla normativa di riferimento vigente, tra cui si elenca, a titolo sintetico seppur non esaustivo:

- Circolare Ministeriale n.52/1985 recante “Lotta contro le Infezioni Ospedaliere”;
- Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante “Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza”;
- 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”
- d.Lgs 254/00: disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19/6/1999, n.229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero professionale dei dirigenti sanitari.
- 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;
- Intesa stato-regioni 20/03/2008 punto 2. Le regioni si impegnano a promuovere, presso le aziende sanitarie pubbliche e le strutture sanitarie private accreditate, l'attivazione di una funzione aziendale permanente dedicata alla gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti, incluso il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi e l'implementazione delle buone pratiche della sicurezza, nell'ambito delle disponibilità e delle risorse aziendali.... I singoli eventi avversi ed i dati elaborati saranno trattati in forma completamente anonima e confidenziale per la finalità prioritaria di analisi degli stessi e saranno trasmessi al sistema informatico sanitario attraverso uno specifico flusso (SIMES).
- Raccomandazioni ministeriali e manuale per la sicurezza in sala operatoria, Ministero della Salute, OMS: SafeSurgery.
- D.L. 13/7/2012 n. 158 convertito nella Legge 8/11/2012, n. 189 art. 3 bis, comma 1: “Gestione e monitoraggio dei rischi sanitari”.

- 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 n. 6 del 5/4/2016 “Prime misure per la razionalizzazione della spesa e il rilancio dell’economia campana”.

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 oggetto “Istituzione del centro regionale per la gestione del rischio sanitario e della sicurezza del paziente”

- Decreto Dirigenziale n. 99 del 16/12/2022 “Approvazione linee di indirizzo per l’elaborazione del PARM”

6. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

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

DETERMINA DEL PRESIDENTE DEL CDA

PREMESSO CHE

- la legge 6 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"* all'art.2 statuisce che *"In ogni Regione il Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente che raccoglie dalle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private i dati regionali sui rischi ed eventi avversi e sul contenzioso e li trasmette annualmente mediante procedura telematica unificata a livello nazionale, all'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità"*;
- la 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 il Decreto Commissario ad Acta (DCA) n.6 del 17.1.2020;

RILEVATO che la gestione del rischio e della sicurezza del paziente e dell'operatore di cui al Programma "4" *"Strumenti per la qualità del SSR"* del precitato DCA n. 6/2020, ha come obiettivo, tra gli altri, di fornire indicazioni univoche alle Aziende per la stesura del Piano Annuale Risk Management (PARM) e per gli adempimenti previsti dalla Legge 24/2017 relativamente alla relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

PRESO ATTO che con D.D. n.35 del 8.2.2021, è stato istituito, in ottemperanza della L.24/2017 il Centro Regionale per la gestione del Rischio Sanitario (CRRS) che, in particolare. può avvalersi della Rete dei Referenti aziendali Rischio clinico per lo svolgimento delle attività;

CONSIDERATO che per il raggiungimento dell'obiettivo del Programma "4" *"Strumenti per la qualità del SSR"* di cui al precitato DCA n.6/2020, la UOD Assistenza Ospedaliera, come previsto dal D.D. n. 35/2021, si è potuta avvalere del supporto e contributo dei Referenti aziendali Rischio clinico;

CONSIDERATO, altresì, che è stato elaborato il documento denominato *"Linee di indirizzo per l'elaborazione del piano annuale di Risk Management"* (PARM) al fine di dare indicazioni univoche alle Aziende per la stesura del Piano Annuale Risk Management (PARM), per gli adempimenti previsti dalla Legge 24/2017 relativamente alla relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati;

RITENUTO di dover approvare il documento di indirizzo al fine di fornire indicazioni univoche alle Aziende per la stesura del Piano Annuale Risk Management (PARM) e per gli adempimenti previsti dalla Legge 24/2017 relativamente alla relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

VISTI

- la D.G.R.C. n.1688 del 26.11.2005;
- l'intesa della Conferenza Stato-Regioni, seduta del 20 marzo 2008;
- D.M. 11.12.2009;
- Protocollo per il monitoraggio degli Eventi sentinella del Ministero della Salute, luglio

- 2009;
- D.G.R.C. n. 1715 del 28/9/2007
 - D.G.R.C. n. 2311 del 29/12/2007
 - D.G.R.C. n.309 del 21 giugno 2011;
 - D.L. 13 settembre 2012 n. 158;
 - Legge 8 novembre 2012 n. 189;
 - D.M. 2 aprile 2015, n. 70;
 - Legge 28 dicembre 2015 n. 208, art. 1
 - Legge 8 marzo 2017 n. 24;
 - D.C.A. n.6 del 17.1.2020;
 - D.G.R.C. n. 19 del 18.1.2020;
 - D.D. n.35 del 8.2.2021;

DETERMINA

per le motivazioni richiamate in premessa, da intendersi qui di seguito integralmente riportate, di:

- approvare l'allegato Documento di indirizzo denominato "*linee di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)*", che forma parte integrante del presente provvedimento;
- stabilire che entro il 31 marzo 2026, e così per ogni anno a seguire, venga pubblicato sul sito aziendale il PARM, seguendo le indicazioni contenute nel documento regionale e/o s.m.i..

C/Mare di Stabia 10/03/2026

In fede

CLINICA STABIA S.p.A.
Presid. ed Amministr. delegato
(dott. Antonio Quartuccio)