

Clinica Mediterranea S.p.A.
Via Orazio, 2, 80122 Napoli NA

**Piano Annuale 2022 Risk Management
(PARM)**

*Come previsto dalla Legge dell'8.3.2017 n.24 e dal
DCA 51 del 4.7.2019*



Sommario

1.0 OGGETTO	3
2.0 SCOPO	3
3.0 CAMPO DI APPLICAZIONE	3
4.0 CONTESTO ORGANIZZATIVO	3
4.1 STRATEGIE DI INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE	
4.2 RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI.....	4
4.3 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA	5
5.0 RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARM DELL'ANNO PRECEDENTE	6
6.0 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARM	7
7.0 OBIETTIVI	8
8.0 ATTIVITÀ DA SVILUPPARE NELLA ANNUALITÀ CORRENTE E MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	8
9.0 MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARM	11
10.0 RIFERIMENTI NORMATIVI	11
11.0 BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	12

1.0 Oggetto

Il piano annuale di risk management qui contenuto e relativo all'anno 2022, si sviluppa nel rispetto delle linee guida specificatamente emanate per la redazione del PARM stesso. Il presente documento è sottoposto a revisione annuale.

2.0 Scopo

Le linee di attività delineate nei progetti, parte sostanziale del PARM, hanno tutte l'obiettivo di ridurre i rischi legati ai processi gestionali individuati nell'ambito di ogni singolo progetto. Scopo fondamentale del PARM è quello di promuovere la cultura della sicurezza delle cure, che parte dall'analisi e dal monitoraggio degli eventi avversi, dalla elaborazione e diffusione di raccomandazioni e pratiche sicure consolidando la formazione degli operatori sanitari.

3.0 Campo di applicazione

Il presente piano si applica nell'ambito della Clinica Mediterranea.

4.0 Contesto organizzativo

La Clinica Mediterranea agisce come struttura privata accreditata e le prestazioni erogate comprendono:

- Ricovero e cura dei malati
- Visite mediche, in regime di ricovero o ambulatoriale
- Assistenza infermieristica e, in genere, ogni atto e procedura diagnostica o terapeutica necessari per risolvere i problemi di salute del Paziente degente, compatibilmente con il livello di dotazione tecnologica della struttura.

La STRUTTURA dispone di n. 180 posti letto autorizzati, di cui **150** accreditati e contrattualizzati con il SSN. I posti letto sono distribuiti in camere singole, doppie, triple.

DATI STRUTTURALI		
Strutture	1.	Clinica Mediterranea
Mq. Complessivi	1) Mq 3890 circa	

Qui di seguito vengono riportate le peculiarità organizzative utili a definire la complessità dell'organizzazione.

ORGANIZZAZIONE			
Risorse umane al 30/06/2023	N° 140	Ruolo sanitario: 239 Ruolo amministrativo e Servizi Generali: 33	
Reparti/servizi	N° Posti	Tipologia Assistenziale	
Dipartimento CUORE: - Cardiologia - CCH - UTI - UTIC	49 P.L.	SSN	PRIVATO/ASS.
Dipartimento CHIRURGICO: - chirurgia generale - chirurgia vascolare - Ortopedia - Urologia - Ginecologia ed Ostetricia (e nido)	81 P.L.	SSN	PRIVATO/ASS.
Dipartimento MEDICINA - Nefrologia - Medicina Interna - Gastroenterologia	10 P.L.	SSN	PRIVATO/ASS.
Laboratorio Analisi			PRIVATO/ASS.
Diagnostica per immagini			PRIVATO/ASS.
Diagnostica cardiovascol			PRIVATO/ASS.

DATI ATTIVITA' ANNO 2022			
SETTING	PRESTAZIONI	SETTING	PRESTAZIONI
Ricoveri ordinari	8249		
Ricoveri day hospital/day surgery	1094		
Ricoveri Day Service (PACC)	2098		

4.2 Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

A partire dall'anno 2016 la Struttura ha avviato un'attività di sensibilizzazione e formazione sugli aspetti legati al Clinic Risk Management ed ha attivato strumenti di monitoraggio degli Eventi indesiderati. Il tutto è oggetto di una specifica procedura redatta con riferimento alla normativa e alle raccomandazioni ministeriali applicabili.

Le segnalazioni del totale degli eventi indesiderati durante l'anno 2018 sono stati: **n° 2**.

Tabella 1 – Eventi cadute nel 2022¹

N° Eventi	N° Cadute (e % sul totale degli eventi)	Tipo di evento e % sul totale delle cadute)
2	14,00%	(%) Near Miss
	0%	(%) Eventi Avversi
	0%	(%) Eventi Sentinella

Tabella 2 – Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quadriennio (ai sensi dell'art.4, c.3 della L.24/2017)

Anno	N. Sinistri	N. Risarcimenti erogati	Valore economico
2018	13	1	10000
2019	17	2	685000
2020	22	1	10000
2021	17	/	
2022	14	1	3300
Totale	83	5	€ 708.300,00

4.3 Descrizione della posizione assicurativa

La Clinica Mediterranea non stipula assicurazioni, ma provvede in proprio alla copertura degli eventuali sinistri mediante apposito fondo rischi.

¹ ai sensi dell'art.2, c.5 della 24/2017

5.0 Resoconto delle attività del PARM dell'anno precedente

OBIETTIVO A: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
<i>Attività (1)</i>		
Partecipazione a corsi con tematiche di Gestione degli Aspetti medico-legali/assicurativi del rischio infettivo e della medicina basata sulle evidenze: Linee guida, protocolli e procedure	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
<i>Indicatore:</i> 40 % di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario	SI	I corsi sono stati tenuti da docenti esterni ed in sede di riunione del comitato di gestione del rischio clinico ne è stata valutata l'efficacia che risulta buona. La percentuale di personale sanitario formata è stata superiore all'obiettivo prefissato.
<i>Attività (2)</i>		
Partecipazione a corsi con tematiche di Gestione dell'igiene degli ambienti e delle attrezzature	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
<i>Indicatore:</i> 40 % di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario	SI	I corsi sono stati tenuti da docenti interni ed in sede di riunione del comitato di gestione del rischio clinico ne è stata valutata l'efficacia che risulta buona. La percentuale di personale sanitario formata è stata superiore all'obiettivo prefissato.

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

<i>Attività (1)</i>		
Verificare l'adozione della checklist di sicurezza operatoria	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
<i>Indicatore :</i> Esaminare il 50% del totale delle cartelle di ricovero al fine di valutare la presenza della checklist, Redazione di report finale	SI	Le cartelle vengono verificate in fase di controllo di SDO e l' 80% risulta provvisto di checklist

OBIETTIVO C: Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e della struttura		
Attività (1)		
Realizzazione di un set di indicatori per il monitoraggio della qualità clinica dei processi della struttura	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
<i>Indicatore: Verifica del set di indicatori e del sistema di acquisizione delle informazioni</i>	IN CORSO	Gli indicatori sono in corso di definizione

6.0 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARM

La redazione del PARM, in linea con le “Linee Guida per l’elaborazione del piano Annuale di Risk Management (PARM)” riconosce due specifiche responsabilità:

- 1 Quella del Risk Manager che redige, divulga e monitorizza l’implementazione dello stesso.
- 2 Quella della Direzione Aziendale che si impegna a fornire direttive e relative risorse a tutte le aree coinvolte nel PARM.

AZIONE	Risk Manager	Amministratore Delegato	Direttore Sanitario	Responsabile di struttura
Redazione PARM	R	C	C	R
Adozione PARM	I	R	C	R
Monitoraggio PARM	R	I	C	I

R= Responsabile C= Coinvolto I= Informato

7.0 OBIETTIVI

Il piano annuale di risk management (PARM) è lo strumento per promuovere e realizzare iniziative per la definizione operativa e gestione dei rischi.

Operando secondo le Linee Guida del Ministero della Salute, sono stati identificati gli obiettivi strategici da declinare in linee di attività da implementare nel corso dell’anno 2022.

Gli obiettivi identificati sono i seguenti:

1. Diffondere la “Cultura della sicurezza delle cure”;
2. 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
3. Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e della struttura
4. Partecipare alle attività regionali in tema di Risk Management.

Tra gli obiettivi dell’anno 2023 vi è inoltre la Costituzione dell’Unità per la Gestione del Rischio (UGR);

Tale Unità è composta dalle seguenti figure:

- Direttore Sanitario;
- Infettivologo;
- Affari Generali;
- Responsabile Coordinatori Infermieristici;
- Medico Competente;
- Medico Chirurgo;
- Ingegnere Clinico;
- Farmacista;
- Ufficio Qualità;

8.0 ATTIVITÀ DA SVILUPPARE NELLA ANNUALITÀ CORRENTE E MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

In questa sezione sono dettagliatamente illustrate le linee di attività individuate e in dettaglio indicati standard e matrice delle responsabilità, strutture responsabili e strutture coinvolte.

OBIETTIVO A: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE				
ATTIVITÀ (1)				
Partecipazione a corsi con tematiche di Gestione del Rischio Clinico				
Indicatore: partecipazione di almeno il 40% del personale sanitario al "Corso Base di Gestione del Rischio Clinico"				
Formula: (N° personale sanitario formato/ TOT. Personale Sanitario) x100				
Standard: 40% di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario				
Fonte: RSQ, Privacy, Clinical Risk Management			Scadenza: 31/12/2019	
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	RM	Area Formazione	DS	RESP
Progettazione dei contenuti dei corsi	R	C	C	I
Organizzazione ed	I			I

accreditamento del corso		R	C	
Formazione delle aule	I	C	R	C

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)				
Promozione ed esecuzione di attività di auditing clinico e/o organizzativo nelle strutture				
Indicatore: Realizzazione di audit/RCA entro il 31/12/2023				
Standard: Eseguire almeno 2 azioni di audit organizzativi e almeno 1 audit clinico nell'anno- e Redazione di altrettanti report entro la fine del 2019				
Fonte:		Scadenza: 12/2019		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	RSQ	R_MED	DS	Caposala
Progettazione/esecuzione audit clinici	I	C	R	C
Progettazione audit interni/ esecuzione	R	C	I	C
Monitoraggio/report finale	R	C	C	C

ATTIVITÀ (2)			
Definire il sistema delle non conformità classificate per reparto/servizio			
Indicatore: Verifica delle non conformità classificate individuate e dello strumento di registrazione			
Standard: definizione delle non conformità ed avvio registrazione entro dicembre 2023			
Fonte: RSQ		Scadenza: 12/23	
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	RESP di reparto	RSQ	DS
Definizione Non conformità classificate	C	R	I
Realizzazione strumenti di monitoraggio	I	R	C
Formazione sullo strumento per il monitoraggio dei dati	C	R	I
Avvio monitoraggio dei dati	R	I	I

ATTIVITÀ (3)			
Definire un set di indicatori per il monitoraggio del rischio di infezioni correlate all'assistenza			
Indicatore: Verifica del set di indicatori e del sistema di acquisizione delle informazioni			
Standard: definizione degli indicatori e messa in uso entro dicembre 2023			
Fonte: RSQ			Scadenza: 12/23
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	RESP di reparto	RSQ	DS
Definizione Indicatori	R	R	C
Realizzazione strumenti di monitoraggio	R	R	I
Monitoraggio dei dati	R	I	I
Avvio monitoraggio dei dati	R	I	I

OBIETTIVO C: FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE			
ATTIVITÀ (1)			
Realizzazione di opuscoli informativi per il contrasto alla diffusione delle infezioni correlate all'assistenza con buone pratica per i pazienti, i familiari, gli operatori			
Indicatore: realizzazione di almeno 1 opuscolo			
Standard: formato pieghevole			
Fonte: RSQ			Scadenza: 12/23
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	RESP di reparto	RSQ	DS
Proposta di pieghevole	I	R	C
Approvazione pieghevole	I	C	R
Distribuzione pieghevole nei reparti	I	R	C
Utilizzo pieghevole con familiari, pazienti e operatori	R	C	I

9.0 MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARM

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

- Pubblicazione del PARM sulla rete intranet in una cartella condivisa
- Invio del PARM alla Direzione Aziendale
- Trasmissione del PARM ai referenti di qualità
- Iniziative di diffusione del PARM a tutti gli operatori attraverso momenti di partecipazione a corsi di formazione mirati.

10.0 RIFERIMENTI NORMATIVI

In questa sezione sono elencati alcuni riferimenti alla normativa regionale e nazionale inerenti la gestione del rischio clinico:

- D. Lgs. 502/92 “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421
- D.P.R. 14/01/97 “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”
- D. Lgs. 229/99 “Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”
- D. Lgs. 254/00 “Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari”
- D. Lgs. 81/08 “Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.”
- Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 “Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità”
- Circolare Ministeriale n.52/1985 "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
- Circolare Ministeriale n. 8/1988 "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza"
- DM 24 luglio 1995: "Contenuti e modalità degli indicatori di efficienza nel Servizio sanitario nazionale" GU n. 263, 10 novembre 1995
- Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 - DPR 23 luglio 1998: individua la prevenzione delle infezioni ospedaliere come un'area prioritaria d'intervento
- PSN 2003-2005, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie trasmissibili prevenibili con la vaccinazione, la sorveglianza delle infezioni nosocomiali e di quelle a trasmissione iatrogena
- PSN 2006-2008, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie infettive, la sorveglianza e il controllo delle complicanze infettive legate all'assistenza sanitaria
- Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008
- 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
- Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"
- DPR del 14 gennaio 1997 requisiti minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private
- Libro bianco "Un impegno comune per la salute: Approccio strategico dell'UE per il periodo 2008-2013"

11.0 BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

In questa sezione sono elencati i riferimenti bibliografici e sitografici consultati per la redazione del documento inerenti la gestione del rischio clinico.

- Ministero della Salute “Risk Management e Qualità in sanità – il problema degli errori” Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003.
- 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&me

- Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009:

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6/risparmi/ingua.html