



PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026

PARS

Rev.	Data di approvazione	Causale modifica
01	17/03/2026	Aggiornamento annuale secondo le linee guida della Regione Campania
Redazione	Verifica	Approvazione
D.SAN/RM 	D.SAN/AD 	RM/AD <hr/> <hr/>

Sommario

PREMESSA	3
1. CONTESTO ORGANIZZATIVO.....	3
2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI.....	5
3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA	6
4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE.....	6
4.1 ELENCO DELLE ATTIVITÀ IN PROGRAMMA PER IL 2025	6
4.2 ATTIVITÀ DI RISCHIO INFETTIVO ENTRO IL 31/12/2025.....	7
5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	8
6. OBIETTIVI.....	9
6.1 LE ATTIVITÀ E LA MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ PER IL 2025.....	9
7. OBIETTIVI, ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO E MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ PER IL 2025.....	11
7.1 LE ATTIVITÀ RISCHIO INFETTIVO	11
8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS	13
9. RIFERIMENTI NORMATIVI	13
10. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....	14

Premessa

La sicurezza delle cure e la gestione del rischio clinico sono diventate priorità fondamentali del Sistema Sanitario Nazionale (SSN), essenziali per garantire la qualità e la sicurezza nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). A livello Ministeriale e Regionale, sono attive numerose iniziative volte a promuovere un approccio sistemico alla sicurezza clinica dei pazienti. La Legge 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni sulla sicurezza delle cure e dell'assistenza ai pazienti, nonché sulla responsabilità professionale degli operatori sanitari", stabilisce che sia obbligatorio per le strutture sanitarie pubbliche e private fornire una relazione annuale dettagliata sugli eventi avversi avvenuti, sulle loro cause e sulle azioni intraprese in risposta. Questa legge richiede anche che tali relazioni siano rese pubbliche sui siti web delle strutture sanitarie. Questo provvedimento richiama disposizioni normative precedenti, come quelle incluse nella Legge 28 dicembre 2015, n. 208, che promuovono l'implementazione di sistemi di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario. La relazione annuale non solo documenta le azioni intraprese in risposta agli eventi avversi, ma costituisce anche un'opportunità di apprendimento centrale per migliorare la sicurezza. L'impegno per la sicurezza nelle strutture sanitarie va oltre la semplice identificazione degli eventi negativi, ponendo un'enfasi particolare sulla misurazione e il costante monitoraggio della qualità delle cure. Le organizzazioni affidabili mettono in atto un sistema robusto di misurazione e monitoraggio della sicurezza, affrontando la sfida di individuare tutti gli incidenti rilevanti e raccogliendo informazioni utili per implementare azioni correttive. L'approccio è incentrato sulla prevenzione e sul costante miglioramento, costituendo il fulcro del sistema sanitario.

Il piano annuale della Gestione del rischio sanitario, in breve PARS, qui contenuto e relativo all'anno 2025 si sviluppa con l'obiettivo di:

- Favorire una visione unitaria del rischio sanitario;
- Sottolineare la corrispondenza dei temi inerenti alla qualità e alla sicurezza delle cure con i cogenti requisiti di autorizzazione e accreditamento;
- Armonizzare la gestione del rischio infettivo con gli obiettivi e le attività del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e del Piano Nazionale per il Contrasto all'Antimicrobico Resistenza (PNCAR);

1. Contesto Organizzativo

Il piano viene applicato a Clinica Mediterranea SpA che agisce come struttura privata accreditata e le prestazioni 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.¹

¹ C.f.r. DCA n. 45 del 21/06/2019 Regione Campania

La clinica mediterranea dispone di n 180 posti letto autorizzati, di cui 150 accreditati e contrattualizzati con il SSN. Come da decreto n 121 del 23.12.13

DATI STRUTTURALI	
Struttura	Clinica Mediterranea
Mq. Complessivi	8000 circa

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

ORGANIZZAZIONE		
Risorse umane al 31/12/2025	N°	Ruolo sanitario: 176 Ruolo amministrativo e Servizi Generali: 34
Unità Funzionali /Servizi	N° Posti	Tipologia Assistenziale
ACUTI		
DIPARTIMENTO CUORE Cardiologia CCH UTI UTIC	49 PI	SSN
DIPARTIMENTO CHIRURGIA Ch. Generale Ch. Vascolare Ortopedia Urologia Ginecologia ed ostetricia	81 PI	SSN
DIPARTIMENTO DI MEDICINA Nefrologia Medicina Interna Gastroenterologia	10 PI	SSN
SALA OPERATORIA		SSN
ANALISI CLINICHE		SSN
DIAGNOSTIC PER IMMAGINI		SSN
DIAGNOSTICA CARDIOVASCOLARE		SSN
RISONANZA MAGNETICA	1	SSN

ACUTI	
DATI ATTIVITA' ANNO 2025	
SETTING	PRESTAZIONI
Ricoveri ordinari	7.428 DIAGNOSTICA PER IMM INT (RX+RMN): 9.318
Ricoveri Day Hospital/Day Surgery	1.080 ANALISI CLINICHE DI LAB: 341.468
Ricoveri Day Service (PACC)	2.302
AMBULATORIALE	
DATI ATTIVITA' ANNO 2025	
SETTING	PRESTAZIONI
VISITE SPECIALISTICHE	45.190 DIAGNOSTICA PER IMM EST: 8.298

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 normativa² e alle raccomandazioni ministeriali applicabili.³

Nel corso del 2025, nessun evento sentinella né eventi avversi/near miss sono stati segnalati dalle diverse unità organizzative aziendali, come mostrato chiaramente nella tabella 2.

Le segnalazioni del totale degli eventi indesiderati durante l'anno 2025 sono state: n. 0

² Decreto Dirigenziale n. 48 del 3/07/2017 Regione Campania

³ Racc. ministeriali <https://www.agenas.gov.it/aree-tematiche/qualita-e-sicurezza/rischio-clinico-e-sicurezza-del-paziente/monitoraggio-delle-raccomandazioni/elenco-eventi-sentinella>

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	0 (0%)	(0%)	Strutturali (20%) Organizzativi (40%) Procedure / Comunicazione (40%)	Strutturali (10%) Organizzative (60%) Procedure / Comunicazione (30%)	Sistemi di reporting (100%)
Eventi avversi	2 (100%)	(100%)			
Eventi sentinella	0 (0%)	(0%)			

Tabella 1 – Eventi cadute nel 2025

Anno	N. Sinistri aperti	N. Sinistri liquidati	Valore economico
2020	4	1	200.000
2021	6	3	359.722
2022	2	3	325.231
2023	1	1	2.240.000
2024	15	7	2.694.921
2025	11	10	3.101.642
Totale			

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

3. Descrizione della posizione assicurativa

Attualmente, la struttura non ha sottoscritto alcuna polizza assicurativa, ma opera sotto il regime di autoassicurazione.

4. Resoconto delle attività del piano precedente

In questa sezione vengono inserite le due relazioni sintetiche sulle attività definite *nell'anno 2025*.

4.1 Elenco delle attività in programma per il 2025

OBIETTIVO A: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
<i>Attività (1) Partecipazione ai corsi con tematiche di gestione rischio clinico partecipazione di almeno l'80% del personale sanitario al " Gestione del Rischio Clinico e Qualità "</i>		
Partecipazione ai corsi	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione

Indicatore: 80% di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario	SI	Il personale è stato debitamente formato in materia di Rischio Clinico
Attività (2) Partecipazione ai corsi con tematiche di gestione rischio clinico con focus sulla Corretta compilazione della check list di segnalazione dell'evento avverso.		
Partecipazione ai corsi	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Indicatore: 80% di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario	SI	Sono stati organizzati vari incontri che hanno coinvolto medici e infermieri circa la corretta compilazione della Check list di Sicurezza Operatoria

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) Monitoraggio dell'utilizzo della check list di chiusura della CC informatizzata;

Indicatore	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Esaminare 50 cartelle 95% conformi	SI	Durante l'anno 2025, sono stati condotti circa n.10 audit che hanno avuto come oggetto le Cartelle cliniche relative a tutte le attività della Struttura.

Attività (2) Promozione ed esecuzione di attività di auditing clinico e/o organizzativo delle strutture, monitoraggio attraverso audit interni

Indicatore	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Realizzazione Conseguimento certificazione ISO 9001:2015	SI	La Struttura è certificata ai sensi della Norma UNI EN ISO 9001:2015. Ad ottobre 2025 si è tenuta la Verifica per il rinnovo della Certificazione.

OBIETTIVO C: Definire statistiche di reparto e punti di controllo in ottica di prevenzione e gestione del rischio che tengano conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e della struttura
Attività (1) Realizzazione di opuscoli informativi per le raccomandazioni ministeriali

Indicatore	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Almeno uno opuscolo	SI	Sono state elaborate e condivise le procedure che rispondono alle Raccomandazioni Ministeriali

4.2 Attività di rischio infettivo entro il 31/12/2025
OBIETTIVO A: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo
Attività (1) Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA sulla base di quanto viene disposto dal CIO

Partecipazione ai corsi	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Indicatore: 70% di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario	SI	Nei giorni 30.09 e 1.10 sono state svolte indagini di prevalenza presso tutti i reparti della Struttura.
Attività (2) Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sull'uso degli antibiotici		
Partecipazione ai corsi	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Indicatore: 70% di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario	SI	Il 16.12 si è riunito annualmente il CIO

OBIETTIVO B: Implementazione di un Piano di Azione locale sull'Igiene delle mani che individui le attività da raggiungere entro il 31/12/2025 e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi

ATTIVITÀ (1) – Piano di azione delle attività per l'igiene delle mani di Malzoni Research Hospital S.p.a.

Indicatore	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Indicatore: - Raggiungimento del livello avanzato nelle sezioni CDE	SI	Elaborazione e condivisione della procedura.

OBIETTIVO C: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da CRE

ATTIVITÀ (1) - Definizione/implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE

Archiviazione	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Indicatore: Raccolta e archiviazione delle ICA nel servizio di Terapia Intensiva	SI	Report infettivologico

ATTIVITÀ (2) - Sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici (Antimicrobial stewardship).⁴

Partecipazione ai corsi rischio clinico	Obiettivo Raggiunto	Stato di attuazione
Indicatore: Riunioni di valutazione dell'uso degli antibiotici nei reparti di degenza 70% di personale sanitario da coinvolgere/ TOT. Personale Sanitario	SI	Incontri formativi Elaborazione della terapia empirica delle varie sindromi Elaborazione profilassi pre operatoria in diverse categorie di pazienti a rischio (pazienti allergici e /o con storia di antibiotico terapia)

5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

La realizzazione del PARS attraverso le linee guida riconosce le seguenti specifiche responsabilità:

⁴ Decreto Dirigenziale Regione Campania n. 424 dell'11/07/2023

- 1. Risk Manager:** redige e monitora l'implementazione della parte del Piano a esclusione di quella specifica sul rischio infettivo. Invia il PARS al CRRC;
- 2. Direttore Sanitario/Presidente del CCICA:** redige e monitora l'implementazione della parte del Piano specifica sul rischio infettivo (punto A8);
- 3. Responsabile UO Affari Legali:** redige la parte del Piano specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa (punti A3 e A4);
- 4. Amministratore Delegato e Referente di Struttura:** si impegnano a adottare il PARS con Deliberazione o atto equipollente in tempo utile per consentire l'invio del documento al CRRC entro il 28 febbraio di ogni anno; si impegnano a fornire all'organizzazione le risorse e le opportune direttive (ad esempio tramite la definizione di specifici obiettivi di budget) per la realizzazione delle attività previste dal Piano

AZIONE	Presidente CCIA	Risk manager / Direttore Sanitario	Affari legali	Amministratore Delegato / Referente di struttura	figure di supporto (RGQ, Ing- clinica ect.)
Redazione PARS	C	R	C	C	C
Redazione paragrafi 2 e 3	C	C	R	C	I
Redazione paragrafo 7	R	C	I	I	I
Adozione PARS	I	C	I	C	C
Monitoraggio PARS	C	R	C	C	C
Monitoraggio paragrafo 7	R	C	I	I	I

R=Responsabile C= Coinvolto I= Interessato

6. OBIETTIVI

Il piano annuale del rischio sanitario (PARS) è lo strumento per promuovere e realizzare iniziative per la definizione operativa e gestione dei rischi.

Gli obiettivi strategici definiti a livello regionale 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.

6.1 Le Attività e la matrice delle responsabilità per il 2026

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 90 % del personale sanitario al corso Gestione "Rischio clinico e Qualità"

Formula: (N° personale sanitario formato/ TOT. Personale Sanitario) x100

Standard: 80% di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario

Fonte: RSQ, Privacy, Clinical Risk Management, Qualità

Scadenza: 31/12/2026

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	RM/DSAN	AREA FORMAZIONE	FIGURE DI SUPPORTO
Progettazione dei contenuti dei corsi	R	C	I
Organizzazione ed accreditamento del corso	I	R	I
Esecuzione del corso	C	R	I

ATTIVITÀ (2) - Partecipazione a corsi con tematiche di Gestione del Rischio Clinico
Indicatore: Partecipazione di almeno l'80 % del personale sanitario al corso "Qualità e corretto utilizzo e compilazione delle check list"

Formula: (N° personale sanitario formato/ TOT. Personale Sanitario) x100

Standard: 60% di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario

Fonte: RSQ, Privacy, Clinical Risk Management, Qualità

Scadenza: 31/12/2026

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	RM/DSAN	AREA FORMAZIONE	FIGURE DI SUPPORTO
Progettazione dei contenuti dei corsi	R	C	I
Organizzazione ed accreditamento del corso	I	R	I
Esecuzione del corso	C	R	I

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 MESSO NELL'ANNO PRECEDENTE
ATTIVITÀ (1) - Monitoraggio dell'utilizzo della check list di sicurezza di sala operatoria
Indicatore: verifica dell'utilizzo della check list di chiusura cartella

Standard: su campione di 30 Cartelle controllo delle 30 checklist – 100% conformi

Fonte: DSAN

Scadenza: 31/12/2026

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	RM/DSAN	FIGURE DI SUPPORTO	DI	RESP. CHIRURGIA	MEDICO
Utilizzo scheda come da procedura	R	I		C	
Selezione e Raccolta delle cartelle	C	I		R	
Monitoraggio dei dati	I	I		R	
Redazione report finale	R	I		I	

ATTIVITÀ (2) Promozione ed esecuzione di attività di auditing clinico e/o organizzativo nelle strutture
Indicatore: Mantenimento della certificazione della qualità secondo gli standard ISO 9001:2015

Standard: Mantenere almeno 4 azioni di audit organizzativi e almeno 1 audit clinico nell'anno-

Fonte: DSAN

Scadenza: 31/12/2026

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	RGQ	RM/DSAN	PERSONALE SANITARIO
Progettazione/esecuzione	C	R	I
Progettazione e aggiornamento della documentazione sistema	C	R	C

Monitoraggio/report finale	R	C	C
----------------------------	---	---	---

OBIETTIVO C: FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE
ATTIVITA' (1) Realizzazione di opuscoli informativi o guida per le raccomandazioni ministeriali per il monitoraggio delle infezioni ospedaliere

Indicatore: Realizzazione di almeno 1 opuscolo

Standard: formato pieghevole

Fonte: RSQ-Marketing-DSAN

Scadenza: 31/12/2026

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	RMDSAN	RSQ	FIGURE DI SUPPORTO
Proposta di pieghevole	R	C	I
Approvazione pieghevole	R	C	I
Distribuzione pieghevole nei reparti	C	R	I
Utilizzo pieghevole con familiari, pazienti e operatori	R	C	I

7. Obiettivi, attività per la gestione del rischio infettivo e matrice delle responsabilità per il 2026

Nella seguente sezione, vengono delineate le attività relative alla gestione del rischio infettivo, le quali costituiscono un aspetto centrale nell'assicurare standard elevati di sicurezza e qualità nell'assistenza sanitaria fornita.

Gli obiettivi strategici sono stati definiti, seguendole le linee guida regionali, in modo da armonizzarsi con quelli previsti dal Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e dal Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico- Resistenza (PNCAR) e sono i seguenti:

Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;

implementazione del piano di intervento regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico piano di azione locale che sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività da raggiungere entro il 31/12/26 gli obiettivi definiti nel piano di intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;

migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da entero batteri resistenti ai carbapenemi (CRE).

7.1 Le attività rischio infettivo

OBIETTIVO A: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo

ATTIVITÀ (1) - Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA

Indicatore un corso di formazione per la prevenzione e il monitoraggio delle ICA

Standard: 80% del personale formato/ tot. Personale sanitario

Fonte: DSAN

Scadenza:
 31/12/2026

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	RM/DSAN	AREA FORMAZIONE	CCICA
--------	---------	-----------------	-------

Progettazione dei contenuti dei corsi	R	I	C
Organizzazione ed accreditamento del corso	C	I	R
Esecuzione del corso	I	I	R
ATTIVITÀ (2) - Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sull'uso degli antibiotici			
Indicatore un corso di formazione sull'uso corretto degli antibiotici nei reparti			
Standard: 80% del personale formato/ tot. Personale sanitario			
Fonte: DSAN			Scadenza: 31/12/2026
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	RM/DSAN	AREA FORMAZIONE	CCICA
Progettazione dei contenuti dei corsi	R	I	C
Organizzazione ed accreditamento del corso	C	I	R
Esecuzione del corso	I	I	R

OBIETTIVO B: Implementazione di un Piano di Azione locale sull'Igiene delle mani che individui le attività da raggiungere entro il 31/12/2025 e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi			
ATTIVITÀ (1) - piano di azione delle attività per le igiene delle mani di NCL			
Indicatore: Raggiungimento del livello avanzato nelle sezioni C – D -E			
Standard: Raggiungimento livello massimo al 31/12/24			
Fonte: DSAN			Scadenza: 31/12/2026
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	RM/DSAN	AD	CCICA
Implementazione piano	R	I	C
Monitoraggio degli obiettivi	C	I	R
Redazione report finale	R	I	C

OBIETTIVO C: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la Promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da CRE			
ATTIVITÀ (1) - Definizione/implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE			
Indicatore: Raccolta e archiviazione delle ICA nei reparti di Terapia Intensiva			
Standard: Rilevazione mensile dei dati			
Fonte: RSQ, Privacy, Clinical Risk Management, Qualità			Scadenza: 31/12/2026
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	RM/DSAN	CCICA	AD
Implementazione piano	R	C	I
Monitoraggio degli obiettivi	C	R	I
Redazione report finale	C	R	I
ATTIVITÀ (5) -Sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici (Antimicrobial stewardship).			
Indicatore: Riunioni di valutazione dell'uso degli antibiotici nei reparti di degenza			
Standard: 80% del personale coinvolto/ tot. Personale sanitario			
Fonte: RSQ, Privacy, Clinical Risk Management. Qualità			Scadenza: 31/12/2026
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	RM/DSAN	AREA FORMAZIONE	CCICA
Progettazione dei contenuti dei corsi	R	I	I
Organizzazione ed accreditamento del corso	I	R	I
Esecuzione e delle aule	I	C	I

8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS

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

- Pubblicazione PARS nel sito internet della clinica mediterranea
- Pubblicazione del PARS sulla rete intranet aziendale in una cartella dedicata
- Invio del PARS alla Direzione Aziendale
- Trasmissione del PARS ai referenti dei reparti
- Iniziative di diffusione del PARS a tutti gli operatori attraverso momenti di partecipazione a corsi di formazione mirati.

9. RIFERIMENTI NORMATIVI

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

1. Documento di indirizzo per l'elaborazione del piano annuale per la gestione del rischio sanitario (PARS) del 25 gennaio 2022.
2. D. Lgs. 502/92 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421
3. 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"
4. D. Lgs. 229/99 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"
5. 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"
6. 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."
7. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 "Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità"
8. Circolare Ministeriale n.52/1985 "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
9. Circolare Ministeriale n. 8/1988 "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza"
10. DM 24 luglio 1995: "Contenuti e modalità degli indicatori di efficienza nel Servizio sanitario nazionale" GU n. 263, 10 novembre 1995
11. Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 - DPR 23 luglio 1998: individua la prevenzione delle infezioni ospedaliere come un'area prioritaria d'intervento
12. 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

13. 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
14. Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008
15. 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
16. 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"
17. DPR del 14 gennaio 1997 requisiti minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.
18. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017"

10. 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.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=si [curezza](#) .
- WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Safe Surgery Save Live