



**AZIENDA SANITARIA LOCALE
NAPOLI 2 NORD**
Via Lupoli, 27 – 80027 Frattamaggiore (NA)
C.F. 96024110635 - P.IVA 06321661214

Deliberazione N. 565 del 31/03/2023

PROPONENTE: DIREZIONE SANITARIA

OGGETTO: Presa d'atto del Decreto Dirigenziale n. 99 del 16/12/2022. ADOZIONE Piano annuale Risk Management (PARM)-Annualità 2023

In pubblicazione dal 31/03/2023 e per il periodo prescritto dalla vigente normativa in materia (art.8 D.Lgs 14/2013, n.33 e smi)

Atto immediatamente esecutivo

U.O.C. AFFARI GENERALI

Direttore Giuseppa Caccavale

Elenco firmatari

Martina Esposito - U.O.C. AFFARI GENERALI

Monica Vanni - DIREZIONE SANITARIA

Carmela Cardella - DIREZIONE AMMINISTRATIVA

Mario Iervolino - DIREZIONE GENERALE

Redatto da

Francesco Del Gatto

IL DIRETTORE GENERALE

**Nominato con Decreto del Presidente della Giunta Regionale della Campania n.105 del
04/08/2022, in esecuzione della DGRC n. 320 del 21/06/2022**



AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 2 NORD

Via Lupoli, 27 – 80027 Frattamaggiore (NA)
C.F. 96024110635 - P.IVA 06321661214

Oggetto: Presa d'atto del Decreto Dirigenziale n. 99 del 16/12/2022. ADOZIONE Piano annuale Risk Management (PARM)-Annualità 2023

Direttore DIREZIONE SANITARIA

Premesso che con il Decreto Dirigenziale n. 99 del 16/12/2022 la Regione Campania ha approvato le Linee di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale Risk Management (PARM);

Ritenuto necessario che, per quanto definito nelle linee di indirizzo di cui al citato Decreto Dirigenziale, l'ASL Napoli 2nord si doti di un proprio PARM per l'annualità 2023;

Visto il Piano trasmesso dal Direttore della UOC Qualità e Risk management per l'annualità 2023, che allegato al presente atto ne forma parte integrale e sostanziale;

Per i motivi di cui alla narrativa, che qui si intendono integralmente riportati, e attestato che il presente provvedimento, alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Direttore Sanitario e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nella premessa, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, è regolare e legittimo, nella forma e nella sostanza, ai sensi della vigente normativa e utile per il servizio pubblico, e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della legge 20/94 e successive modifiche

P R O P O N E

- di prendere atto del Decreto Dirigenziale n. 99 del 16/12/2022 la Regione Campania ha approvato le Linee di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale Risk Management (PARM);
- di adottare il Piano annuale Risk Management (PARM)-Annualità 2023, che allegato al presente atto ne forma parte integrale e sostanziale.
- di dare mandato al Direttore UOC Qualità e Risk management di monitorare le azioni previste nel piano.
- di dare, altresì, mandato al Direttore UOC Qualità e Risk management di diffondere a mezzo mail il P.A.R.M. alle macro-articolazioni aziendali.
- di pubblicare il P.A.R.M. sul sito aziendale entro il 31/03/2023 come da D.D. 99 del 16/12/2022.
- di dare al presente atto la immediata esecutività.

**Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Monica Vanni**

IL DIRETTORE GENERALE

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Direttore Sanitario e delle risultanze degli atti tutti richiamati nella premessa, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché di espressa

Deliberazione del Direttore Generale

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



AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 2 NORD

Via Lupoli, 27 – 80027 Frattamaggiore (NA)
C.F. 96024110635 - P.IVA 06321661214

dichiarazione, mediante la sottoscrizione dello stesso da parte del proponente, della regolarità e legittimità del presente atto nella forma e nella sostanza, ai sensi della vigente normativa e utilità per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della legge 20/94, e successive modifiche;

Sentito il parere favorevole del Direttore Amministrativo

D E L I B E R A

- di prendere atto del Decreto Dirigenziale n. 99 del 16/12/2022 la Regione Campania ha approvato le Linee di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale Risk Management (PARM);
- di adottare il Piano annuale Risk Management (PARM)-Annualità 2023, che allegato al presente atto ne forma parte integrale e sostanziale.
- di dare mandato al Direttore UOC Qualità e Risk management di monitorare le azioni previste nel piano.
- di dare, altresì, mandato al Direttore UOC Qualità e Risk management di diffondere a mezzo mail il P.A.R.M. alle macro-articolazioni aziendali.
- di pubblicare il P.A.R.M. sul sito aziendale entro il 31/03/2023 come da D.D. 99 del 16/12/2022.
- di dare al presente atto la immediata esecutività.
- di trasmettere copia del presente atto a:

A cura degli Affari Generali:

- Collegio Sindacale;
- Regione Campania, c.a. dott.ssa Maria Rosaria Romano-dirigente settore Ass. Ospedaliera.

A cura della Direzione Sanitaria:

- Direttore UOC Qualità e Risk Management;
- Direttore UOC Controllo di gestione;
- Direttore UOC Formazione;
- Direttore UOC Strutture Residenziali e semiresidenziali;
- Direttori dei Presidi Ospedalieri;
- Direttore del Dipartimento Ospedaliero Area Chirurgica;
- Direttore del Dipartimento Ospedaliero Area Medica;
- Direttore del Dipartimento Materno-Infantile;
- Direttore del Dipartimento Farmaceutico;
- Dipartimento di Laboratorio;
- Direttore del Dipartimento Diagnostica per immagini;
- Direttore DSM;
- Direttore Dipartimento Dipendenze patologiche;
- Direttore UOC Tecnologie Informatiche e ingegneria clinica;
- Direttore UOC GRTT
- Direttore UOC Affari Generali;
- Direttore UOC Affari Legali;
- Direttore UOC Prevenzione e Protezione;
- Direttore del Dipartimento di Prevenzione;
- Direttori dei Distretti Sanitari;
- Direttore UOC Cure Primarie;

Deliberazione del Direttore Generale

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



AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 2 NORD

*Via Lupoli, 27 – 80027 Frattamaggiore (NA)
C.F. 96024110635 - P.IVA 06321661214*

- Direttore UOC Cure Domiciliari;
- Direttore UOC Comunicazione, Marketing URP;
- Direttore UOC Appropriatelyzza clinica e organizzativa.
- UOC GREF
- Ufficio comunicazioni e stampa per la pubblicazione del P.A.R.M. sul sito aziendale entro il 31/03/2023.

**Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Carmela Cardella**

**Il Direttore Generale
Dott. Mario Iervolino**

Deliberazione del Direttore Generale

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

P.A.R.M.

(Piano annuale Risk Management)

Anno 2023

ASL NAPOLI 2 NORD

	P.A.R.M. Piano Annuale Risk Management	Rev.00 Pag. 1 di 20 MARZO 2023
---	---	--

	NOME	FUNZIONE	DATA	FIRMA
REDAZIONE	Dott.ssa Sibilio Filomena	Direttore UOC Qualità e Risk management	29/03/2023	
APPROVAZIONE	Dott.ssa Monica Vanni	Direttore Sanitario ASL NA2 Nord	30/03/2023	

Hanno collaborato alla stesura del PARM:

- UOC Controllo di Gestione
- UOC Prevenzione e Protezione
- UOC Affari Legali
- UOC Affari Generali
- UOC Appropriatelyzza clinica e organizzativa

Sommario

1. Introduzione.....	3
1.1. Ambito di applicazione.....	3
1.2. Scadenze temporali e modalità di diffusione	3
2. Struttura del PARM	4
2.1. Contesto organizzativo	4
2.2. Relazione consuntiva sugli eventi avversi	8
2.3. Sinistrosità e risarcimenti.....	11
2.4. Attività per la prevenzione e controllo delle ICA e dell' ARM	11
3. Matrice di responsabilità	12
4. Obiettivi regionali.....	13
5. Obiettivi aziendali	13
6. Formazione.....	19
7. Azioni e modalità di adozione aziendale del PARM	19
8. Riferimenti normativi	19

1. INTRODUZIONE

La Regione Campania, nell'ottica della legge 08 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" con DD n. 99 del 16.12.2022 ha approvato il Documento denominato "Linee di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management" (PARM).

Il Piano Aziendale di Risk Management (PARM) rappresenta *"l'atto istituzionale attraverso il quale le Aziende Sanitarie, esplicitando il proprio impegno nella Gestione del Rischio Clinico, coinvolgono tutte le parti interessate al buon funzionamento del sistema sanitario: i pazienti, gli utenti, i dipendenti, il governo regionale, gli stakeholders e le istituzioni del territorio. Tale Piano è redatto annualmente su mandato delle Regioni a seguito dell'emanazione di specifiche linee guida"*.

L'ASL NA 2 Nord ha inteso recepire tale documento e, anche ai fini del miglioramento continuo della qualità e della sicurezza delle cure, ha voluto promuovere un programma annuale che intende favorire una visione più armonica ed unitaria del rischio sanitario, puntando in maniera più determinante alla diffusione delle procedure aziendali già deliberate che sono in linea alle Raccomandazioni Ministeriali e alle Linee Guida.

Le attività programmate incluse nel PARM concorrono al perseguimento degli obiettivi di miglioramento in tema di sicurezza del paziente e qualità dei servizi offerti, ma anche di appropriatezza ed economicità/ sostenibilità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali.

Pertanto, la definizione e l'adozione di un piano delle attività per la gestione del rischio clinico si propone di:

- Mettere in atto un sistema di Gestione del Rischio clinico misurabile, riproducibile ed esaustivo, che consenta a tutti gli operatori di condividere un linguaggio comune con l'obiettivo di perseguire un impatto positivo sulla qualità delle cure offerta agli assistiti e ai cittadini del comprensorio della ASL Napoli 2 Nord;
- Migliorare le conoscenze di tutti gli operatori ASL Napoli 2 Nord;
- Fornire un approccio sistemico e strutturato per l'analisi degli eventi;
- Definire standard di cura;
- Proseguire la riduzione di complicanze e mortalità prevenibili.

1.1. AMBITO DI APPLICAZIONE

Il presente piano si applica a tutte le Unità Operative dei Presidi Ospedalieri e Territoriali dell'Azienda Sanitaria Napoli 2 nord.

Il presente piano potrà essere rimodulato alla luce di mutate e sopraggiunte esigenze epidemiologiche, organizzative e normative

1.2. SCADENZE TEMPORALI E MODALITÀ DI DIFFUSIONE

Il PARM avrà validità per l'anno in corso (2023).

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

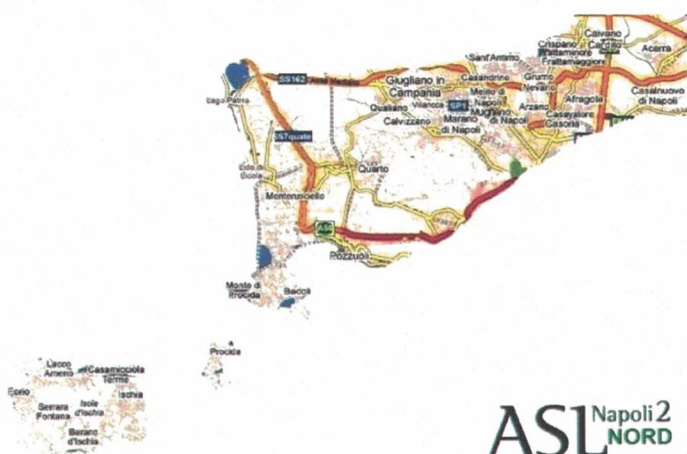
- a mezzo mail a tutti i responsabili delle macrostrutture aziendali per il tramite della UOC Qualità e Risk management;
- pubblicazione sul sito aziendale.

2. STRUTTURA DEL PARM

Lo scopo di questo documento, quindi, è quello di promuovere la crescita culturale rivolta ai cambiamenti nella pratica clinica favorendo le scelte culturali più vicine alla salute del paziente e agli operatori sanitari e sociosanitari, contribuendo così, indirettamente, ad una diminuzione dei costi delle prestazioni, favorendo infine lo sviluppo delle organizzazioni e delle strutture sanitarie sicure ed efficienti.

2.1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

L'ambito territoriale dell'A.S.L. NA2 Nord è costituito dalla zona continentale nord e nord-ovest della provincia di Napoli, confinante con la provincia di Caserta, e dall'area insulare di Procida ed Ischia. Il territorio completamente conurbato è suddiviso in 32 comuni (di cui 7 sulle isole di Ischia e Procida) con una popolazione residente al 01.01.2022 di 1.019.588 (ISTAT) abitanti, distribuiti in 411,43 Km² di superficie.



Ai sensi dell'articolo 3 del D. Lgs. n. 502/1992 come modificato dal D.lgs n.158/2012 convertito con legge n.189 del 08/11/2012, sono organi dell'azienda:

- A. il Direttore Generale
- B. il Collegio Sindacale;
- C. il Collegio di Direzione

Lo svolgimento delle funzioni direzionali è supportato da:

- Strutture di Staff
- OIV
- Organismi previsti (Conferenza dei Sindaci, Consiglio dei Sanitari, Comitato Etico, Collegio Tecnico, ecc.)

La funzione di prevenzione è presidiata dal Dipartimento di Prevenzione e si articola in:

- Prevenzione Collettiva della Salute Umana
- Prevenzione della Sanità e benessere animale

Area Territoriale

La funzione territoriale è svolta attraverso il Dipartimento di Salute Mentale, il Dipartimento delle Dipendenze Patologiche, altri Dipartimenti funzionali, i Distretti Sanitari di Base, e si articola nelle seguenti attività assistenziali:

- Assistenza Primaria
- Assistenza Consultoriale, Familiare, Pediatrica e Psicologica
- Assistenza Specialistica Ambulatoriale
- Assistenza Domiciliare
- Assistenza Protesica e Riabilitativa
- Assistenza Farmaceutica
- Assistenza Sociosanitaria
- Assistenza alle Dipendenze Patologiche
- Assistenza Residenziale, Semiresidenziale
- Hospice e RSA anziani
- Emergenza-urgenza

Il Distretto Sanitario assicura l'assistenza primaria nella rete dei servizi territoriali offrendo una risposta coordinata e continuativa ai bisogni della popolazione. Il Distretto si pone come organizzazione che realizza un elevato livello di integrazione tra le diverse strutture che erogano le prestazioni sanitarie e tra queste e i servizi socio-assistenziali e, oltre ad assicurare l'erogazione dei servizi attraverso interventi diretti di produzione o indiretti, tramite l'esternalizzazione di alcuni servizi, svolge il ruolo di regolatore della domanda di salute sulla base dell'analisi dei bisogni della popolazione e della definizione degli obiettivi.

Nella tabella seguente sono rappresentati i tredici distretti con i comuni afferenti.

Distretto	Comuni afferenti
35	Pozzuoli, Bacoli, Monte di Procida
36	Ischia, Barano d'Ischia, Forio, Lacco Ameno, Casamicciola, Serrara Fontana, Procida
37	Giugliano
38	Marano, Quarto
39	Villaricca, Qualiano, Calvizzano
40	Mugnano, Melito
41	Frattamaggiore, Frattaminore, Casandrino, Grumo Nevano, Sant'Antimo
42	Arzano, Casavatore
43	Casoria
44	Afragola
45	Caivano, Cardito, Crispano
46	Acerra
47	Casalnuovo

Area Ospedaliera

L'Azienda attraverso l'assistenza ospedaliera garantisce il trattamento di condizioni patologiche che necessitano di interventi diagnostico-terapeutici di emergenza o di urgenza, patologie acute non gestibili in ambito ambulatoriale e/o domiciliare, e condizioni patologiche di lunga durata che richiedono un trattamento diagnostico-terapeutico non erogabile in forma extraospedaliera.

Le principali attività che costituiscono il livello essenziale di assistenza ospedaliera sono identificate nelle seguenti: pronto soccorso, ricovero ordinario per acuti, day surgery, day hospital.

L'azienda svolge la propria attività per acuti attraverso cinque presidi a gestione diretta:

- Presidio Ospedaliero di Pozzuoli
- Presidio Ospedaliero di Giugliano
- Presidio Ospedaliero di Frattamaggiore
- Presidio Ospedaliero di Lacco Ameno (Ischia)
- Presidio Ospedaliero di Procida

Il totale dei posti letto per acuti attivi per i 5 presidi a gestione diretta è pari a 555 p.l. per i ricoveri ordinari e 94 p.l. per i ricoveri a ciclo diurno, ripartiti per le singole discipline. Tutti i presidi sono dotati di Pronto soccorso.

L'Azienda sanitaria locale Napoli 2 Nord è un'azienda sanitaria pubblica che comprende i seguenti ospedali aziendali – Ischia, Pozzuoli, Giugliano, Frattamaggiore – e uno stabilimento distaccato – il Presidio di Procida – dotati di Pronto Soccorso sulle 24h. Inoltre ad Acerra la Clinica Privata convenzionata Villa dei Fiori ha un proprio Pronto Soccorso, integrato nella rete dell'emergenza regionale.

L'Ospedale di Pozzuoli, Santa Maria delle Grazie, sede di DEA di II livello, presenta un maggior numero di specialità e si qualifica come Centro di riferimento per la gestione di diverse patologie.

Al P.O. Santa Maria delle Grazie di Pozzuoli fa capo anche l'ospedale distaccato Gaetanina Scotto di Procida.

L'Ospedale di Lacco Ameno (Ischia), l'Anna Rizzoli, è classificato come ospedale isolano sede di Pronto soccorso, ed è strutturato per la gestione della prima emergenza e per il trattamento di casi a bassa-media complessità.

L'Ospedale di Giugliano, "San Giuliano", sede di DEA di I livello, è inserito nella rete dell'emergenza ed è centro HUB di riferimento per la Terapia del dolore.

L'Ospedale di Frattamaggiore, "San Giovanni di Dio", sede di Pronto soccorso, è parte della rete dell'emergenza regionale ed è dotato delle strutture utili per la gestione dell'emergenza ed il trattamento delle patologie a bassa e media complessità.

Tabella 1 – Dati Strutturali

ASL NAPOLI 2 NORD	
DATI STRUTTURALI	
Indicatore	Riferimento
Estensione Territoriale	411,43 km ²
Popolazione Residente	n.1.019.588 al 01/01/2022 (ultima rilevazione consolidata resa disponibile dall'ISTAT)
Distretti Sanitari	n. 13
Presidi Ospedalieri Pubblici	n. 5
Posti letto Ordinari totali	n. 555 (incluso i p.l. richiesti in dettaglio sulle successive voci)
Posti letto ordinari area medica	n. 306 (incluso 46 Nido)
Posti letto ordinari area chirurgica	n. 249
Posti letto diurni	n. 94 (di cui 56 DH e 38 DS)
Servizi trasfusionali	-
Blocchi operatori	n. 9
Sale operatorie	n. 21
Terapie intensive	n. 4
UTIC	n. 21
Dipartimenti strutturali	n. 3
SPDC	n. 28 (di cui 26 Ordinari e 2 DH)
Altri posti letto	n. 29 terapia intensiva; n. 2 terapia intensiva covid; n. 25 sub-intensiva covid;
DATI ATTIVITA' AGGREGATI	
Indicatore	Riferimento
Ricoveri Ordinari	n. 25.345
Accessi PS	n. 155.714
Branche Specialistiche	n. 25 se ci si riferisce alle discipline attive dei ricoveri
Ricoveri Diurni	n. 7.610
Parti	n. 2.429
Prestazioni ambulatoriali erogate da presidi pubblici (solo P.O.)	n. 234.526

2.2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI

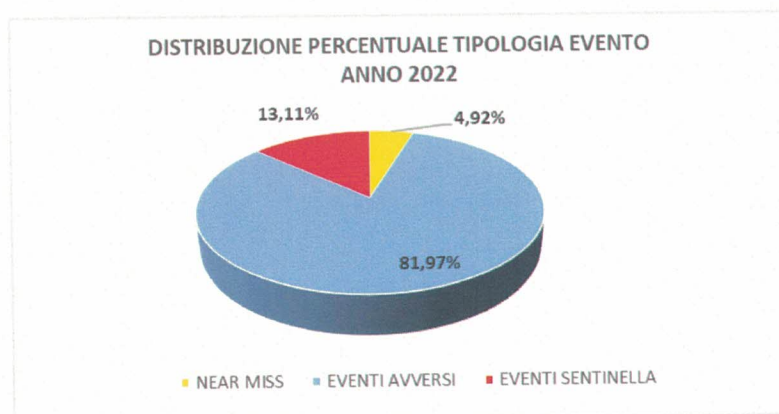
La Legge 8 Marzo 2017 n. 24 che riguarda la “ *Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*”, ha indirizzato la nostra Azienda nella redazione di una relazione consuntiva annuale riguardante tutte le attività che in questi ultimi anni hanno portato all’attivazione di sistemi di segnalazione interna anche specifici di maggiore rilevanza nazionale e regionale (come ad esempio la violenza su operatore). Dalle segnalazioni pervenute sono emerse evidenze che hanno fatto mettere in campo misure migliorative, finalizzate al miglioramento della sicurezza del paziente e della qualità delle cure.

E’ attivo un sistema di “incident reporting”. Nel corso degli anni sono stati implementati sistemi di segnalazione interna di sistemi specifici di maggiore rilevanza nazionale e regionale (es. cadute).

Complessivamente le rilevazioni di eventi e quasi eventi avversi/near miss effettuate attraverso il sistema di reporting nell’anno 2022 sono n. 61 ricondotte alle tipologie così come di seguito riportate:

1. N. 3 NEAR MISS
2. N. 50 Eventi avversi
3. N. 8 Eventi sentinella

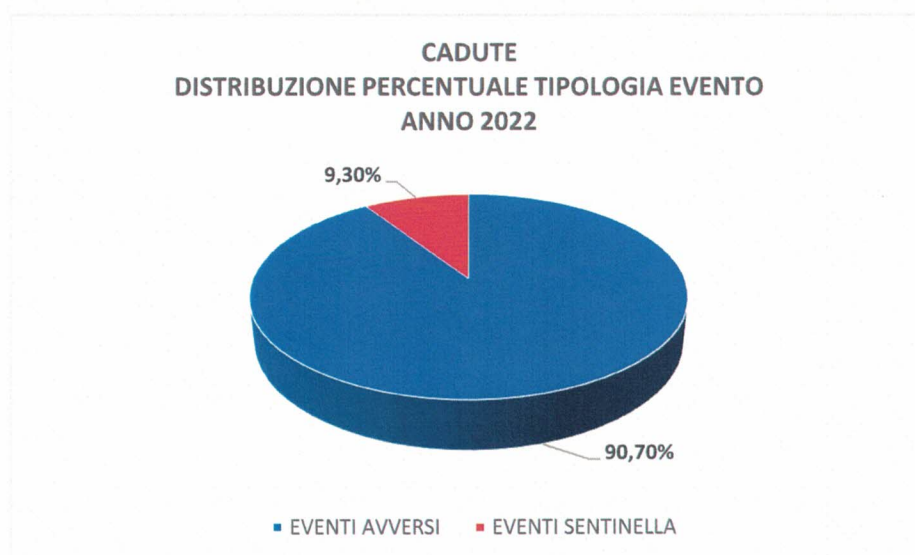
Nel grafico seguente è riportata la distribuzione percentuale per categoria-evento



I NEAR MISS sono riconducibili a processi di natura organizzativa e procedurale dei percorsi di presa in carico del paziente.

Le cadute si confermano come l’evento maggiormente segnalato con n. 43 segnalazioni, il 70% del totale, di cui n. 4 Eventi sentinella e n. 39 eventi avversi.

Nel grafico seguente è riportata la distribuzione percentuale delle “Cadute” per categoria-evento.



Seguono le aggressioni agli operatori con n. 15 segnalazioni, il 25% del totale, di cui n. 4 Eventi sentinella e n. 11 eventi avversi.

Nella tabella sottostante sono elencate le percentuali dei fattori causali/contribuenti negli eventi sottoposti ad analisi.

fattori causali/contribuenti	Percentuale negli eventi sottoposti ad analisi
STRUTTURALI	9,8%
TECNOLOGICI	6,6%
ORGANIZZATIVI	37,8%
PROCEDURE	52,4%

Per le segnalazioni prese in esame e per le quali si sono rilevate criticità, sono state attivati audit o altri strumenti per facilitare l'identificazione di azioni di miglioramento.

Tra le azioni di miglioramento si annoverano corsi di formazione, prevalentemente sul campo, per poter coinvolgere anche il personale neo assunto ed altre misure individuate dagli audit o dai monitoraggi delle cartelle cliniche come:

- ✓ miglioramento della comunicazione;
- ✓ miglioramento delle dotazioni strutturali e tecnologiche;
- ✓ incremento del monitoraggio per i pazienti ad alto rischio di caduta;
- ✓ disponibilità dello sportello di ascolto psicologico a supporto degli operatori;
- ✓ disponibilità di supporto psicologico per gli operatori vittime di violenza, anche attraverso focus group.

Tali azioni in parte risultano già monitorate ed a pieno regime, altre risultano ancora in corso di monitoraggio.

Inoltre sul fenomeno “Violenza su operatore” è in fase di implementazione un tavolo aziendale ad hoc.

Nel corso del 2022 nei Presidi ospedalieri sono stati individuati i referenti/facilitatori “Rischio clinico” per ogni unità operativa, al fine di creare una rete con la UOC Qualità e Risk management per le attività correlate con una migliore capillarizzazione delle informazioni.

Tabella 2 – Eventi 2022

Tipo di evento	Numero e % sul totale degli eventi	% di cadute nella categoria di eventi	Principali fattori causali/contribuenti ^(A)	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near miss	3; 4.92%	/	Strutturali (9.8%)	Strutturali (4.5%)	Sistema di reporting (100%)
Eventi Avversi	50; 81.97%	78%	Tecnologici (6.6%) Organizzativi (37.8%)	Tecnologici (6.6%) Organizzativi (37.8%)	
Eventi Sentinella	8; 3.11%	50%	Procedure (52.4%)	Procedure (52.4%)	

* con riferimento all’anno precedente alla nuova del PARM

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

2.3. SINISTROSITÀ E RISARCIMENTI

In riferimento ai risarcimenti erogati si riporta, di seguito la tabella relativa ai dati dell'ultimo quinquennio.

Anno	N. sinistri aperti	N. sinistri liquidati	Risarcimenti erogati
2018	47	6	123.097,33
2019	148	9	633.873,66
2020	54	5	390.751,95
2021	114	3	2.210.644,72
2022	99	12	1.684.854,30
Totale	462	33	5.043.221,96

Dati trasmessi dalla UOC Affari Legali

I risarcimenti si riferiscono a quelli complessivamente erogati nell'anno indicato, indipendentemente dalla data di apertura o dell'evento, così come aggiornati al 06.03.2023. I risarcimenti elencati nella tabella si riferiscono a periodi in cui l'Azienda era in auto assicurazione.

Copertura assicurativa (art.10 comma 4 della L.24/2017)

La decorrenza della copertura assicurativa è dal 31.12.2021

Denominazione dell'Impresa assicurativa che presta la copertura assicurativa R.C.T.O.:	AmTrust Assicurazioni SpA
Clausole assicurative specifiche:	- retroattività di anni 10; - franchigia per sinistro SIR*

2.4. ATTIVITÀ PER LA PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE ICA E DELL'ARM

L'ASL Na 2 Nord partecipa ai Sistemi di Sorveglianza attivati dalla Regione Campania per le ICA e per le antibiotico- resistenze i cui dati confluiscono nella piattaforma Regionale ICAARO Web.

Infezioni Correlate all'Assistenza

I PP.OO. della ASL sorvegliano le Infezioni Correlate all'Assistenza attraverso la realizzazione sia della sorveglianza delle Infezioni del Sito Chirurgico (dal 2008) sia dello Studio di Prevalenza delle ICA e dell'Uso degli Antibiotici negli Ospedali per Acuti (dal 2011).

- Protocollo di Sorveglianza delle Infezioni del Sito Chirurgico: prevede la rilevazione di dati, mediante una apposita scheda, in modo prospettico per i pazienti sottoposti a uno

degli interventi chirurgici selezionati. Le schede di sorveglianza, debitamente compilate vengono informatizzate su piattaforma Regionale ICAAROWeb;

- Studio di Prevalenza sulle ICA e sull'uso degli antibiotici negli Ospedali per acuti: i presidi ospedalieri aziendali partecipano dal 2011 allo Studio di Prevalenza, basato su un Protocollo europeo standardizzato. I dati raccolti permettono di descrivere pazienti, procedure invasive, infezioni (siti, microrganismi coinvolti inclusi i markers di resistenza antibiotica) e antibiotici prescritti (composti, indicazioni d'uso). Le rilevazioni previste dallo Studio di Prevalenza sono realizzate in tutti i PP.OO. della ASL nelle finestre di monitoraggio indicate dalla Regione Campania utilizzando il Protocollo ECDC 2016-2017 ed informatizzando i dati raccolti su piattaforma Regionale ICAAROWeb;

Antibiotico Resistenza

L'ASL sorveglia l'Antibiotico Resistenza attraverso il Sistema Regionale delle Antibiotico Resistenze (SIREAR) e contribuisce alle reti sovra locali AR-ISS e EARS-NET.

- Sistema Regionale di Sorveglianza dell'Antibiotico Resistenza (Si.Re.Ar.): assicura con regolarità le rilevazioni sull'antibiotico resistenza. Al Si.Re.Ar. aderiscono i 4 laboratori ospedalieri aziendali, i dati di sorveglianza sulle antibiotico-resistenze vengono trasmessi dai Laboratori direttamente nella piattaforma Regionale ICAAROWeb.

Flusso CRE

A seguito della Circolare Ministeriale - Prot. 0001479-17/01/2020- DGPRES-DGPRES-P "2019 - Aggiornamento delle indicazioni per la sorveglianza ed il controllo delle infezioni da CRE" e delle Indicazioni Regionali – Decreto Dirigenziale n.37 del 2020, Allegato tecnico 1, la ASL ha adottato con del. n.1801 del 22/11/2021 la "Procedura generale per la sorveglianza e il controllo delle infezioni da batteri produttori di Carbapenemasi" - I Rev. Procedura di cui alla del.1337/2017.

L'attivazione della segnalazione delle batteriemie da Enterobatteri Resistenti ai Carbapenemi, che raccoglie informazioni sulle misure di controllo poste in essere e sugli esiti a 90 giorni, consente il popolamento di un flusso informativo su piattaforma Regionale ICAAROWeb che trasmette i dati richiesti dal Protocollo AR-ISS all'Istituto Superiore di Sanità.

3. MATRICE DI RESPONSABILITÀ

La realizzazione del PARM riconosce sempre almeno due specifiche responsabilità:

- Quella del Risk Manager che lo redige e ne monitora l'implementazione;
- Quella delle Direzioni Apicali Aziendali che si impegnano ad adottarlo ed a fornire al Risk Manager e all'organizzazione aziendale le risorse e le opportune direttive (ad esempio la definizione di specifici obiettivi di budget), per la concreta realizzazione delle attività in esso previste.

	P.A.R.M. Piano Annuale Risk Management	Rev.00 Pag. 13 di 20 MARZO 2023
---	---	---

Di seguito la matrice delle responsabilità del PARM dell'ASL NA 2 NORD

	UOC Qualità e Risk management	DS	DG	DA	STRUTTURE AZIENDALI
REDAZIONE PARM	R	C	C	C	C
ADOZIONE DEL PARM	I	C	R	C	I
MONITORAGGIO DEL PARM	R	C	C	C	C
ANALISI E VALUTAZIONI	R	C	C	C	C

LEGENDA: RM = Risk Manager, DS = Direttore Sanitario; DG = Direttore Generale; DA = Direttore Amministrativo. R = Responsabile; C = Coinvolto; I=Informato

4. OBIETTIVI REGIONALI

Gli obiettivi regionali strategici definiti a livello regionale per il 2023 sono:

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 delle Strutture
4. Favorire la partecipazione alle attività regionali in tema di Risk Management

5. OBIETTIVI AZIENDALI

Nel recepire gli obiettivi regionali di seguito sono declinate le seguenti azioni per ciascun obiettivo.

OBIETTIVO 1: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure

In merito all'obiettivo 1, l'ASL ha già inserito nel Piano formativo aziendale adottato con Atto Deliberativo del Direttore Generale n. 481 del 15/03/2023 i corsi di formazione aziendali, tra cui sono ricompresi i corsi di seguito elencati che rappresentano un elemento pregnante ai fini di una visione unitaria delle raccomandazioni ministeriali e procedure già adottate dall'azienda.

La formazione nell'ambito del Risk Management riveste importanza rilevante. L'approccio formativo sarà interdisciplinare con il coinvolgimento di tutte le tipologie di professionisti per tematica, permettendo lo sviluppo della cultura della sicurezza.

Saranno oggetto di discussione successivamente con i referenti individuati in modo da garantire una sensibilizzazione ed una diffusione capillare ed uniforme.

Inoltre, è in fase di implementazione l'applicativo informatico TALETEWEB, sul quale è prevista la formazione specifica agli operatori coinvolti.

Nello specifico si annoverano le tematiche che verranno affrontate nell'anno 2023 per la parte relativa al rischio clinico.

Attività 1.1	Corso di formazione “prevenzione del rischio caduta”
Indicatore	Almeno 1 delle 2 edizioni programmate entro il 31.12.2023
Standard	1

Attività 1.2	“La gestione del rischio clinico nell’ASL Napoli 2 nord: formazione dei referenti aziendali”	
Indicatore	Almeno 2 delle 4 edizioni programmate entro il 31.12.2023	
Standard	2	
MATRICE DI RESPONSABILITA’ per le attività 1.1 e 1.2		
	UOC Qualità e Risk management	UOC Formazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	R

Attività 1.3	Corso di Formazione “Prevenzione morte materna correlata a travaglio e/o parto-Prevenzione mortalità neonatale: Raccomandazioni Ministeriali 6 e 16 e Procedure Aziendali”		
Indicatore	Almeno 1 delle 2 edizioni programmate entro il 31.12.2023		
Standard	1		
MATRICE DI RESPONSABILITA’ per l’attività 1.3			
	UOC Qualità e Risk management	Dipartimento materno-infantile	UOC Formazione
Progettazione del corso	R	R	I
Accreditamento del corso	C	C	R
Esecuzione del corso	R	R	R

Attività 1.4	Corso di Formazione: “La sicurezza del paziente nella prescrizione, preparazione e somministrazione della terapia farmacologica”		
Indicatore	Almeno 1 delle 2 edizioni programmate entro il 31.12.2023		
Standard	1		
MATRICE DI RESPONSABILITA’ per l’attività 1.4			
	UOC Qualità e Risk management	Dipartimento Farmaceutico	UOC Formazione
Progettazione del corso	R	R	I
Accreditamento del corso	C	C	R
Esecuzione del corso	R	R	R

Attività 1.5	Progetto Formativo Aziendale: “La prevenzione della violenza su operatore”		
Indicatore	Almeno 4 delle 6 edizioni programmate entro il 31.12.2023		
Standard	1		
MATRICE DI RESPONSABILITA’ per l’attività 1.5			
	UOC Prevenzione e Protezione	UOC Qualità e Risk management	UOC Formazione
Progettazione del corso	R	C	I
Accreditamento del corso	C	I	R
Esecuzione del corso	R	C	R

Per la lotta e la prevenzione delle ICA e delle AMR sono programmati anche per il 2023 corsi specifici

Attività 1.6	Corso di Formazione “Prevenzione delle ICA e delle AMR”		
Indicatore	Almeno 1 delle 3 edizioni programmate entro il 31.12.2023		
Standard	1		
MATRICE DI RESPONSABILITA’ per l’attività 1.6			
	UOC Epidemiologia e Prevenzione	UOC Qualità e Risk management	UOC Formazione
Progettazione del corso	R	R	I
Accreditamento del corso	C	C	R
Esecuzione del corso	R	R	R

Attività 1.7	Corso di Formazione:”Sorveglianza e controllo delle infezioni da batteri produttori di Carbapenemi”	
Indicatore	Almeno 1 delle 2 edizioni programmate entro il 31.12.2023	
Standard	1	
MATRICE DI RESPONSABILITA’ per l’attività 1.7		
	UOC Qualità e Risk management	UOC Formazione
Progettazione del corso	R	I
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	R

OBIETTIVO 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.

Attività 2.1	Monitoraggio near miss, eventi avversi, eventi sentinella e inserimento in piattaforma SIMES.	
Indicatore	n. segnalazioni pervenute/numero prese in carico	
Standard	100%	
MATRICE DI RESPONSABILITA' per l'attività 2.1		
	UOC Qualità e Risk management	Direzioni Macrostrutture/UOC
Presa in carico delle segnalazioni pervenute	R	C

Attività 2.2	Prevenzione delle infezioni correlate all’assistenza (ICA)			
Indicatore	Revisione procedura prevenzione delle infezioni del sito chirurgico – Obiettivo n.11 del “Manuale per la Sicurezza in Sala Operatoria”			
Standard	1			
MATRICE DI RESPONSABILITA’ per l’attività 2.2				
	GdL	UOC Qualità e Risk management	UOC Appropriatelyzza clinica e organizzativa	CIO Aziendale e Comitato AMR
Revisione della procedura aziendale Del. N. 1054/2017	R	C	C	
Verifica		R	R	
Approvazione				R

Attività 2.3	Raccomandazioni/Linee Guida per il corretto uso degli antibiotici
Indicatore	Attivazione almeno di un tavolo per area tematica
Standard	1
Strutture coinvolte	Direzione sanitaria/Comitato aziendale AMR

Attività 2.4	Monitoraggio semestrale check-list chirurgica
Indicatore	Almeno 20 per presidio ospedaliero (check list prodotte/check list richieste)
Standard	100%

Attività 2.5	Monitoraggio semestrale SUT per area medica, chirurgica, critica
Indicatore	Almeno 30 per presidio ospedaliero
Standard	100%

Attività 2.6	Monitoraggio campione schede CHEK LIST e CONLEY per “Prevenzione del rischio di caduta”
Indicatore	Almeno 20 per presidio ospedaliero (check list prodotte/check list richieste)
Standard	100%

MATRICE DI RESPONSABILITA' per le attività 2.4, 2.5, 2.6		
	UOC Qualità e Risk management	Direzioni di Presidio/struttura
Richiesta monitoraggio	R	I
Monitoraggio	C	R
Verifica e Archiviazione	R	I

Attività 2.7	Monitoraggio aziendale delle segnalazioni da batteriemie carbapenemasi produttori
Indicatore	Monitoraggio semestrale su piattaforma dedicata
Standard	100%

MATRICE DI RESPONSABILITA' per le attività 2.7			
	Referente aziendale ICA e AMR UOC Qualità e Risk management	Direzioni di Presidio/struttura	Direzione Sanitaria/CIO Aziendale
Monitoraggio	R	C	I
trasmissione risultati	R	I	I

Attività 2.8	Revisione del Documento Aziendale sul "Consenso Informato"
Indicatore	Documento revisionato
Standard	100%

MATRICE DI RESPONSABILITA' per l'attività 2.8				
	GdL	UOC Qualità e Risk management	UOC Medicina Legale	Direzione Sanitaria
Revisione	R	C	C	C
Verifica	C	R	R	C
Approvazione	C	C	C	R

OBIETTIVO 3: Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle Strutture. A tal fine sono previste, per l'anno in corso, le seguenti azioni:

Attività 3.1	Processo di Audit clinico-organizzativi proattivi con i Referenti del Rischio Clinico area ospedaliera
Indicatore	Organizzazione di almeno 4 audit entro il 31/12/2023
Standard	100%
Struttura responsabile	UOC Qualità e Risk management

Attività 3.2	Implementazione dello sportello di ascolto per gli operatori
Indicatore	Evasione delle richieste che giungono allo psicologo dedicato
Standard	100%
Struttura responsabile	UOC Prevenzione e Protezione

Attività 3.3	Attività del Team rischio clinico. Riunioni e confronti su tematiche del rischio clinico
Indicatore	Numero riunioni fatte/numero riunioni programmate
Standard	100%

Attività 3.4	Istituzione tavolo aziendale sulla violenza
Indicatore	Documento di istituzione
Standard	100%
Strutture coinvolte	Direzione sanitaria/UOC Prevenzione e protezione/UOC Qualità e Risk management

OBIETTIVO 4. Favorire la partecipazione alle attività regionali in tema di Risk Management

Attività 4.1	Monitoraggio dell'implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali
Indicatore	Report dati con evidenza delle criticità
Standard	100%
Strutture responsabili/coinvolve	UOC Qualità e Risk management/Direzioni di macrostruttura/Unità operative

Attività 4.2	Alimentazione del flusso Ministeriale
Indicatore	Compilazione corretta scheda A e scheda B degli eventi sentinella segnalati su piattaforma
Standard	100%
Struttura	UOC QRM-Referente SIMES sezione eventi sentinella

Attività 4.3	Partecipazione ai tavoli tecnici regionali
Indicatore	Numero presenze/numero convocazioni
Standard	100%
Struttura coinvolta/figura coinvolta	UOC Qualità e Risk management-Referente aziendale Rischio clinico

6. FORMAZIONE

La formazione nell'ambito del Risk Management riveste importanza rilevante.

L'approccio formativo sarà interdisciplinare con il coinvolgimento di tutte le tipologie di professionisti per tematica, permettendo lo sviluppo della cultura della sicurezza.

Saranno oggetto di discussione successivamente con i referenti individuati in modo da garantire una sensibilizzazione ed una diffusione capillare ed uniforme.

Verrà realizzato il monitoraggio delle attività formative effettuate rispetto a quelle programmate. I corsi su elencati sono frutto di un'analisi dei bisogni formativi emersi in corso di audit, incontri con gli operatori e dall'esigenza di diffondere i contenuti delle raccomandazioni e procedure aziendali visto anche il turnover del personale.

E' in fase di implementazione l'applicativo informatico TALETEWEB, sul quale è prevista la formazione specifica agli operatori coinvolti.

7. AZIONI E MODALITÀ DI ADOZIONE AZIENDALE DEL PARM

Il PARM è adottato con atto deliberativo aziendale del Direttore Generale; dopo la sua adozione verrà pubblicato sul sito aziendale.

8. RIFERIMENTI NORMATIVI

- D. Lgs. 502/92: Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421;
- D.P.R. 14/01/1997: 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: Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro - Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro;
- Circolare Ministeriale n.52/1985: "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
- Circolare Ministeriale n. 8/1988: "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";
- D.M. 24 luglio 1995: "Contenuti e modalità degli indicatori di efficienza nel Servizio sanitario nazionale" GU n. 263, 10 Novembre 1995;

- 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;
- Piano Nazionale di contrasto all'antibiotico resistenza 2017-2020;
- Legge 8 marzo 2017, n. 24. “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”. (GU n.64 del 17-3-2017);
- Rapporti ISS COVID-19 Istituto Superiore di Sanità;
- DGRC 1715/2007 (BURC n.55 del 22/10/2007): Approvazione del Piano Regionale di Prevenzione e Controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria;
- Delibera Regione Campania 123/2010: Aggiornamento delle linee di indirizzo regionali sull'antibiotico profilassi perioperatoria;
- Rapporto 2019 sull'antibiotico resistenza e sull'uso degli antibiotici rilevati nelle *Strutture Pubbliche* del Sistema Sanitario della Campania.