



ANNO 2023

Rev. 0
Del 31/12/2022

**PIANO ANNUALE
RISK MANAGEMENT**

Pagina 1 di 8

P.A.R.M.
PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT

REV.	DATA	NOTA DI REVISIONE
0	31/12/2022	Prima emissione

	NOME	FUNZIONE	DATA	FIRMA
REDAZIONE	BRIGHINA GIUSEPPE	DS/RISK MANAGER	31/12/22	
APPROVAZIONE	CIMMINIELLO GIUSEPPINA	AM	31/12/22	



ANNO 2023

Rev. 0
Del 31/12/2022

**PIANO ANNUALE
RISK MANAGEMENT**

Pagina 2 di 8

LISTA DI DISTRIBUZIONE (secondo organigramma in vigore)

<i>Destinatario</i>	<i>Copia controll. n°</i>		<i>Rev.</i>	<i>Data consegna</i>	<i>Firma per ricevuta</i>
AM/RSQ	1		0	31/12/2022	
Medici e Tecnici				31/12/2022	
	2		0		
Segreteria	2		0	31/12/2022	



PREMESSA

Il seguente Piano Annuale di Risk Management viene elaborato in virtù delle Legge 24/2017 e del D.D. 99 del 16-12-2022. Lo scopo della L.D.C di G.Cimminiello è quello di tenere traccia degli eventi avversi dell'anno, ma soprattutto di migliorare la sicurezza clinico-gestionale, nell'interesse del paziente. Il piano tiene conto non solo degli eventi avversi che si sono verificati, ma anche e soprattutto dei potenziali rischi, ciascuno collegato a una determinata area di interesse, e delle azioni intraprese per contenerli. Il piano è redatto dalla Direzione, con un coinvolgimento di tutte le figure. La figura del Risk Manager, infatti, non solleva le altre figure assistenziali dalla propria responsabilità, ma le coordina e le sensibilizza.

Il seguente P.A.R.M. è stato elaborato sulla base delle linee guida redatte dalla Regione Campania, e allegate al sopracitato D.D. 99.

1.1 CONTESTO ORGANIZZATIVO

Il Laboratorio di Diagnostica Cardiovascolare che per semplificare chiameremo **LDC** è una struttura autorizzata ed accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale che effettua prestazioni cardiologiche. Inoltre c'è la possibilità di richiedere prestazioni in regime privatistico. L'attività è rivolta a prestazioni cardiologiche e vascolari, con il supporto di qualificate professionalità. La struttura è dotata della più avanzata strumentazione sanitaria e si avvale di uno staff medico di comprovata esperienza professionale. I sistemi impiantistici sono certificati dalle ditte esecutrici e dal responsabile della sicurezza.

l'unione delle tre fondamentali dimensioni della qualità (qualità professionale, qualità percepita e qualità gestionale-organizzativa).

La Direzione è, infatti, consapevole che la capacità di raggiungere buoni livelli di qualità dipende dalla combinazione di tre ambiti di sviluppo relativi a:

- operatori sanitari
- paziente/utente/cliente
- organizzazione

Di conseguenza, l'efficacia clinica delle prestazioni e la loro appropriatezza, diventano strumenti operativi per il conseguimento della qualità dell'assistenza; attraverso la conoscenza e il monitoraggio dei fenomeni si possono indirizzare e regolare le funzioni assistenziali al fine di migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria.



1.1.1 DATI DI ATTIVITA'

La Tipologia ed volume delle attività "erogabili" sono commisurate alle risorse disponibili (umane - tecnologiche e strutturali), al numero di prestazioni assegnante (COM), in linea con le disposizioni Regionali [D.G.R.C. 3958/01 (sezione A) e succ. int. e modif. - Regolamento n° 1/2007] e ai vincoli fissati dalla programmazione regionale relativi ai limiti massimi di spesa (ultimo budget assegnato in Decreto Regionale).

Branca	Cardiologia
Medici specialisti	4
Regime	Ambulatoriale
Prestazioni erogate nel 2022	11186

Di seguito vengono elencate le prestazioni che vengono effettuate:

- VISITA CARDIOLOGICA
- ELETTROCARDIOGRAMMA
- ECG DINAMICO SECONDO HOLTER
- MONITORAGGIO CONTINUO DELLA PRESSIONE ARTERIOSA
- TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO SU PEDANA MOBILE
- ECOGRAFIA CARDIACA
- ECODOPPLER CARDIACO
- ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA
- ECOCOLORDOPPLERGRAFIA DELL'AORTA ADDOMINALE
- ECOCOLORDOPPLER ARTERIOSO E VENOSO DEI 4 ARTI
- ECOCOLORDOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOPRAORTICI

2. RELAZIONE CONSUNTIVA DEGLI EVENTI AVVERSI

Nell'ultimo anno non si segnalano eventi avversi, né near miss.

Gli eventi avversi sono danni procurati ai pazienti almeno in parte dai trattamenti medici. Gli eventi avversi in ambito sanitario sono per la loro natura indesiderabili, non intenzionali e dannosi per il malato.

I near miss (quasi incidenti) sono eventi causati da un errore, che avrebbero potuto diventare un incidente, ma che grazie all'intervento tempestivo degli operatori non hanno avuto conseguenze sul paziente o ne hanno avute solo di minima entità. Tutti gli operatori della struttura vengono adeguatamente formati e sensibilizzati sull'importanza della segnalazione sia di eventi avversi che di near miss, al fine di un pronto intervento per identificare e a applicare le necessarie misure.

Il sistema di gestione della struttura è dotato di procedure e di linee guida, correlate da un'adeguata modulistica per la gestione, la segnalazione e la comunicazione degli eventi avversi e dei near miss.

L'approccio utilizzato nell'attività di rilevazione e monitoraggio è di tipo:



- o Non punitivo: il sistema di report creato non ha lo scopo di individuare un colpevole
- o Confidenziale: le informazioni saranno utilizzate solo per analisi di rischio
- o Indipendente: dall'autorità giudiziaria e dalla direzione dell'azienda
- o Analisi esperta: mirata ad individuare soluzioni per i problemi più frequentemente rilevati
- o Tempestivo: i feed-back alle informazioni raccolte saranno quanto più tempestivi possibili
- o Orientato al sistema: piuttosto che al singolo operatore ed alle sue responsabilità

L'attività di gestione del rischio clinico si fonda in primis sulla valutazione dei report e sulla loro analisi scientifica, per questo è necessario che ogni operatore sia coinvolto e collabori a questa iniziativa.

2.1 EVENTI SEGNALATI

Tabella-Eventi Segnalati nel 2022

TIPO DI EVENTO	NUMERO E PERCENTUALE SUL TOTALE EVENTI	% DI CADUTE ALL'INTERNO DELLA CATEGORIA DI EVENTO	FATTORI CAUSALI/ CONTRIBUTENTI	AZIONI DI MIGLIORAMENTO	FONTI DEL DATO
NEAR MISS	0-0%	0			Sist di reporting (100%)
EVENTI AVVERSI	0-0%	0			Sist di reporting (100%)
EVENTI SENTINELLA	0-0%	0			Sist di reporting (100%)

2.2 SINISTROSITA' E RISARCIMENTI

In ottemperanza di quanto stabilito dalla Legge n. 24/2017, art 2 comma 5, si precisa che negli ultimi 5 anni non si sono verificati sinistri a danno dei pazienti e non sono stati versati risarcimenti.

Tabella- Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio

ANNO	N. SINISTRI APERTI	N. SINISTRI LIQUIDATI	RISARCIMENTI EROGATI
2018	0	0	0
2019	0	0	0
2020	0	0	0
2021	0	0	0
2022	0	0	0



3. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Di seguito si riportano i ruoli e le responsabilità nella redazione, adozione e condivisione e applicazione del presente PARM:

Risk manager e Direttore sanitario: Dr. Giuseppe Brighina

Amministratore: Sig.ra Giuseppina Cimminiello

RSQ: Dott.ssa Roberta Brighina

Tabella- MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

AZIONE	RISK MANAGER	AMMINISTRATORE	STRUTTURE DI SUPPORTO
REDAZIONE PARM	R	C	C
ADOZIONE PARM	C	R	C
MONITORAGGIO PARM	R	C	I

Legenda: R=Responsabile C=Coinvolto I=Interessato

4. OBIETTIVI

La struttura tiene conto degli obiettivi regionali, che sono i seguenti:

- I. Favorire la diffusione della sicurezza delle cure
- II. Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa;
- III. Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.

Alla luce di questi obiettivi regionali, si sviluppano i seguenti obiettivi della struttura:

OBIETTIVO 1: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE
ATTIVITA': Progettazione ed esecuzione di corsi di aggiornamento sulla gestione del Rischio
INDICATORE: Esecuzione di un corso di aggiornamento entro Dicembre 2023
STANDARD: 1 corso

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

AZIONE	RISK MANAGER	RESPONSABILE FORMAZIONE
Progettazione corso	R	C
Esecuzione corso	C	R



ANNO 2023

Rev. 0
Del 31/12/2022

**PIANO ANNUALE
RISK MANAGEMENT**

Pagina 7 di 8

OBIETTIVO 2: MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI

ATTIVITA': Monitoraggio Near miss, eventi avversi, eventi sentinella e inserimento in piattaforma SIMES.

INDICATORE: N. di segnalazioni pervenute prese in carico

STANDARD: 100%

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Risk Manager	Referente SIMES (Legale Rappresentante)
Rilevazione	R	R
Comunicazione	C	R

OBIETTIVO 3: FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE

ATTIVITA': Sviluppo e aggiornamento di procedure destinate a tutti gli operatori

INDICATORE: Revisione procedure

SANDARD: 100% Procedure revisionate

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

AZIONE	RISK MANAGER	RSQ
Revisione procedure	C	R
Condivisione con relativi responsabili delle procedure	I	R
Sensibilizzazione del Personale	R	C
Verifica Applicazione	C	R

5. FORMAZIONE

A inizio 2023 verrà emesso nuovo piano di addestramento annuale, che prevede almeno 1 corso sulla gestione dell'evento avverso.



ANNO 2023

Rev. 0
Del 31/12/2022

**PIANO ANNUALE
RISK MANAGEMENT**

Pagina 8 di 8

6. AZIONI

Il presente P.A.R.M. verrà pubblicato sul sito www.studiomedicobrichina.it