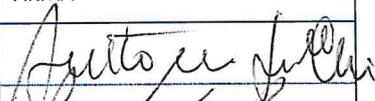
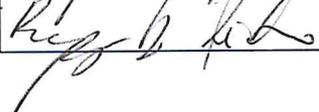


**"PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT - 2023"**

	NOME	FUNZIONE	DATA	FIRMA
REDAZIONE	Antonio La Cerra	DSAN/Risk Manager	21.03.2023	
VERIFICA	Ruggiero Di Pietro	Direzione Generale	21.03.2023	
APPROVAZIONE	Ruggiero Di Pietro	Direzione Generale	21.03.2023	

## Sommario

<b>1</b>	<b>INTRODUZIONE</b> .....	3
<b>2</b>	<b>CONTESTO</b> .....	3
2.1	L'azienda.....	3
2.2	Mission e vision aziendale .....	4
2.3	Risk Manager e l'Unità di Valutazione.....	5
2.4	Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati.....	5
2.5	Sinistrosità e risarcimenti .....	6
2.6	Reclami/Suggerimenti dei cittadini .....	6
<b>3</b>	<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT</b> .....	6
<b>4</b>	<b>OBIETTIVI</b> .....	7
<b>5</b>	<b>ATTIVITÀ</b> .....	7
<b>6</b>	<b>MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT</b> .....	8
<b>7</b>	<b>RIFERIMENTI NORMATIVI</b> .....	8
<b>8</b>	<b>BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA</b> .....	9
<b>9</b>	<b>NOTIFICA DEGLI EVENTI AVVERSI - SINISTRI</b> .....	9
<b>10</b>	<b>AGGIORNAMENTO DEL DOCUMENTO</b> .....	9

## 1 INTRODUZIONE

Il presente documento ha l'obiettivo di pianificare ed attuare le attività di prevenzione e gestione del rischio clinico all'interno della struttura ATHENA S.p.A. ai sensi della Legge 08/03/2017 n.24 in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

Il presente lavoro è stato realizzato anche in considerazione delle ultime evidenze scientifiche in materia di risk management, in particolare per ciò che concerne le fasi del processo di individuazione dei rischi e del loro controllo/gestione.

Cinque sono le fasi del processo di gestione del rischio:

1. Stabilire il contesto;
2. Identificare i rischi;
3. Analizzare i rischi;
4. Valutare i rischi;
5. Controllare i rischi.

In parallelo col processo centrale, sono richieste doti di comunicazione e di consultazione.

Monitorare e revisionare è parte intrinseca del processo in modo da assicurare che venga eseguito tempestivamente. In questo modo l'identificazione, l'analisi, la valutazione ed il controllo sono sempre aggiornati. La gestione del rischio è quindi un processo ricorsivo, soggetto ad aggiornamenti, e non si esaurisce nell'identificazione iniziale del rischio. Il presente lavoro è stato condotto con il coinvolgimento dei Responsabili dei vari settori di attività nonché dei diretti operatori interessati.

Oltremodo il presente lavoro vede la partecipazione attiva del Responsabile aziendale del risk management.

Il presente manuale è divulgato ed illustrato a tutti gli operatori (nei vari livelli di responsabilità) al fine di rendere il lavoro stesso effettivamente concreto ed attualizzato. Eventuali ed opportune modifiche sostanziali ed aggiornamenti/implementazioni del documento devono essere portate a conoscenza del personale operante in struttura.

## 2 CONTESTO

### 2.1 L'azienda

Athena S.p.A.  
Via Matese, 90, 81016 Piedimonte Matese CE  
P.IVA 00266020619 N.REA CE-54535  
tel. 0823.786053  
fax. 0823.785287

Direttore Sanitario Antonio La Cerra

Titoli autorizzativi:

- Decreto n.27 del 14.04.2018 per le attività ambulatoriali di Diagnostica per Immagini ed FKT
- Decreto n.87 del 31.10.2019 per la Degenza
- Decreto n. 101 del 17.09.2014 per il Laboratorio Analisi

Trasparenza: <http://www.clinicathena.it>

Da oltre 60 anni, la Clinica Athena è al servizio della salute del cittadino. L'obiettivo principale è di offrire un'assistenza ospedaliera completa, efficiente e professionale. La nostra presenza ormai radicata sul territorio rappresenta una garanzia di elevata professionalità ed efficienza. Poniamo al

centro dei nostri interessi il rispetto della dignità della persona, avendo come obiettivi prioritari la tutela della vita e la promozione della salute con la migliore assistenza e il massimo dell'accoglienza. Per raggiungere questi risultati il nostro personale altamente qualificato è tenuto a comportamenti adeguati che mirano a un elevato livello di umanità e professionalità.

La Casa di Cura Athena è una struttura sanitaria privata fondata nel 1956, accreditata con il Sistema Sanitario Nazionale. Dispone di 60 posti letto ed eroga servizi di:

- Diagnosi e cura in regime ambulatoriale e ricovero ordinario e Day Surgery per le specialità di Medicina Generale e Chirurgia (Chirurgia Generale, Vascolare, Oculistica, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia, Otorinolaringoiatria, Urologia).
- Diagnostica per Immagini
- Patologia clinica e Fisiokinesiterapia

#### UNITÀ OPERATIVE

Chirurgia Generale  
Chirurgia Vascolare  
Ginecologia  
Ortopedia  
Oculistica  
Urologia  
Medicina Generale  
Otorinolaringoiatria

ATHENA S.p.A.	
DATI STRUTTURALI	
INDICATORE	RIFERIMENTO
Distretto sanitario	n.15
Presidio Ospedalieri Pubblici	Ospedale civile Ave Gratia Plena
Posti letto totali	60
Posti letto ordinari area medica	20
Posti letto ordinari area chirurgica	40
Servizio trasfusionale	n.1 Centro San Giuseppe Moscati Aversa
Blocchi operatori	n.2
Sale operatorie	n.2
DATI DI ATTIVITA'	
INDICATORE	RIFERIMENTO
Ricoveri ordinari	n. 1.937
Ricoveri DH	n. 201
Branche specialistiche	n.8
PACC Medicina	n. 1.708
PACC Chirurgia	n. 1.323

## 2.2 Mission e vision aziendale

La Casa di Cura, nell'ambito del sistema regionale per la salute, esercita le proprie funzioni assistenziali (di diagnosi, cura, riabilitazione e prevenzione), in coordinamento e piena collaborazione con la Azienda ASL di Caserta.

L'intenzione primaria è sempre stata quella di offrire ai cittadini un'assistenza completa, efficiente e professionale. La Casa di Cura pone al centro dei propri interessi il rispetto della dignità della persona, avendo come obiettivi prioritari la tutela della vita e la promozione della salute con la migliore assistenza ed un ottimo comfort. Il personale qualificato è al servizio del sistema per il

raggiungimento di questo fine ed è tenuto a comportamenti adeguati che mirano ad un elevato livello di umanità e professionalità

### 2.3 Risk Manager e l'Unità di Valutazione.

Obiettivo del Risk Manager è quello di promuovere, a tutti i livelli, l'attività di gestione del rischio, facendo crescere la responsabilizzazione di tutto il personale riguardo specifiche politiche di presidio del rischio.

È compito del Risk Manager promuovere la redazione e l'applicazione del presente documento e, di concerto con l'Unità di Valutazione del rischio clinico e la Direzione strategica (Direzione generale ed amministrativa), individuare ed analizzare i potenziali rischi in cui può incorrere la struttura nella gestione dei servizi socio sanitari erogati.

La Casa di Cura ha istituito un Comitato Interdisciplinare di Risk Management che ha la funzione di monitorare, prevenire e gestire il rischio sanitario attivando percorsi di audit dei processi interni e delle criticità più frequenti.

Il Direttore Sanitario, in quanto titolare del governo clinico, presiede l'attività Risk Management e definisce la politica aziendale per la gestione del rischio, approvando le procedure in materia predisposte, avvalendosi della collaborazione di:

- ✓ Responsabili UU.OO
- ✓ Responsabili Servizi
- ✓ Responsabile delle Risorse umane e formazione;
- ✓ Ufficio Legale;
- ✓ Ufficio Tecnico;
- ✓ Responsabile Prevenzione e Protezione della Sicurezza;
- ✓ Responsabile Qualità e Accreditamento Sanitario.

#### Metodi adottati

La Casa di Cura ha adottato i seguenti strumenti per l'identificazione, l'analisi e il monitoraggio di eventi relativi alla sicurezza del paziente e delle cure, e del personale:

- ✓ Adozione di Incident reporting
- ✓ Sistema di Vigilanza dei Dispositivi Medici
- ✓ Farmacovigilanza
- ✓ Emovigilanza
- ✓ Sorveglianza delle infezioni ospedaliere
- ✓ Analisi di reclami/suggerimenti dei cittadini relativi al rischio clinico
- ✓ Analisi sinistri

### 2.4 Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

Ai sensi dell'art. 2 c. 5 della L. 24/2017, tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private devono predisporre una "relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Detta relazione è pubblicata sul sito internet della struttura sanitaria". Al fine di ottemperare a tale obbligo è pertanto necessario elaborare una relazione sintetica che accompagni e descriva la tabella di seguito riportata, che potrà eventualmente essere modificata sulla base di specifiche e motivate esigenze nel rispetto dei contenuti minimi in essa riportati:

Tipo di evento	n.	Principali fattori causali/contribuenti	Azioni di Miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	0	Strutturali (0%)	Strutturali (0%)	Sistemi di reporting
Eventi Avversi	1	Tecnologici (0%) Organizzativi (0%)	Tecnologici (0%) Organizzativi (0%)	
Eventi Sentinella	0	Procedure/Comunicazione (100%)	Procedure/Comunicazione (100%)	

Come si evince dalla tabella sopra esposta si è verificato 1 evento avverso gestito secondo la procedura P.Q.7.M "Segnalazione evento avverso" e attuando un'azione correttiva riguardante la formazione del personale sulla comunicazione.

## 2.5 Sinistrosità e risarcimenti

L'art. 4 c. 3 della L. 24/2017 prevede inoltre che "tutte le strutture pubbliche e private rendono disponibili, mediante pubblicazione sul proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio".

La Athena s.p.a. ai sensi dell'art.10 comma 4 legge 24/2017, assume in proprio la gestione dei sinistri e/o eventi avversi ed in particolare in autoassicurazione.

Sono pervenute 3 richieste di risarcimento relative a

- Ortopedia (intervento eseguito nel 2022)
- Oculistica (intervento dell'anno 2020)
- Medicina (ricovero dell'anno 2018)

I casi sono in fase di valutazione.

Tabella Sinistri e risarcimenti erogati con riferimento all'ultimo quinquennio.

Anno	2018	2019	2020	2021	2022
n. sinistri aperti	4	3	1	1	3
n. sinistri liquidati	0	0	1	2	3
Importo liquidato	0,00 €	0,00 €	2.100,00€ Relativo a sinistro del 2011	22.938 € relativi a sinistri 2010 e 2013	160.427,99€ relativi a sinistro del 2006-2011- 2015

## 2.6 Reclami/Suggerimenti dei cittadini

Nell'anno 2022 non vi sono stati reclami o suggerimenti in merito al rischio clinico.

## 3 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT

La realizzazione del Piano Annuale Risk Management riconosce sempre almeno due specifiche responsabilità:

1. Quella del Risk Manager che lo redige e ne monitorizza l'implementazione;
2. Quella della Direzione Generale che si impegna ad adottarlo con Deliberazione e a fornire al Risk Manager e all'organizzazione della struttura le risorse e le opportune direttive (ad esempio tramite la definizione di specifici obiettivi di budget) per la realizzazione delle attività in esso previste.

Azione	Risk Manager/ Direttore Sanitario	Direttore Generale	Direttore Amministrativo
Redazione del Piano Annuale Risk Management	R	C	C
Adozione del Piano Annuale Risk Management	C	R	C
Monitoraggio del Piano Annuale Risk Management	R	C	C
Analisi e Valutazioni	R	C	C

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto.

#### 4 OBIETTIVI

- A. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.
- 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.
- C. Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.
- D. Favorire la partecipazione alle attività regionali in tema di risk management.

#### 5 ATTIVITA'

In questa sezione sono elencate le attività previste per il raggiungimento degli obiettivi definiti.

<b>OBIETTIVO A)</b> <b>Diffondere la cultura della sicurezza delle cure</b>	
<b>ATTIVITÀ 1.A</b>	Realizzazione di corsi di formazione inerenti alla gestione del rischio clinico (principali rischi, tipologie di eventi e strumenti di prevenzione, identificazione, analisi e segnalazione)
<b>INDICATORE 1.A</b>	Esecuzione di una edizione del Corso entro il 31.12.2023
<b>STANDARD 1.A</b>	1
<b>RESPONSABILITÀ 1.A</b>	Pianificazione e organizzazione del corso: Responsabile Formazione Esecuzione del corso: Ente formazione accreditato
<b>ATTIVITÀ 2.A</b>	Realizzazione di corso BLS/D certificato secondo le linee guida AHA/ILCOR-SIAATIP per personale sanitario e tecnico-sanitario
<b>INDICATORE 2.A</b>	Esecuzione di 9 edizioni del Corso entro il 31.12.2023
<b>STANDARD 2.A</b>	9
<b>RESPONSABILITÀ</b>	Pianificazione e organizzazione del corso: Responsabile Formazione Esecuzione del corso: Ente formazione accreditato

<b>OBIETTIVO B)</b> <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.</b>	
<b>ATTIVITÀ 1.B</b>	Monitoraggio near miss, eventi avversi, eventi sentinella e inserimento in piattaforma SIMES
<b>INDICATORE 1.B</b>	N. segnalazioni pervenute/numero prese in carico
<b>STANDARD 1.B</b>	100%
<b>ATTIVITÀ 2.B</b>	Applicazione degli strumenti di analisi del rischio clinico (audit clinico, incident report, ..)
<b>INDICATORE 2.B</b>	Esecuzione di almeno 1 audit clinico Aggiornamento incident reporting
<b>STANDARD 2.B</b>	1 100%
<b>RESPONSABILITÀ</b>	Risk Manager RSQ

**OBIETTIVO C)**

**Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.**

<b>ATTIVITÀ 1.C</b>	Esecuzione di corsi di formazione sulla sicurezza dei lavoratori
<b>INDICATORE 1.C</b>	Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2023
<b>STANDARD 1.C</b>	1
<b>RESPONSABILITA' 1.C</b>	Pianificazione e organizzazione del corso: Responsabile Formazione
	Esecuzione del corso: Ente di formazione
<b>ATTIVITÀ 2.C</b>	Esecuzione di analisi di clima interno
<b>INDICATORE 2.C</b>	Punteggio questionari interni
<b>STANDARD 2.C</b>	4
<b>RESPONSABILITA' 2.C</b>	Somministrazione dei questionari: Responsabile Qualità
	Analisi dei risultati: Responsabile del personale

**OBIETTIVO D)**

**Partecipare alle attività regionali in tema di Risk Management.**

<b>ATTIVITÀ 1.D</b>	Report sulle novità in tema di linee guida / aggiornamenti normativi / circolari / nuove disposizioni introdotte dalla Regione.
<b>INDICATORE 1.D</b>	Esecuzione del report con cadenza semestrale
<b>STANDARD 1.D</b>	2
<b>RESPONSABILITA'</b>	Risk Manager

**6 MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT**

- Pubblicazione sul sito web istituzionale [www.clinicathena.it](http://www.clinicathena.it);
- Rilascio copia alla Direzione sanitaria della struttura
- Presentazione agli Operatori della struttura

**7 RIFERIMENTI NORMATIVI**

- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";
- D.P.R. 14 gennaio 1997 recante "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private";
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"
- Decreto Legislativo 254/2000 "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999 n.229"
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro";
- Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
- Raccomandazioni ministeriali e Manuale per la sicurezza in sala operatoria, Ministero della Salute, OMS, Safe Surgery;
- Decreto Legislativo 13 settembre 2012 n.158 convertito in legge 8/11/2012 n.189 art.3 bis comma 1 Gestione e monitoraggio dei rischi sanitari
- Livelli essenziali di assistenza
- Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";

- Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";
- Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008 recante "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";
- Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie";
- D.D. n.35 del 08/02/2021 "Istituzione del Centro Regionale per la gestione del Rischio sanitario e della sicurezza del paziente"
- Determina Regione Lazio n. G00164 del 11.01.2019 Approvazione ed adozione del documento recante le linee guida per l'elaborazione del Piano Annuale del Risk Management (PARM);
- Legge Regione Campania n.20 del 23.12.2015 "Misure per introdurre la cultura della responsabilità nell'organizzazione sanitaria nonché migliorare i servizi ai cittadini"
- Legge Regionale del 2016 "Prime misure per la razionalizzazione della spesa e rilancio dell'economia campana".

## 8 BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità- il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
- WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Safe Surgery Save Live";
- The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997;
- Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997;
- Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770;
- Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:  
[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione);
- Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009:  
[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza).

## 9 NOTIFICA DEGLI EVENTI AVVERSI - SINISTRI

Ogniqualvolta venga rilevato un evento avverso e/o un sinistro denunciato, il Responsabile è tenuto ad informare sia la Direzione tecnica/sanitaria che la Direzione Generale senza ingiustificato ritardo e, ove possibile, entro 48 ore dal momento in cui ne è venuto a conoscenza. La notifica deve presentare un contenuto minimo di informazioni e tali da consentire il controllo e di verificare l'accaduto denunciato.

## 10 AGGIORNAMENTO DEL DOCUMENTO

Il presente documento è aggiornato con cadenza annuale ovvero in caso di novità normative/regolamentarie e/o di esigenze di natura gestionale. Ogni variazione e/o modifica dell'edizione in corso dovrà essere pubblicizzata con le stesse modalità della precedente edizione. L'aggiornamento consiste:

- a. nella verifica di eventuali integrazioni e/o modifiche normative, ovvero nella promulgazione/applicazione di nuove Leggi e regolamenti attinenti alla materia trattata;
- b. nella verifica dei processi tecnico/organizzativi al fine di riscontrare la loro validità, sicurezza ed aderenza ai requisiti normativi rispetto alle attività effettivamente espletate;

L'aggiornamento del presente documento viene condotto dal Risk Manager con l'apporto professionale dell'Unità di valutazione. L'aggiornamento si espleta con la redazione di nuovo documento che dà conto delle verifiche effettuate ed indica le eventuali azioni correttive e/o integrative e modificative da apportare ai vari documenti.

Piedimonte Matese, 21.03.2023