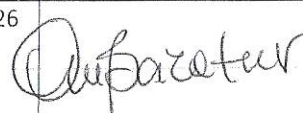
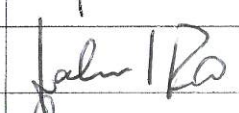


## P.A.R.M.

### Piano Annuale Risk management

| n. stesura         | Data       | A cura di:                       | Responsabile del Piano |
|--------------------|------------|----------------------------------|------------------------|
| 003                | 06.02.2026 | Dott.ssa Baratelli<br>Anna Maria | Dr. Russo Salvatore    |
| Revisione prevista | 06.02.2027 |                                  |                        |

### Prospetto Redazione, verifica, Approvazione del P.A.R.M.

|              | Nome                             | Funzione                                              | Data       | Firma                                                                                 |
|--------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Redazione    | Dott.ssa Baratelli<br>Anna Maria | Direttore<br>Sanitario                                | 06.02.2026 |  |
| Verifica     | • Dott. Salvatore Russo          | Direttore<br>Generale                                 |            |  |
| Approvazione | • Sig. Francesco Torino          | (Presidente<br>Cooperativa<br>Napoli-<br>Integrazione |            |  |

### Indice

1. Contesto Organizzativo
2. Relazione Consuntiva Eventi avversi
3. Sinistrosità e risarcimenti
4. Ruoli e Responsabilità
5. Obiettivi
6. Formazione
7. Azioni
8. Riferimenti normativi

### PREMESSA

Il seguente Piano annuale di Risk management, elaborato in ossequio alla Legge 24/2017 e al D.D. 99 del 16.12.2022 contiene tutte le misure pianificate ed attuate per la gestione del rischio clinico tese a contenere gli effetti potenzialmente lesivi e /o alla migliore risoluzione qualora essi si dovessero verificare.

Questo Piano è frutto di precise scelte strategiche da parte della Direzione della Cooperativa ONLUS "Napoli-Integrazione" con sede legale in Largo San Camillo de Lellis n. 1 già Via Figliola n. 1 – 80046 San Giorgio a Cremano (Na).

Il Piano è stato redatto con il coinvolgimento delle principali figure del suo management.

## 1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

Il Centro diurno di Riabilitazione Card. "C. Ursi" della Cooperativa "Napoli-Integrazione" ONLUS nasce il 17 Settembre 2004. Il Centro eroga prestazioni riabilitative estensive in regime semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare.

L'accesso al Centro per le terapie ambulatoriali/domiciliari, avviene previa presentazione di prescrizione specialistica rilasciata dal medico prescrittore, accompagnata o meno dal progetto Riabilitativo individuale formulato dall'UOR o dall'UOMI del distretto sanitario di appartenenza dell'utente.

Il Centro eroga anche prestazioni sociosanitarie diurne (regime semiresidenziale) che sono autorizzate dall'Unità di Valutazione Integrata (UVI - UVID) del distretto sanitario di residenza della persona che ne fa richiesta.

Il servizio viene erogato dalle figure tecnico-sanitarie e assistenziali indicate dalla vigente normativa regionale di settore, nei tempi e nei modi previsti dal progetto individuale. Il servizio è gratuito.

Il Centro è presente sul territorio della Asl-Na1 Centro in via Brombeis n. 70, Napoli.

I principi fondamentali cui il Centro si ispira sono:

**UGUAGLIANZA:** viene garantito a tutti gli utenti lo stesso livello di trattamento a seconda delle loro esigenze;

**CONTINUITA':** il servizio viene erogato assicurando la continuità e il contenimento e riduzione di qualsiasi disagio possa verificarsi per cause non dipendenti dalla struttura e dal suo personale;

**PARTECIPAZIONE:** le segnalazioni provenienti dagli utenti sono esaminate e considerate dalla Direzione della struttura per il miglioramento dei servizi e delle infrastrutture;

**EFFICIENZA ED EFFICACIA:** i servizi del Centro vengono erogati secondo procedure che ne garantiscono efficacia ed efficienza riuscendo a cogliere e soddisfare le aspettative implicite ed esplicite degli utenti.

Presso la struttura sono garantiti all'utente i seguenti diritti:

- diritto ad essere assistito e curato con premure ed attenzioni, nel rispetto delle proprie convinzioni religiose e filosofiche.
- diritto ad ottenere tutte le informazioni relative alle prestazioni erogate, alle modalità di accesso ed alle relative competenze.
- diritto di poter identificare le persone che lo hanno in cura e di ottenere dal medico che lo cura informazioni chiare e complete in merito alla diagnosi della malattia e alla terapia proposta.
- diritto di proporre eventuali reclami che debbono essere sollecitamente esaminati e di essere tempestivamente informato sull'esito degli stessi.

| <i>Denominazione</i>                  | Centro diurno di Riabilitazione Card. "C. Ursi" |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <i>Posti RSD</i>                      | 20                                              |
| <i>Prestazioni amb. e domiciliari</i> | 100                                             |

## 2. Relazione annuale (incident reporting)

### Relazione Consuntiva Eventi Avversi e risarcimenti erogati

La struttura dispone per l'identificazione, l'analisi ed il monitoraggio dei rischi, degli eventi avversi e delle situazioni di pericolo relativi alla sicurezza del paziente e delle cure, dei seguenti strumenti:

- sistema di monitoraggio (incident reporting) attraverso una serie di schede di segnalazioni;
- analisi reclami, non conformità, richieste di risarcimento.

Il sistema di segnalazione e monitoraggio offre la possibilità di rilevare e monitorare ai professionisti sanitari e al personale della struttura gli "eventi avversi quali danni involontari causati dal sistema sanitario o dalla malattia del paziente, i near miss o "eventi sentinella" associati ad errori che in sé racchiudono un potenziale evento avverso, che però non si verifica per effetto del caso o perché intercettato o perché non comporta effetti indesiderati per il paziente ( cit. Ministero Salute, 2007). L'applicazione di tale sistema di rilevazione e monitoraggio ha come principale scopo l'acquisizione in campo di informazioni utili alla gestione del rischio con conseguente adozione di misure opportune a ridurre e prevenire eventi avversi.

Inoltre si è proceduto a sensibilizzare tutti gli operatori della struttura relativamente all'importanza di segnalare sia gli eventi avversi che i near miss per la pronta pianificazione ed applicazione delle adeguate misure.

Le segnalazioni vengono trasmesse alle direzioni sanitarie delle strutture che hanno la funzione interna per la gestione del rischio clinico. La Direzione Sanitaria ha il compito di approfondire la natura e le cause degli eventi segnalati per gestire tali criticità, in accordo con tutto il personale coinvolto e le procedure previste dal Sistema di Gestione applicato in struttura.

Oltre alla disponibilità dell'apposita modulistica su cui registrare gli eventi avversi, near-miss ed eventi sentinella, la struttura procede con eventi formativi per il suo personale, per diffondere la cultura della prevenzione dell'evento avverso ed accrescere la consapevolezza alle problematiche legate alla sicurezza dei pazienti.

In caso di contenziosi e richieste risarcitorie, l'avvocato convenzionato, se lo ritiene, provvede alla denuncia dell'evento avverso alla compagnia assicurativa per la gestione di eventuali richieste risarcitorie.

### CONSUNTIVO EVENTI AVVERSI E/CAUSE /ATTIVITA' MESSE IN ATTO.

Negli ultimi cinque anni non sono stati segnalati e registrati "eventi avversi"

Tabella –Eventi segnalati nel 2022 (art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

| Tipo di evento    | N.<br>(e % sul totale<br>degli eventi) | % di cadute<br>all'interno della<br>categoria di<br>evento | Principali fattori<br>causali/contribue<br>nti(A)           | Azioni di<br>miglioramento                                                   | Fonte del dato                                                    |
|-------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Near Miss         | 0                                      | 0                                                          | Strutturali<br>Organizzativi<br>Procedure/<br>Comunicazione | Strutturali<br>Tecnologiche<br>Organizzative)<br>Procedure/<br>Comunicazione | Sistemi di<br>reporting (60%)<br><br>Dispositivo<br>vigente (40%) |
| Eventi avversi    | 0                                      | 0                                                          |                                                             |                                                                              |                                                                   |
| Eventi sentinella | 0                                      | 0                                                          |                                                             |                                                                              |                                                                   |

### 3. SINISTROSITA' E RISARCIMENTI

In adempimento all'obbligo derivante dall'art. 4 della L 24/17 si precisa che nell'ultimo quinquennio si è verificato n. 1 sinistro a danno dei pazienti.

Nell'ultimo quinquennio la Cooperativa "Napoli-Integrazione" non ha liquidato alcun importo per risarcimento.

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

| Anno   | N. Sinistri(A) | Risarcimenti erogati(A) |
|--------|----------------|-------------------------|
| 2021   | 0              | 0                       |
| 2022   | 0              | 0                       |
| 2023   | 0              | 0                       |
| 2024   | 0              | 0                       |
| 2025   | 2              | 0                       |
| Totale | 0              | 0                       |

Nota 1: si riportano solo i sinistri e i risarcimenti relativi al rischio clinico, escludendo quelli riferiti a danni di altra natura (ad esempio smarrimento effetti personali, danni a cose, ecc.)

#### **INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 10 COMMA 4 LGGE N. 24/17**

Si rende noto che, ai sensi dell'art. 10 comma 4 legge 24/17 la Cooperativa "Napoli-Integrazione" ha stipulato regolare contratto assicurativo RCT con la compagnia UNIPOL SAI ASSICURAZIONI polizza n. 1/10/882/65/184414795 in vigore dal 31/12/2024 al 31/12/2025.

### 4. RUOLI E RESPONSABILITA'

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

#### **Presidente Cooperativa "Napoli-Integrazione"**

Sig. Torino Francesco

#### **Direzione Generale**

Dott. Russo Salvatore (Responsabile del Piano)

#### **Direttore Sanitario Centro diurno di Riabilitazione Card. "C. Ursi"**

Dott.ssa Anna Maria Baratelli (è coinvolto in tutte le fasi di redazione, adozione, monitoraggio dell'Applicazione, analisi e valutazioni del PARM per la sede di competenza)

#### **Direzione Tecnica e Risk Manager (Referenti Rischio Clinico):**

- Dott.ssa Santangelo Giuseppina – infermiere

| Azione                                     | Risk Manager | Direttore Sanitario | Direttore Amministrativo | Strutture Amministrative e Tecniche di supporto |
|--------------------------------------------|--------------|---------------------|--------------------------|-------------------------------------------------|
| Redazione PARM e proposta di deliberazione | R            | C                   | I                        | C                                               |
| Adozione PARM con deliberazione            | C            | C                   | C                        | I                                               |
| Monitoraggio PARM                          | R            | C                   | I                        | C                                               |

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

## 5. OBIETTIVI

I tre obiettivi strategici regionali 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 delle strutture.

| OBIETTIVO 1) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE                                                                                                                                                                                                                                                                                 |              |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------|
| ATTIVITÀ 1 – Progettazione ed esecuzione di corsi di aggiornamento sulla gestione del Rischio Clinico teso a migliorare l'applicazione di procedure aziendali presenti/ refresh rivolti a tutto il personale relativo alle disposizioni e procedure vigenti all'interno della struttura riferite all'emergenza sanitaria dovuta al Sars-Cov-2 |              |               |
| INDICATORE Esecuzione del corso di aggiornamento entro il 31/12/2024                                                                                                                                                                                                                                                                          |              |               |
| Standard: 1 corso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |              |               |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |              |               |
| Azione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Risk manager | UO Formazione |
| Progettazione del corso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | R            | R             |
| Esecuzione del corso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | C            | R             |

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

| 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 – monitoraggio near miss, eventi avversi, eventi sentinella e inserimento su piattaforma SIMES                                                                                                                            |              |               |
| INDICATORE                                                                                                                                                                                                                           |              |               |
| n. segnalazioni pervenute prese in carico                                                                                                                                                                                            |              |               |
| Standard: 100%                                                                                                                                                                                                                       |              |               |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ                                                                                                                                                                                                         |              |               |
| Azione                                                                                                                                                                                                                               | Risk manager | UO Formazione |
| Rilevazione                                                                                                                                                                                                                          | R            | R             |
| Comunicazione                                                                                                                                                                                                                        | C            | R             |

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

|                                                                                                                                                       |              |                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------|
| <b>OBIETTIVO 3) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE.</b> |              |                 |
| ATTIVITÀ 3 – Sviluppo e aggiornamento di procedure e protocolli che supportano gli operatori ad agire in modo sicuro                                  |              |                 |
| INDICATORE emissione documentazione entro giugno 2025                                                                                                 |              |                 |
| Standard                                                                                                                                              |              |                 |
| Nuove procedure                                                                                                                                       |              |                 |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ                                                                                                                          |              |                 |
| Azione                                                                                                                                                | Risk manager | Ufficio Qualità |
| Revisione delle procedure                                                                                                                             | C            | R               |
| Condivisione con responsabili delle procedure aggiornate                                                                                              | I            | R               |
| Sensibilizzazione del Personale sulle nuove indicazioni                                                                                               | I            | R               |
| Verifica dell'applicazione durante gli audit                                                                                                          | I            | R               |

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

## 6. FORMAZIONE

Con le Risorse Umane è stato pianificato per l'anno 2024 un Piano di Formazione che prevede corsi di formazione con prove pratiche per la gestione del rischio clinico e l'utilizzo della piattaforma Simes, con un continuo monitoraggio delle attività formative effettuate rispetto alle programmate e la rilevazione del soddisfacimento dei bisogni formativi.

## 7. AZIONI

**Il presente PARM verrà pubblicato sul sito istituzionale [www.napolintegrazione.it](http://www.napolintegrazione.it)**

## 8. RIFERIMENTI NORMATIVI

1. 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";
2. 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";
3. 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"
4. Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro";
5. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
6. 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. B1";
7. 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".
8. Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute;

[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:QDQQUSO5JPMJ:www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp%3Fid%3D250%26area%3Dqualita%26menu%3Dsicurezza&cd=1&hl=it&ct=clnk&gl=it](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:QDQQUSO5JPMJ:www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp%3Fid%3D250%26area%3Dqualita%26menu%3Dsicurezza&cd=1&hl=it&ct=clnk&gl=it)

9. 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)

10. D.D. Giunta Regionale della Campania n. 99 del 16.12.2022 Linee di Indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)

Il Direttore Sanitario

  
**Dot. Anna Maria Baratelli**  
Specialista in  
Medicina Fisica e Riabilitazione  
DIRETTORE SANITARIO

Il Direttore Generale





Il Presidente

