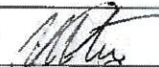
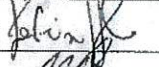

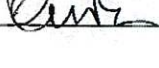


STRUTTURA DEL PARM	2
SCOPO.....	2
DESTINATARI	2
AREE STRATEGICHE	3
OBIETTIVI E METODOLOGIE	3
INDICATORI.....	3
MODALITÀ DI COMUNICAZIONE E DIVULGAZIONE	3
CONTESTO ORGANIZZATIVO.....	3
TIPOLOGIA DEI SERVIZI SANITARI FORNITI	4
<i>Tabella 1: dati strutturali e dati di attività</i>	5
RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI	6
ART. 2 COMMA 5 LEGGE 24/2017: <i>relazione annuale consuntiva sugli "eventi avversi" significativi all'interno dell'azienda, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto</i>	6
<i>Tabella 2: art. 2 comma 5 eventi segnalati legge 24/2017</i>	6
SINISTROSITÀ E RISARCIMENTI.....	7
ART. 10 COMMA 3 LEGGE 24/2017: <i>obbligo di assicurazione</i>	7
ART. 4 COMMA 3 LEGGE 24/2017: <i>importo dei risarcimenti erogati relativi all'ultimo quinquennio</i>	7
<i>Tabella 3: 4 COMMA 3 LEGGE 24/2017 sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio</i>	7
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	8
<i>Tabella 4: matrice delle responsabilità</i>	8
OBIETTIVI REGIONALI	9
OBIETTIVI AZIENDALI	9
FORMAZIONE	9
AZIONI	10
EVENTI SENTINELLA.....	12
VIGILANZA SUI DISPOSITIVI MEDICI	12
FARMACOVIGILANZA	12
EMOVIGILANZA	12
RECLAMI/SUGGERIMENTI DEI CITTADINI RELATIVI AL RISCHIO CLINICO	13
PRINCIPALI AZIONI DI MIGLIORAMENTO	13
MODALITÀ DI ADOZIONE AZIENDALE DEL PARM	13
RIFERIMENTI NORMATIVI	13
ATTO DI ADOZIONE DEL PARM	14

	NOME	FUNZIONE	DATA	FIRMA
REDAZIONE	Massimiliano Fontana	Responsabile Rischio Clinico	25.03.2026	firmato 
	Patrizia Giglio	Referente Rischio Clinico per Agenas Responsabile Qualità		firmato 
VERIFICA	Massimiliano Fontana	Direttore Sanitario	25.03.2026	firmato 
APPROVAZIONE	Bersabea Crisci	Amministratore Delegato	25.03.2026	firmato 

STRUTTURA DEL PARM

SCOPO

Tale documento rappresenta la definizione della gestione del rischio clinico da parte della casa di cura Santa Rita, oltre che l'applicazione degli obblighi di trasparenza in particolar modo in relazione ai seguenti riferimenti normativi :art. 2,4 e 10 legge Gelli 24/2017,ad integrazione delle procedure aziendali depositate c/o la Direzione Sanitaria

Il Risk Management, o altrimenti definito in ambito Sanitario, Gestione del Rischio Clinico:

- identifica i pericoli potenziali/minacce ai quali è sottoposta l'impresa,
- definisce e quantifica gli ipotetici scenari di rischio e formula le contromisure più idonee, perseguendo obiettivi aziendali strategici ben delineati.

Per loro natura, le procedure mediche compendiano rischi, anche se i margini di errore consentiti sono alquanto ristretti; questi possono essere classificati come:

- Rischi per i ricoverati/assistiti legati all'attività clinico assistenziali (rischio clinico)
- Sicurezza ambientale stato fisico della struttura incendi- esplosioni-radiazioni- rumore - campi magnetici (rischio ambientale)
- Sicurezza del Personale che include i rischi ambientali e quelli legati all'attività svolta: infezioni, malattie professionali, (tutela del lavoratore)
- Rischio economico finanziario conseguente all'attività svolta (assicurazioni).

Tutti questi aspetti devono essere affrontati all'interno di un programma di RISK MANAGEMENT di una struttura sanitaria, in maniera globale ed integrata, nel rispetto delle competenze e delle responsabilità specifiche.

I vantaggi dell'adozione delle procedure di RISK MANAGEMENT sono numerosi:

- una maggiore efficacia della programmazione
- un'efficiente ed efficace erogazione delle prestazioni
- un'efficiente ed efficace allocazione delle risorse
- un elevato standard delle prestazioni, orientate al cliente
- un elevato standard di responsabilità nell'organizzazione
- creatività e innovazione organizzativa
- miglioramento della capacità competitiva
- miglioramento del morale dell'organizzazione
- flessibilità nella gestione degli obiettivi

Il Risk Management può dunque essere anche definito come l'insieme di processi, sistematici e pianificati, finalizzati a ridurre il più possibile la probabilità di una perdita (loss).

DESTINATARI

Il presente documento è **destinato a tutto il personale aziendale**, in particolare a tutti i componenti del Comitato Rischi Clinico (CRC) ed è disponibile c/o gli uffici della Direzione Sanitaria.

AREE STRATEGICHE

Le **aree strategiche** sono individuate dalla Direzione, nella figura del Risk Manager e dei membri del CRC. Uno dei requisiti basilari dell'assistenza sanitaria, insieme alla efficacia ed all'appropriatezza, è certamente quello della sicurezza.

Per questo motivo la Direzione della Casa di Cura Santa Rita ha predisposto ed adottato un sistema di Gestione del Rischio Clinico ai fini di garantire un sistema sanitario più sicuro ed efficiente finalizzato a ridurre al minimo gli eventi avversi prevenibili, "imparando dagli errori".

Il massimo impegno è investito per favorire lo sviluppo e l'applicazione costante delle procedure aziendali basate sulle Buone Pratiche, sulle Raccomandazioni Ministeriali e sulla Medicina basata sull'evidenza (Evidence Based Medicine) per garantire al massimo la sicurezza del malato.

La Gestione del Rischio Clinico, quindi, rappresenta l'insieme di varie azioni messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza dei pazienti.

OBIETTIVI E METODOLOGIE

I principali **obiettivi**, e le relative metodologie applicate, sono individuati sulla base delle disposizioni ministeriali e linee guida di riferimento con la finalità di una completa visione del governo clinico, attraverso il coinvolgimento di team multidisciplinari.

INDICATORI

Gli **indicatori** di monitoraggio sono definiti dalla Direzione Sanitaria con il supporto del Comitato Rischio Clinico (CRC) e risultano riportati nei piani attività del Sistema Gestione Qualità e nei verbali del CRC.

MODALITÀ DI COMUNICAZIONE E DIVULGAZIONE

Il documento risulta condiviso e discusso da tutti i membri del Comitato Rischio Clinico.

I referenti di settore, firmatari del documento, si impegnano a diffondere i contenuti del presente al personale di settore e a comunicare la disponibilità del relativo PARM presso gli uffici della Direzione Sanitaria/Qualità.

Il documento è aggiornato annualmente entro il 31 marzo.

CONTESTO ORGANIZZATIVO

La Casa di Cura dispone attualmente di:

139 posti letto autorizzati (come da ultima autorizzazione 2623 del 30.01.2025 Comune d Atripalda),

80:branca chirurgica

59 branca medica

di cui 114 accreditati con il SSN (delibera n. 1110 del 11.09.2025 ASL di Avellino)

è strutturata in due dipartimenti suddivisi a loro volta in Unità Funzionali e Unità Operative con relativi servizi (anestesia e rianimazione-diagnostica per immagini-laboratorio di analisi-endoscopia), ed effettua relative prestazioni ambulatoriali

TIPOLOGIA DEI SERVIZI SANITARI FORNITI

PRESTAZIONI AMBULATORIALI –MEDICHE - CHIRURGICHE

L'attività medico chirurgica si può svolgere in regime di:

- Ricovero ordinario
- Day Hospital
- Day Surgery

Ambulatoriale

Le prestazioni offerte sono:

relativamente alle seguenti branche specialistiche:

- Medicina generale
- Cardiologia
- Chirurgia generale
- Urologia
- Ginecologia
- Ortopedia
- Otorinolaringoiatria

La Casa di Cura S. Rita, è una struttura polispecialistica accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale per cui alla Casa di Cura nulla è dovuto per la prestazione assistenziale in regime di convenzione fatte salve le ulteriori eventuali prestazioni alberghiere.

Prestazioni ambulatoriali

al servizio del paziente ricoverato, oppure in regime privato (a totale carico dell'utente)

Diagnostica per Immagini

Servizio disponibile 24/24 h per l'utenza interna e su prenotazione per l'utenza che accede al servizio in regime privato.

Radiologia

TAC

Ecografia

Risonanza Magnetica

Radiologia intraoperatoria

Fisiopatologia Cardio-Respiratoria:

ECG a riposo e da sforzo,

Holter ECG, Holter P.A.,

Ecocardiografia, Ecodoppler, Ecocolor Doppler

Spirometria

Ambulatorio Endoscopia Digestiva:

Colonscopia-Esofagoduodenoscopia

Ambulatori Specialistici:

Visite specialistiche, controlli post-operatori, attività diagnostica:

Chirurgia generale:

Ortopedia

Urologia

Otorinolaringoiatria

Ginecologia

Tabella 1: dati strutturali e dati di attività

POSTI LETTO AUTORIZZATI: 139

BRANCA CHIRURGICA	P.L. autorizzati	P.L. accreditati	CODICE	BRANCA MEDICA	P.L. autorizzati	P.L. accreditati	CODICE
GINECOLOGIA	16	15	37	MEDICINA GENERALE	30	30	26
OTORINO	9	8	38	CARDIOLOGIA	11	10	8
DEGENZASUB INTENSIVA/CHIRURGIA	2	/	9	ONCOLOGIA	4	/	64
ORTOPEDIA	19	19	36	ENDOCRINOLOGIA	4	/	19
CHIRURGIA GENERALE	23	22	9	EPATOLOGIA/MEDICINA	4	/	26
UROLOGIA	11	10	43	ELETTROFISIOLOGIA/CARDIOLOGIA	6	/	8
UROGINECOLOGIA/ UROLOGIA	4	/	43	////	////		////
TOTALE	80	74			59	40	
TOTALE P.L.139 AUTORIZZATI di cui 114 ACCREDITATI							

CLINICA SANTA RITA ATRIPALDA
DATI ATTIVITA' AGGREGATA da GENNAIO A DICEMBRE 2025

	nr. Ricoveri Ordinari	nr. Ricoveri Day Surgery	nr. Pacc	nr. Interventi chirurgici
CARDIOLOGIA	219	0	0	0
CHIRURGIA GENERALE	503	0	423	915
MEDICINA GENERALE	495	0	0	35
ORTOPEDIA	1484	284	557	2.308
GINECOLOGIA	419	0	14	432
OTORINOLARINGOIATRIA	31	26	30	85
UROLOGIA	451	69	115	523
TOTALI	3.602	379	1.139	4.298

RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI

ART. 2 COMMA 5 LEGGE 24/2017:

relazione annuale consuntiva sugli "eventi avversi" significativi all'interno dell'azienda, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto

Si rappresenta che per l'anno 2025 non risultano registrati eventi AVVERSI

Sono stati effettuati 4 incontri del comitato gestione rischio clinico promossi dalla Direzione Sanitaria ai fini di sollecitare il personale implicato all'attenzione al rischio clinico, all'individuazione degli eventuali eventi sentinella e all'utilizzo della modulistica a riguardo predisposta, oltre alla pianificazione in PFA 2026 di un corso dedicato all'approfondimento delle raccomandazioni ministeriali in riferimento alle procedure aziendali prodotte.

Si sottolinea che vista, la rilevanza dell'argomento, la Direzione ha pianificato monitoraggi per la verifica della gestione del rischio clinico a cura di un Comitato interaziendale coordinato dalla Direzione Sanitaria.

Tabella 2: art. 2 comma 5 eventi segnalati legge 24/2017

TIPO DI EVENTO	NUMERO E % SUL TOTALE DEGLI EVENTI	% CADUTE NELLA CATEGORIA DI EVENTO	PRINCIPALI FATTORI CAUSALI/CONTRIB. Strutturali % Tecnologici % Organizzativi % Procedure % Pazienti% Altro%	AZIONI MIGLIORAMENTO DI Strutturali % Tecnologici % Organizzativi % Procedure % Informativi% Altro%	FONTI DEL DATO Sinistri Emo vigilanza Farmacovigilanza Dispositivo medico vigilanza ICA Monitoraggio rischio clinico
near miss	0	0		-informative riassuntive al paziente	
eventi avversi	0	0	////////	-Attività formative raccomandazioni ministeriali e procedure interne	Modulistica di reporting aziendale
eventi sentinella	////////	////////			

SINISTROSITÀ E RISARCIMENTI

ART. 10 COMMA 3 LEGGE 24/2017: obbligo di assicurazione

La Casa di Cura Santa Rita rende noto di essere provvista di copertura assicurativa per la Responsabilità Civile di strutture sanitarie private in virtù del contratto di polizza n. RCH00020000234 stipulato con la compagnia assicurativa AM TRUST ASSICURAZIONI, attualmente in vigore.

ART. 4 COMMA 3 LEGGE 24/2017: importo dei risarcimenti erogati relativi all'ultimo quinquennio

Di seguito sono riportati, i dati relativi agli importi liquidati per i sinistri verificatisi nell'ultimo quinquennio, nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario, in forma aggregata e suddivisi per anno:

Tabella 3: 4 COMMA 3 LEGGE 24/2017 sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio

ANNO	RISARCIMENTI EROGATI
ANNO 2021	€ 6.523,40
ANNO 2022	€ 182.287,60
ANNO 2023	€ 497.500,00
ANNO 2024	€ 5.000,00
ANNO 2025	€ 17.000,00
QUINQUENNIO 2021-2025	€ 708.311,00

Tali dati non rappresentano un indicatore di qualità dell'assistenza in quanto il pagamento di un eventuale risarcimento è temporalmente scollegato dall'accadimento e fanno riferimento esclusivamente a sinistri e risarcimenti relativi al rischio sanitario, escludendo quelli riferiti a danni di altra natura.

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Il PARM riconosce responsabilità relative alle fasi di redazione, adozione, monitoraggio dell'applicazione, analisi e valutazione:

Responsabile Rischio Clinico:

redige e monitora l'implementazione del PARM, effettua analisi e valutazione dello .

Invia il PARM al Direttore Sanitario e condivide i contenuti con i membri del CRC.

Tali attività sono svolte con il supporto e la collaborazione del Referente Rischio Clinico per Agenas/Responsabile Qualità di struttura.

Direttore Sanitario:

è coinvolto in tutte le fasi di redazione, adozione, monitoraggio dell'applicazione, analisi del PARM.

Amministratore Delegato:

si impegna ad adottare il PARM con deliberazione o atto equipollente entro il 31 Marzo di ogni anno.

Si impegna a fornire all'organizzazione le risorse (ad esempio tramite la definizione di specifici obiettivi di budget) per la realizzazione delle attività previste dal Piano.

Membri del Comitato Rischio Clinico:

sono coinvolti in tutte le fasi di redazione, adozione, monitoraggio dell'applicazione, analisi del PARM

Tabella 4:matrice delle responsabilità

AZIONE	Responsabile Rischio Clinico	Direttore Sanitario	Amministratore Delegato	Membri Comitato Rischio Clinico
REDAZIONE PARM	R	C	C	C
ADOZIONE PARM	C	C	R	C
MONITORAGGIO PARM	R	C	C	C
ANALISI E VALUTAZIONI	R	C	C	C

OBIETTIVI REGIONALI

Gli obiettivi regionali sono:

- Favorire la diffusione della cultura della sicurezza delle cure
- Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, promuovendo interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitorando e/o contenendo gli eventi avversi
- Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e della struttura
- Favorire la partecipazione alle attività regionali in tema di Risk Management

OBIETTIVI AZIENDALI

L'impegno per la sicurezza del paziente si concretizza nel perseguimento dei seguenti obiettivi:

- ✓ identificare i rischi di incidenti che possono danneggiare i pazienti;
- ✓ effettuare analisi e valutazione dei rischi individuando le criticità più gravi;
- ✓ adottare misure di prevenzione adeguate per far fronte ai rischi rilevati;
- ✓ coordinarsi con il Centro Regionale per il Rischio Clinico per condividere pratiche e procedure finalizzate alla prevenzione di eventi avversi o sentinella.
- ✓ diffondere la cultura della sicurezza a tutto il personale attraverso formazione mirata

FORMAZIONE

È garantito a tutto il personale un percorso formativo dedicato, in relazione alle normative di riferimento e alle relative procedure e modulistiche aziendali, attraverso l'elaborazione di un piano formazione annuale che prevede l'adempimento dell'obbligo formativo in termini di sicurezza, sistema qualità, raccomandazioni ministeriali, requisiti normativi vari.

In particolare nel piano formazione 2024- 2025 sono stati previsti ed erogati corsi sui seguenti argomenti:

- **Gestione del rischio clinico, chimico e biologico**
- **Governance aziendale integrata: Qualità ISO 9001, modello organizzativo 231/2001, gestione privacy GDPR 679/16 e accreditamento istituzionale SSR**
- **Rianimazione Cardiopolmonare di base con uso di defibrillatori semi-automatici esterni DAE - BLS (parte teorica)**
- **Rianimazione cardiopolmonare di base con uso di defibrillatori semi-automatici esterni DAE-BLS parte pratica (esecutore)**
- **Formazione generale e specifica con relativi aggiornamenti e corsi per ruoli specifici (RSPP, RLS, Preposti...)**
- **Formazione addetti antincendio**
- **Radioprotezione**
- **Comunicazione, negoziazione e tecniche strutturate di gestione dei conflitti nelle attività di contatto con il pubblico**
- **Corso ALS (Advanced Life Support)**
- **"violenza di genere"**
- **Progetto PROMETEO - ICT e transizione green in sanità (avvio)**

Mentre per il 2026 sono stati, al momento previsti i seguenti corsi, da erogare con il supporto di un fornitore qualificato e con la partecipazione di docenti esperti:

- **Corsi salute e sicurezza sul lavoro, formazione generale e specifica per lavoratori del settore sanità per il personale neoassunto, relativi aggiornamenti per il personale già formato secondo tempistiche predefinite e corsi per ruoli specifici (RSPP,RLS,Preposti...)**
- **La radioprotezione dell'operatore sanitario e del paziente (rif. Art 162 D.Lgs.31.07.2020 n. 101)**
- **Rianimazione Cardiopolmonare di base con uso di defibrillatori semi-automatici esterni DAE - BLS**
- **Le procedure aziendali per la gestione delle raccomandazioni ministeriali**
- **La cartella clinica informatica ambulatoriale**
- **Privacy e cybersicurezza**
- **Corsi per alimentaristi**
- **Progetto PROMETEO - ICT e transizione green in sanità (completamento)**

AZIONI

La principale azione è la predisposizione e adozione del PARM e la pubblicazione sul sito web.

Sulla base di questa premessa la Direzione della Casa di Cura Santa Rita, servendosi della professionalità delle risorse in essere, ha costituito comitati dedicati alla gestione del rischio clinico e di tutte le attività ad esso correlato.

- **COMITATO GESTIONE RISCHIO CLINICO (CRC)**
- **COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI**

COMITATO GESTIONE RISCHIO CLINICO (CRC)

L'intento del comitato è sostanzialmente quello di prevedere il rischio in generale valutando, tra l'altro, la valenza della documentazione clinica e la corretta redazione di essa unitamente all'applicazione dei contenuti.

Di seguito sono riportate le principali funzioni svolte dal Comitato Rischio Clinico o in ogni caso supervisionate dal CRC:

- 1) Audit dei casi ovvero audit evento avverso;
- 2) Verifica di tutte le procedure adottate per la prevenzione ai fini dell'abbattimento del manifestarsi dell'evento avverso;
- 3) Verifica sulla corretta applicazione delle procedure aziendali con eventuali modifiche e/o integrazioni delle procedure ove necessarie;
- 4) Individuazione, validazione e attribuzione delle responsabilità causa dell'evento avverso;
- 5) Tutela del rischio lavoratore dipendente collegato al ruolo svolto o incarico assegnato (D.Lgs. n. 81 del 2008)
- 6) organizzazione del personale (turni, ordini di servizio, reperibilità,...)
- 8) Valutazione, correzione e vigilanza sull'applicazione dei percorsi clinico-chirurgici in essere presso la Casa di Cura.
- 9) Valutazione preventiva delle agende operatorie in merito alla congruità dei requisiti in rapporto all'intervento prenotato (DGRC2301/2001).
- 10) Aggiornamento, correzione e integrazione della farmacopea e relativa validazione.
- 11) Revisione gestione cartella clinica in caso di necessità
- 12) gestione della privacy secondo GDPR.

Il comitato inoltre provvede al controllo delle infezioni ospedaliere (D.M. 13/9/1988) (C10).

Il comitato inoltre provvede al controllo delle infezioni ospedaliere (D.M. 13/9/1988) (C10).

Il comitato si riunisce obbligatoriamente secondo la tempistica definita dalla Direzione Sanitaria e ogni qualvolta si dovessero presentare accadimenti imprevisi e/o particolari argomentazioni lo rendessero necessario.

Nel 2025 sono stati effettuati i 4 incontri trimestrali programmati e regolarmente verbalizzati sulla modulistica predisposta.

Le conseguenti determinazioni sono trasmesse per competenza e conoscenza alla Direzione Generale per eventuali decisioni nel merito.

Il CRC risulta così composto:

DIRETTORE SANITARIO
MEDICO LEGALE RESPONSABILE RISK MANAGEMENT
RESPONSABILE CHIRURGIA GENERALE
CAPOSALA CHIRURGIA GENERALE
RESPONSABILE AMBULATPRIO ENDOSCOPIA DIGESTIVA
CAPOSALA BLOCCO OPERATORIO
RESPONSABILE SERVIZIO ANESTESIOLOGICO
RSPP E RESPONSABILE UFFICIO TECNICO
RESPONSABILE QUALITA' -REFERENTE AGENAS RISCHIO CLINICO

Al CRC si aggiungono per la gestione delle infezioni ospedaliere (completando il comitato infezioni ospedaliere CIO):

RESPONSABILE LABORATORIO ANALISI
RESPONSABILE RADIOLOGIA E DPI

COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI

La Direzione Generale ha ritenuto opportuno costituire un comitato valutazione sinistri (CO.VA.SI.) ai fini di migliorare i livelli qualitativi delle prestazioni erogate e applicare una politica volta alla prevenzione del rischio clinico con lo scopo di studiare e monitorare il livello di rischio ed individuare modalità per implementare e coordinare le azioni per il contenimento dello stesso.

La Direzione reputa estremamente importante la trattazione congiunta dei sinistri al fine di valutare le fonti di rischio, controllare l'andamento dei sinistri e di trarne indicatori utili per le attività preventive.

Il comitato valutazione sinistri (CO.VA.SI.) risulta costituito dalle seguenti figure aziendali delle varie aziende:

PRESIDENTE DEL C.D.A.
DIRETTORE AMMINISTRATIVO
REFERENTI LEGALI
RISK MANAGERS
MEDICI LEGALI

EVENTI SENTINELLA

Le procedure aziendali contemplano anche la gestione degli eventi sentinella identificati dal Ministero della salute nel documento "Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella" del Marzo 2008 e la presa in carico delle raccomandazioni ministeriali applicabili al tipo di erogazione del servizio prestato dalla Clinica.

VIGILANZA SUI DISPOSITIVI MEDICI

Ai fini di garantire una corretta conservazione /gestione/utilizzo dei dispositivi medici per ottemperare, tra l'altro, ai requisiti richiesti dalla Regione Campania, nelle schede ST1 SRic4 SRic8, per l'accreditamento definitivo, si fa riferimento alla raccomandazione n. 09 inserita nelle linee guida del Manuale governo clinico Gennaio 2012 del Ministero della Salute.

La Direzione della Casa di Cura garantisce la conformità in ingresso dei dispositivi medici approvvigionati attraverso un'attenta valutazione dei fornitori al fine di ottenere il rispetto della sussistenza del requisito relativo alla presenza del marchio CE per i dispositivi critici all'erogazione del servizio; inoltre, in fase di verifiche elettriche effettuate da ditte autorizzate annualmente, come da disposizioni di legge, si provvede al controllo della presenza del marchio in questione e della conformità alla norma CEI 62-5.

Le manutenzioni programmate risultano gestite secondo piano di manutenzioni ordinarie definite secondo tempistica indicata dal fornitore, dalle normative e/o dai manuali d'uso, oltre che dal grado di criticità del dispositivo.

Le manutenzioni straordinarie sono gestite dal Responsabile dell'Ufficio Tecnico che riceve segnalazione scritta dai vari referenti delle aree aziendali riferita ad eventuali guasti o necessità di manutenzioni dei dispositivi medici e provvede alla gestione secondo procedura aziendale.

Inoltre, per quanto riguarda il corretto utilizzo dei medical device risulta propedeutico l'addestramento del personale preposto, effettuato dallo specialist della ditta fornitrice.

In merito all'argomento si segnala la partecipazione dello staff della Casa di Cura (Direzione sanitaria-Responsabile Ufficio Tecnico-Responsabile Qualità) al corso "La rete della Dispositivo-vigilanza nella ASL di Avellino" tenutosi in data 13.03.2026

FARMACOVIGILANZA

La Casa di Cura garantisce l'attività di FARMACOVIGILANZA, attraverso la raccolta di:

- ✓ segnalazioni inviate dalle ditte all'ufficio acquisti/addetto farmacia
- ✓ segnalazioni /rilevazioni provenienti da pazienti/reparti

Tali segnalazioni vengono analizzate e quindi gestite:

- ✓ dall' addetto al magazzino in collaborazione con la DS, nel caso in cui siano relative a prodotti di cui esista giacenza in Casa di Cura
- ✓ dal medico di Reparto in collaborazione con la DS che provvederà a darne comunicazione agli organi di competenza nei tempi previsti da normativa (mediante opportuna modulistica).

EMOVIGILANZA

La Casa di Cura garantisce l'attività di EMOVIGILANZA, attraverso l'applicazione della procedura aziendale che prevede l'approvvigionamento di sacche dal SIT e dettaglia le fasi critiche di processo:

- Contatto con il Centro Trasfusionale (CT)
- Prelievo di sangue e trasporto provetta pilota al CT per la determinazione del gruppo
- Prelievo di sangue e trasporto provetta con allegato modulo richiesta di emazie
- Ritiro delle sacche di sangue dal CT e consegna delle sacche dal CT alla Clinica
- Gestione della risorsa sangue all'interno (controlli per la conservazione)
- Restituzione della risorsa sangue non utilizzato al CT
- Gestione della risorsa sangue in emergenza.

Il buon uso del sangue è monitorato dal Direttore Sanitario o suo Delegato anche attraverso la consultazione del registro

RECLAMI/SUGGERIMENTI DEI CITTADINI RELATIVI AL RISCHIO CLINICO

La Direzione effettua un'indagine sulla soddisfazione dei clienti/assistiti ai fini di verificare il grado di qualità percepita e di trarre spunto per eventuali miglioramenti volti anche alla riduzione del rischio clinico.

Il Responsabile Assicurazione Qualità raccoglie le Schede Soddisfazione Cliente e le segnalazioni e le analizza attraverso l'uso di tecniche statistiche.

Con la collaborazione dei Responsabili delle aree, vengono pianificate le azioni da intraprendere per garantire il miglioramento continuo ed il raggiungimento degli obiettivi definiti.

In sede di Riesame da parte della Direzione, come stabilito nella Politica della Qualità, verranno stabilite le Azioni Correttive e/o Preventive necessarie all'eliminazione di eventuali disservizi.

PRINCIPALI AZIONI DI MIGLIORAMENTO

La Direzione della Casa di Cura Santa Rita attua un percorso gestionale volto alla ricerca del miglioramento continuo sulla base della predisposizione di procedure aziendali in continua evoluzione dettate dalle costanti necessità di cambiamento e dai risultati dell'analisi dei dati individuati come indicatori di qualità.

I principali obiettivi di miglioramento attualmente riguardano:

- ✓ Revisione dei **consensi informati** dedicati alle diverse attività assistenziali in termini di terapia medica, indagini diagnostiche e/o attività chirurgiche correlate al ricovero o prestazioni ambulatoriali, con focalizzazione sul puntuale coinvolgimento del paziente in termini di partecipazione e scelta;
- ✓ Ottimizzazione del **controllo di gestione delle emazie ed emoderivati**;
- ✓ Perfezionamento ed integrazione del sistema informativo aziendale ai fini di ottimizzare la **cartella clinica informatica** e limitare al massimo la presenza di documentazione in formato cartaceo, favorendo la condivisione dei documenti sanitari da parte del personale medico e infermieristico autorizzato;
- ✓ puntuali **riscontri** agli utenti, agli operatori ed ai cittadini segnalatori di eventi, non conformità, reclami ed suggerimenti,
- ✓ incontri verbalizzati del comitato con evidenza di **presa in carico delle procedure revisionate in tema di rischio clinico**
- ✓ integrazione **pannello analitico microbiologia** per prevenzione e monitoraggio **infezioni ospedaliere**
- ✓ **audit clinici, corsi ECM e meeting focalizzati sull'argomento multidisciplinare: *Obesità e sindrome metabolica*** (come evidenziato nei verbali del CRC)

MODALITÀ DI ADOZIONE AZIENDALE DEL PARM

Il PARM, predisposto sulla base della matrice delle responsabilità, viene formalmente adottato attraverso atto deliberativo o analoga disposizione di adozione con il coinvolgimento di tutte le parti coinvolte (Responsabile Rischio Clinico, Direttore Sanitario, Amministratore Delegato, Membri del CRC), in ottemperanza alla normativa nazionale e regionale vigente, in quanto obiettivi pertinenti la gestione del Rischio Clinico.

RIFERIMENTI NORMATIVI

I principali riferimenti normativi sono riportati nell'elenco norme e leggi depositato c/o gli uffici della Direzione Sanitaria, tale elenco è aggiornato in tempo reale in quanto disponibile sulle piattaforme delle associazioni di categoria dove sono riportati anche i siti di riferimento

In particolare si fa riferimento a:

- leggi in materia sanitaria
- raccomandazioni ministeriali
- linee guida
- disposizioni regionali

ATTO DI ADOZIONE DEL PARM

Il documento risulta condiviso e discusso da tutti i membri del Comitato Rischio Clinico.

I referenti di settore, firmatari del documento, si impegnano a diffondere i contenuti del presente al personale di settore e a comunicare la disponibilità del relativo PARM presso gli uffici della Direzione Sanitaria/Qualità.

DIRETTORE SANITARIO	<i>DOTT. FONTANA MASSIMILIANO</i>	firmato
RESPONSABILE RISK MANAGEMENT	<i>DOTT. FONTANA MASSIMILIANO</i>	firmato
RESPONSABILE CHIRURGIA GENERALE	<i>DOTT. CIOFFI LUIGI</i>	firmato
CAPOSALA CHIRURGIA GENERALE	<i>INF. TOMEO GIOVANNI</i>	firmato
RESPONSABILE SERVIZIO ANESTESIOLOGICO	<i>DOTT. LUCE ANTONIO</i>	firmato
CAPOSALA BLOCCO OPERATORIO	<i>INF.MARI ANTONIETTA</i>	firmato
RESPONSABILE AMBULATORIO ENDOSCOPIA DIGESTIVA	<i>PROF.IAQUINTO GAETANO</i>	firmato
RSPP E RESPONSABILE UFFICIO TECNICO	<i>ARCH. SPERANZA MARCO</i>	firmato
RESPONSABILE QUALITA'-REFERENTE AGENAS RC	<i>DOTT.SSA GIGLIO PATRIZIA</i>	firmato
RESPONSABILE LABORATORIO Per CIO	<i>DOTT.SSA RAGANO ROSANNA</i>	firmato
RESPONSABILE RADIOLOGIA Per CIO	<i>DOTT. LOMBARDI CARMELO</i>	firmato

Atripalda, 20.03.2026

Comitato Rischio Clinico
Casa di Cura Santa Rita