

*Centro Beta ECO. RAD. Srl*

**PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT  
(PARM)  
2023**

<b>Risk Manager</b>	<b>Direttore Tecnico</b>	<b>Amministratore</b>
Dr.ssa Laura Santojanni	Dr. Carmine D'Elia	Dr. Nicola Vitrano

- ANNO 2023 -

## Sommario

1.1) Contesto organizzativo.....	4
1.2) Descrizione degli eventi/sinistri dell'ultimo triennio.....	5
1.3) Resoconto delle attività del PARM precedente .....	5
1. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARM.....	6
3) OBIETTIVI.....	7
4. ATTIVITA' E MATRICE DELLE RESPONSABILITA' .....	8
5. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARM .....	10

## 1. PREMESSA

La gestione del rischio o *Risk Management* è un processo sistematico che comprende sia la dimensione clinica sia quella strategico-organizzativa e che impiega un insieme di metodi, strumenti e azioni in grado di identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi per aumentare il livello di sicurezza nell'interesse di pazienti e operatori.

Promuovere una politica aziendale di gestione del rischio vuol dire spronare e accompagnare l'organizzazione nel necessario percorso di controllo degli eventi e delle azioni che possono inficiare la capacità dell'azienda di raggiungere i propri obiettivi.

Il *Risk Management* s'interessa quindi della funzione intrinsecamente rischiosa espletata nelle strutture sanitarie, allo scopo di disegnare nuove strategie atte a ridurre le probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso.

Lo strumento strategico finalizzato alla gestione del rischio è considerato il PARM ossia il **Piano Annuale di Risk Management**, che consente di definire gli obiettivi prioritari da realizzare nel medio periodo nonché i mezzi e le modalità per realizzarli come sarà di seguito declinato. Questo strumento ha la finalità di rispondere alle raccomandazioni del Ministero della Salute, presenti nel documento intitolato Risk Management e Qualità in Sanità, che sono:

- individuare un modello organizzativo uniforme per la gestione del rischio clinico;
- elaborare direttive e linee guida per la rilevazione uniforme degli errori e dei rischi nelle strutture sanitarie;
- promuovere eventi di formazione per la diffusione della cultura della prevenzione dell'errore;
- promuovere la segnalazione dei *near miss*;
- sperimentare, a livello aziendale, metodi e strumenti di segnalazione degli errori, di raccolta e di elaborazione dei dati per ottenere informazioni sulle procedure ad alto rischio e sulle frequenze degli errori;
- monitorare periodicamente e garantire un feed-back informativo;

- definire misure organizzative e appropriate tecnologie per la riduzione degli errori evitabili;
- favorire, anche attraverso opportune sperimentazioni, o sviluppo di modelli organizzativi e supporti tecnologici innovativi per migliorare la sicurezza.

Lo scopo del Piano Annuale di Risk Management (PARM) è quello di descrivere e indirizzare le azioni di miglioramento riconosciute come prioritarie per la gestione del rischio clinico.

Gli interventi pianificati sono finalizzati ad apportare specifici correttivi alle criticità osservate, migliorando così la sicurezza del paziente e la qualità dei servizi offerti in osservanza agli obblighi legislativi.

**Il PARM** riguarda quindi il sistema struttura di cura nel suo insieme e consta di azioni che includono: valutazione dei principali processi, analisi del rischio, promozione e implementazione di procedure e istruzioni operative, formazione e informazione.

Le attività che si realizzano attraverso il PARM e che fanno per questo parte delle iniziative aziendali in materia di rischio clinico, concorrono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza ed economicità/sostenibilità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali.

La presenza della figura del Risk Manager, pur principale responsabile dell'adempimento delle azioni previste nel PARM, non solleva dalle specifiche responsabilità i soggetti formalmente preposti alla gestione dei processi assistenziali e alla realizzazione degli interventi pianificati così come declinati nella sezione 3 (obiettivi) e nella sezione 4 (attività e matrice delle responsabilità), ma coordina ed armonizza con gli stessi l'intero sistema di gestione del rischio.

Ogni soggetto aziendale, infatti, svolge un ruolo determinante e di amplificazione nel diffondere con successo la cultura della sicurezza e la conoscenza del rischio.

### **1.1) Contesto organizzativo**

Il Centro Beta Eco Rad srl è classificato come centro di Diagnostica per immagini; In particolare vengono svolti esami di :

- Radiologia digitale
- Ecografia
- Ecocolordoppler
- Risonanza magnetica
- TAC/MOC

- Cardiologia
- Diagnostica domiciliare

### 1.2) Descrizione degli eventi/sinistri dell'ultimo triennio

Si riporta in tabella la situazione sinistri del centro :

Anno	N° Sinistri	Risarcimenti erogati
2020	0	0
2021	0	0
2022	0	0
2023	-	-
2024	-	-
Totale	-	-

### 1.3) Resoconto delle attività del PARM precedente

N.D.

## 2. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARM

La realizzazione del PARM riconosce sempre almeno due specifiche responsabilità:

- a) quella del **Risk Manager**, che lo redige e ne monitorizza l'implementazione tenendo in considerazione anche le Linee Guida Regionali ;
- b) quella della **Direzione Strategica Aziendale** che s'impegna a fornire direttive (piano di budgeting, valutazione performance, definizione di specifici progetti aziendali) e risorse a tutte le macrostrutture coinvolte nel PARM.

<b>Azione</b>	<b>Risk Manager</b>	<b>Amministratore</b>	<b>Direttore Tecnico</b>
Redazione PARM	R	C	C
Adozione PARM	I	R	C
Monitoraggio PARM	R	I	C

**Legenda:**

R = Responsabile

C = Coinvolto

I = Interessato

Nella specifica realtà del **Centro Beta** ", l'Unità di Risk Management è composta da:

**Risk Manager: dott.ssa Laura Santojanni**

**Direttore Tecnico Resp. Diagnostica per Immagini : Dott.re Carmine D'Elia**

**Amministratore: Dott.re Nicola Vitrano**

### 3) OBIETTIVI

Per l'anno 2023 si considerano prioritari i seguenti obiettivi:

1. Uso della scheda di **incident reporting** mediante formazione specifica al personale
  
2. Informazione ai pazienti mediante implementazione e verifica della procedura della comunicazione esterna già introdotta. La verifica è da realizzarsi attraverso interviste e/o questionari di gradimento sulla comunicazione rivolti ai pazienti al fine di garantire loro un buon livello di comunicazione e una loro migliore soddisfazione.
  
3. Riduzione del numero di Esami ripetuti
  
4. Per ciascun obiettivo sono previsti gli strumenti indicati in tabella.

N°	Obiettivo Specifico	Strumenti per la realizzazione
1	Uso della scheda di incident reporting	Formazione del personale sul corretto utilizzo del modulo
2	Informazione ai pazienti	Intervista/questionario di gradimento sulla comunicazione da sottoporre ai pazienti
3	Riduzione del numero di Esami ripetuti	Apparecchiature efficienti e Controllo qualità delle apparecchiature radiologiche
4	Formazione del personale	Formazione costante , mediante pianificazione di corsi annualmente.

#### 4. ATTIVITA' E MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Le responsabilità sono costantemente condivise dalla figura del Risk Manager e dall'amministratore per quanto riguarda la parte di programma più propriamente strategica, mentre investono direttamente sia medici che membri del personale tecnico per quanto riguarda la parte operativa di progettazione e realizzazione degli obiettivi pianificati.

<b>N°</b>	<b>Obiettivo Specifico</b>	<b>Strumenti per la realizzazione</b>	<b>Figure coinvolte</b>
1	Uso della scheda di incident reporting	Formazione del personale sul corretto utilizzo del modulo	Tutto il personale
2	Informazione ai pazienti	Intervista/questionario di gradimento sulla comunicazione da sottoporre ai pazienti	Personale Accettazione
3	Riduzione del numero di Esami ripetuti	Apparecchiature efficienti e CQ delle apparecchiature radiologiche	DT – Personale sanitario
4	Mantenere la certificazione di qualità	Verifiche ispettive interne e audit clinici	DT- Amministratore Tutto il Personale

Per ciascun obiettivo specifico sono individuati i seguenti indicatori:

<b>n°</b>	<b>Obiettivo Specifico</b>	<b>indicatore</b>
1	Uso della scheda di incident reporting	N° schede IR/tot Eventi Avversi/Near miss / anno
2	Informazione ai pazienti	Risultati Questionari soddisfazione pazienti > 80% N° reclami anno < 10
3	Riduzione del numero di Esami ripetuti	N° esami ripetuti per errore operatore < 0.5%
4	Mantenere la certificazione di qualità	Audit clinici / pianificazione di Verifiche ispettive interne / NC per il miglioramento

## **5. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARM**

Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività previste dal PARM e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, sarà eseguita una riunione interna con tutto il personale del Centro .

Casalnuovo di Napoli

20.07.2023

Il Risk Manager

Dr.ssa Laura Santojanni