

PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM)

HABILITA SARNICO ANNO 2026

INDICE

1. PREMESSA

1.1 Contesto organizzativo

1.2 Relazione consuntiva anno 2025

1.3 Posizione assicurativa

2. RESPONSABILITA' DEL PARM

3. OBIETTIVI

4. ATTIVITA'

5. MODALITA' DI DIFFUSIONE

6. RIFERIMENTI NORMATIVI

1. PREMESSA

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha da tempo evidenziato la necessità che “sia la stessa organizzazione sanitaria ad intervenire per assicurare ai pazienti l'erogazione di prestazioni altamente qualificate e sicure”, confortata anche dai dati della letteratura scientifica internazionale che evidenziano come il problema degli errori ed eventi avversi in sanità rappresentino una vera e propria emergenza visti i rilevanti costi che comportano sia in termini di vite umane che economici. Ciò premesso l'azienda ha inserito dei meccanismi di controllo e prevenzione dell'errore. In questa logica, l'attenzione viene spostata sul contesto in cui il professionista opera, evidenziandone le criticità, le condizioni che hanno portato all'errore e che risiedono nell'organizzazione (scelte e decisioni sbagliate del management), nella strumentazione che non risponde a criteri funzionali, nella formazione non in grado di sviluppare le skill necessarie, nei carichi di lavoro che incrementano lo stress occupazionale e quindi la probabilità di errore. Affinché tale attività sia efficace è necessario che la sicurezza dei Pazienti sia continuamente presidiata, con azioni di monitoraggio e analisi diffondendo nello stesso tempo l'elaborazione di raccomandazioni e pratiche per la stessa sicurezza, interessando, altresì, di mano in mano il coinvolgimento di pazienti e cittadini, la formazione degli operatori sanitari, il RSPP e tutti gli stakeholder che intervengono nell'attività sanitaria. Tale approccio è definito Gestione del Rischio Clinico che, come tale, rappresenta un elemento di Governo Clinico, elemento definito come “sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili per il miglioramento continuo dei loro servizi e garantiscono elevati standard di performance assistenziale, assicurando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica”.

Il documento è stato redatto 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. Il miglioramento della Qualità è obiettivo prioritario per l'Azienda: tale miglioramento riguarda sia le prestazioni e i processi assistenziali (sanitari, sociosanitari e sociali) sia le attività e i processi professionali, tecnici e amministrativi. I principali valori da tutelare sono:

- La sicurezza dei Pazienti (rischio clinico);
 - La salute e la sicurezza dei Lavoratori (rischio lavorativo);
 - La tutela dei dati e la privacy (rischio informativo);
 - La correttezza amministrativa e contabile (rischio amministrativo e contabile);
- Con questo documento si intende pianificare ed attuare le attività di prevenzione e gestione dei possibili rischi all'interno della struttura socio-sanitaria gestita dalla Società anche secondo quanto previsto dalla 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.

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 con la gestione del processo centrale, sono richieste doti di comunicazione e di consultazione. Monitorare e revisionare il processo principale è indispensabile al fine di 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.

La funzione di Risk Manager Aziendale è affidata alla Direzione Medica Aziendale del gruppo Habilita. La Direzione Sanitaria di ciascuna struttura del gruppo, a sua volta, provvede a garantire periodici monitoraggi della qualità e delle prestazioni erogate attraverso specifiche attività di controllo (Piano di controllo, Reporting a cura della Struttura stessa); laddove si verificassero e/o riscontrassero incongruenze o criticità è prevista l'attivazione di Audit di Rischio Clinico con la partecipazione obbligatoria del Risk Manager Aziendale e degli attori coinvolti.

Il Risk Manager si rapporta direttamente per la sua attività con il consiglio di amministrazione del Gruppo, riferisce (in forma scritta e in dettaglio) all'Amministratore Delegato e al Presidente dell'attività svolta e, in particolare, del livello di realizzazione del PARM, dei risultati conseguiti, delle criticità emerse, delle attività svolte, dei provvedimenti adottati. È prevista, inoltre, la stesura di una relazione annuale. Il Risk Manager, disponendo di una struttura operativa ad-hoc, con la quale vengono soddisfatte le esigenze connesse alla realizzazione del PARM. Il nucleo centrale è rappresentato dalla Direzione Medica Aziendale che si rapporta, in particolare, con:

- Ufficio Formazione per l'attività formativa rivolta agli Operatori e organizzata per obiettivi. Questi ultimi saranno fissati in rapporto alle specifiche necessità aziendali e di realizzazione del PARM.
- Direzione Sanitaria per la formulazione, in rapporto alla normativa ministeriale e regionale e alle necessità aziendali, delle Linee Guida e dei protocolli necessari. Essi, in collaborazione con i Responsabili delle Unità Operative/Servizi e con i Dirigenti Infermieristici, coadiuva il Risk Manager nell'applicazione di linee

guida/protocolli esistenti ed eroga e controlla la formazione rivolta al personale, necessaria per consentirne l'applicazione.

- Ufficio Affari Legali per la gestione dei sinistri, sia in fase extragiudiziaria che giudiziaria, integrando in questa attività il Comitato Valutazione Sinistri (CVS).
- Ufficio Prevenzione e Protezione per tutte le attività finalizzate alla sicurezza degli Operatori.
- Ufficio Tecnico per la sicurezza delle infrastrutture e per il miglioramento del rischio connesso alla gestione degli ambienti, degli impianti e delle apparecchiature, avvalendosi anche dell'ingegneria clinica.
- Ufficio Logistico per le attività di approvvigionamento.
- Comitato Controllo Infezioni Ospedaliere (CIO) per la prevenzione e il contenimento delle infezioni.

1.1 Contesto organizzativo

Da febbraio 2008 la gestione dell'Ospedale viene affidata all'ente **Habilita SPA**, Istituto Clinico altamente qualificato nel management di strutture sanitarie a carattere riabilitativo.

Le attività dell' Istituto Clinico **Habilita Ospedale di Sarnico** sono:

DEGENZA	• Riabilitazione specialistica • Riabilitazione generale e geriatrica • Medicina Interna • DH riabilitativo	
POLIAMBULATORI	• Cardiologia • Chirurgia generale - Proctologia • Gastroenterologia • Dermatologia • Fisiatria • Medicina interna: • Recupero e Riabilitazione funzionale	• Neurologia • Oculistica • Odontoiatria • Ortopedia • Pneumologia • Chirurgia vascolare • Urologia
SERVIZI	• Diagnostica per immagini	• Punto prelievi

RISORSE UMANE Totali n. 185	<u>Profilo Professionale</u>	<u>Numero Risorse Umane</u>
	<u>Medici</u>	<u>47</u>
	<u>Infermieri</u>	<u>33</u>
	<u>Fisioterapisti</u>	<u>29</u>
	<u>Altre professioni sanitarie</u>	<u>51</u>
	<u>Area Tecnica</u>	<u>6</u>
	<u>Area Amministrativa</u>	<u>12</u>
	<u>Altre professioni non sanitarie</u>	<u>7</u>

POSTI LETTO	Setting	Numero posti letto
	<u>Degenza riabilitazione</u>	<u>76</u>
	<u>Medicina</u>	<u>24</u>
	<u>DH</u>	<u>3</u>
POSTAZIONI	<u>MAC</u>	<u>11</u>

Dati di attività (anno 2025)

Degenza

Unità Operativa	Dimessi Residenti	Dimessi Fuori Regione	Dimessi totali	Totale Giornate di degenza	Degenza media
Riabilitazione specialistica/generale geriatrica	841	49	890	27570	30
Medicina	350	3	353	2945	8

Unità Operativa	Numero dimessi	Totale accessi	Numero medio accessi paziente
DH riabilitativo	6	224	34

Prestazioni Ambulatoriali

PRESTAZIONI AMBULATORIALI ANNO 2025

DISCIPLINE	SSN	SOL	TOTALI
CARDIOLOGIA	3827	210	4037
CHIRURGIA GENERALE	1686	264	1950
CHIRURGIA VASCOLARE	1317	195	1512
DERMATOLOGIA	266	271	537
DIAGNOSTICA X IMMAGINI	20122	1766	21888
GASTROENTEROLOGIA	145	20	165
LABORATORIO ANALISI (Punto prelievi)	260832	10257	271089
MEDICINA GENERALE	3472	291	3763
NEUROLOGIA	3864	143	4007
OCULISTICA	1468	391	1859
ORTOPEDIA	354	106	460
PNEUMOLOGIA	3718	58	3776
RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	12899	2742	15641
UROLOGIA	646	329	975
TOTALI	314616	17043	331659

Relazione consuntiva degli eventi avversi anno 2025

La stesura del documento avviene attraverso un'attività di revisione sistematica delle cartelle cliniche chiuse. L'analisi delle cartelle cliniche è stata integrata con una attività di Audit clinico, con interviste rivolte al personale medico e infermieristico con la disamina di comunicazioni interne, indirizzate dalla Direzione Sanitaria ai medici/operatori della struttura, e riguardanti alcune criticità riscontrate nell'esercizio delle funzioni. Infine sono stati effettuati dei Focus Group con il coinvolgimento delle diverse figure sanitarie (mediche e non) dei Reparti per affrontare specifiche problematiche inerenti la qualità di compilazione della cartella clinica, da considerare strumento per la valutazione della qualità assistenziale.

Relativamente all'anno 2025, in relazione agli eventi occorsi, ai sensi della classificazione del Ministero della Salute, non è stato segnalato nessun evento significativo.

Dall'analisi delle segnalazioni è emerso che i fattori contribuenti all'evento predominante, la caduta, sono prevalentemente da ricondursi al paziente, sovente non collaborativo per mancata adesione al piano assistenziale e/o per presenza di patologie, complesse o gravi, che costituiscono esse stesse determinanti di rischio.

1.2 Posizione assicurativa

L'Azienda è in regime di assicurazione, adotta, per la responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera, misure analoghe alla copertura assicurativa ai sensi dell'art. 27, comma 1-bis del Decreto-legge 24 giugno 2014, n.90, convertito con modificazioni dalla Legge 11 agosto 2014, n. 114, anche per danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso la Struttura sanitaria. Allo stato attuale, l'obbligo di copertura assicurativa è surrogato dall'adozione di altre analoghe misure (autotutela). La struttura, inoltre, si premura di verificare che ogni professionista che operi, a qualunque titolo, nella stessa sia in possesso di copertura assicurativa.

2. RESPONSABILITA' DEL PARM

La realizzazione del Piano annuale Risk management (PARM) 2025 riconosce due specifiche responsabilità:

- 1) Quella del Risk Manager che redige e promuove lo stesso tenendo in debito conto le linee guida regionali e dell'Istituto in materia di Risk Management
- 2) Quella della Direzione Operativa dell'Istituto che s'impegna ad adottarlo e a fornire al Risk Manager e all'organizzazione della struttura le risorse e le opportune direttive per *la realizzazione delle attività in esso previste*.

Matrice di responsabilità

Azione	Risk Manager	Legale Rappresentante	Direttore Sanitario	RSPP
Redazione	R	I	C	C
Approvazione	I	R	I	I
Adozione e diffusione	C	-	R	R
Monitoraggio	R	-	R	R

Legenda:

R – Responsabile ; C – Coinvolto ; I – Interessato

3. OBIETTIVI

Il Piano Annuale di Risk Management (PARM) è stato redatto ai sensi della Circolare 46/SAN del dicembre 2004 e successivi aggiornamenti.

La formulazione del PARM e la sua effettiva applicazione, la partecipazione attiva degli Operatori, la condivisione degli obiettivi da parte di tutti i soggetti interessati, l'integrazione tra i diversi soggetti aziendali (Direzione Aziendale, Direzione Sanitaria/Responsabile medico, Strutture Operative, Servizio di *Risk Management*) costituisce un momento fondamentale di diffusione ed affermazione della cultura della sicurezza delle cure e di un *"modello partecipativo"* per l'attività assistenziale intesa nel senso più ampio possibile. La sicurezza delle cure come parte costitutiva del diritto alla salute, perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività, realizzata anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative, costituiscono la *mission* dell'Azienda. Ciò anche per soddisfare il bisogno assistenziale, tenendo conto della necessità di garantire diagnosi e cure tempestive.

Il PARM 2025 intende pertanto perseguire i seguenti obiettivi strategici:

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 al monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi;
3. Promuovere una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli Operatori e delle Strutture;
4. Partecipare alle attività regionali in tema di *Risk Management*.

Tutte le articolazioni aziendali, per competenza, collaborano con il Risk Manager Aziendale e concorrono al raggiungimento degli obiettivi.

4. ATTIVITA'

Le attività che si realizzano, anche attraverso il PARM, fanno parte delle iniziative aziendali in tema di Rischio Clinico e contribuiscono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza ed economicità/sostenibilità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali.

Viene di seguito riportato l'elenco delle attività pianificate per l'anno 2025-26, con la definizione di un indicatore misurabile e dello standard da raggiungere

Indicatore	DATI ANNO 2025	OBIETTIVI ANNO 2026
Numero giornate oltre soglia	385	Oltre soglia < 300
Numero ricoveri	1253	≥ 1200
Numero trasferimenti Ospedale per acuti	19 (1.5%)	< 1% dei ricoveri
Numero decessi	33 (3%)	< 2 %
Numero infezioni nosocomiali	131 (3%)	≤ 3 %
Numero cadute accidentali	63 (5%)	< 5 %
Numero dimissioni volontarie	15 (1%)	≤ 1 %

5. MODALITA' DI DIFFUSIONE

Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività e degli interventi previsti dal PARM 2025 e per favorire il raggiungimento degli obiettivi prefissati, il Risk Manager Aziendale assicura la massima diffusione del documento a tutte le Strutture attraverso la:

1. pubblicazione sul sito aziendale;
2. cartella condivisa;
3. pubblicazione sul Portale Qualità;
4. invio tramite e-mail alla Direzione Sanitaria/Responsabile Medico di Struttura;

Sarà cura del Direttore Sanitario provvedere alla diffusione capillare del documento a tutti gli Operatori Sanitari.

6. 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. Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
7. Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";
8. 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";
9. Determinazione Regionale n. G04112 del 01 aprile 2014 recante "Approvazione del documento recante: 'Linee di indirizzo regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA)"; IO. Nota prot. n. 58028/GR/II/26 del 03 febbraio 2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria - Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante "Relazione conclusiva Piani Annuali di Risk Management delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Lazio 0014; Obiettivi 2015 Rischio Clinico Regione Lazio;
11. Nota prot. n. 99218/GR/II/26 del 23 febbraio 2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria - Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante "Percorso Aziendale per il recepimento delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza dei pazienti";
12. Legge 28 dicembre 2015, n. 208 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)";
13. Determinazione Regionale n. G12355 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del documento recante Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella";
14. Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti";
15. 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";
16. Nota prot. U0583694 del 17 novembre 2017 della Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali - Area Programmazione della Rete Ospedaliera e Risk Management recante "Adempimenti LEA2017";
17. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017";
18. Determinazione n. G01226 del 2 febbraio 2018 recante "Revisione delle Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) ai sensi della legge 24/2017".
19. Determinazione n. G00164 2019 Linee_Guida_PARM. Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)".
20. Requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private e per gli esercenti le professioni sanitarie – Decreto n. 232 del 15 dicembre 2023