AZIENDA SANITARIA LOCALE BENEVENTO
Via Oderisio 1 - 82100 Benevento

Deliberazione N. 155 del 28/03/2025

PROPONENTE: U.O.C. Servizio Prevenzione e Protezione Risk management

OGGETTO: ADOZIONE PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (P.A.R.M.) 2025

In pubblicazione dal 28/03/2025 e per il periodo prescritto dalla vigente normativa in materia - art.8 D.Lgs 14/2013, n.33 e smi

Atto immediatamente esecutivo

Elenco firmatari

Daniela De Luca - UFFICIO DELIBERE

Apollonia Di Mella - U.O.C. Servizio Prevenzione e Protezione Risk management

Carlo Esposito - DIREZIONE AMMINISTRATIVA

Marco De Fazio - DIREZIONE SANITARIA

Gennaro Volpe - DIREZIONE GENERALE

Il presente atto, in formato digitale e firmato elettronicamente, costituisce informazione primaria ed originale ai sensi dei combinati disposti degli artt. 23-ter, 24 e 40 del D.Lgs. n. 82/2005. Eventuale riproduzione analogica, costituisce valore di copia semplice a scopo illustrativo.

REGIONE CAMPANIA

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI BENEVENTO

UOC PROPONENTE: UOC PREVENZIONE E PROTEZIONE E RISK MANAGEMENT

OGGETTO: ADOZIONE PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (P.A.R.M.) 2025

LA PRESENTE DELIBERAZIONE SI COMPONE DI n._____ PAGINE CON n._____ ALLEGATI CHE FORMANO PARTE INTEGRANTE E SOSTANZIALE DELLA STESSA

DICHIARAZIONE DEL RESPONSABILE

Si attesta la regolarità giuridico-amministrativa del presente atto e di adeguata istruttoria (artt. 4, 5 e 6 L. 241/90)
Il Responsabile del Procedimento
Dott.ssa Apollonia Di Mella

Si attesta che il costo/ricavo di € _____ imputato al conto n._____ (denominazione del conto) del Bilancio _____ ha capienza nel budget assegnato n._____

Si attesta che il presente atto non comporta costi per l'Azienda

Il Dirigente Responsabile UOC

Dott.ssa Apollonia Di Mella

ESECUTIVITA'	**RELATA DI NOTIFICA**
ORDINARIA ◻ IMMEDIATA ◻ Dal_____	Si ATTESTA che la presente delibera è stata affissa in modalità telematica all'Albo Pretorio informatico dell'Ente. Il Responsabile della Pubblicazione Il Funzionario Ufficio Delibere

Il Direttore Responsabile dell'Unità Operativa Complessa Prevenzione e Protezione e Risk Management, in forza della disposizione prot.n. 7508 del 23/01/2023, alla stregua dell'istruttoria compiuta ai sensi degli art. 4, 5 e 6 della Legge 241/90, delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità amministrativo– contabile resa a mezzo della sottoscrizione della presente;

Dichiarata altresì espressamente con la sottoscrizione, nella qualità di responsabile del trattamento anche nella fase di pubblicazione, la conformità del presente atto ai principi di cui al D. Lgs 30 giugno 2003, n.196, con consequenziale esclusiva assunzione di responsabilità;

Dichiarata, infine, la conformità del presente atto ai principi di cui alla Legge 6 novembre 2012, n.190;

Il Direttore
UOC Prevenzione e Protezione e Risk Management
Dott.ssa Apollonia Di Mella

PREMESSO che:
- la sicurezza delle cure e del paziente all'interno delle organizzazioni sanitarie è obiettivo rilevante dei processi assistenziali in ragione del fatto che detti processi possono essere gravati da incidenti non voluti prevenibili attraverso interventi preventivi che riguardano la struttura, le procedure e la formazione degli operatori nell'ottica del miglioramento continuo della qualità e sicurezza delle cure;
- la Regione Campania con DGRC n. 1688/2005, e successivi decreti, ha dettato le indicazioni programmatiche per l'avvio nelle Aziende Sanitarie di apposite metodologie, sistemi e strumenti finalizzati alla Gestione del Rischio Clinico;
- nel corso di questi anni la Regione Campania ha sviluppato iniziative finalizzate alla diffusione e all'adozione di metodi e strumenti per la Gestione del Rischio Clinico ed ha implementato il sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES) e degli eventi sentinella per rispondere al debito informativo regionale nei confronti del Ministero della Salute;
- l'adozione e attuazione di un piano aziendale per la gestione del rischio clinico, orientato alla sicurezza delle cure e delle persone assistite/pazienti, operatori e ambiente, e contempli ruoli, responsabilità, risorse impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione rientra tra i compiti della Direzione Aziendale delle AA.SS.LL. e Enti del SSR (L.R. n. 20 del 23/12/2015);

RILEVATO che la L. n. 24/2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" si pone l'obiettivo di garantire la sicurezza delle cure quale parte costitutiva del diritto alla salute, nell'interesse dell'individuo e della collettività;

DATO ATTO che in ottemperanza a quanto previsto dalla legislazione nazionale e regionale, l'ASL Benevento dispone di un modello gestionale orientato alla gestione del rischio, alla prevenzione degli eventi avversi/sentinella ed alla conseguente regolamentazione ed implementazione di buone pratiche e raccomandazioni;

VISTA la nota della Regione Campania prot. n. PG/2022/0630980 del 20/12/2022 con cui è stato trasmesso il DGRC n. 99 del 16/12/2022 avente ad oggetto "Approvazione Linee di indirizzo per l'elaborazione del P.A.R.M.";

CONSIDERATO che il suddetto Decreto stabilisce che entro il 31 marzo di ogni anno, le Aziende ed Enti del SSR pubblichino sul proprio sito aziendale il proprio P.A.R.M., seguendo le indicazioni contenute nel documento regionale e/o s.m.i.;

RITENUTO, pertanto, di dover procedere all'adozione del PARM per l'anno 2025

PROPONE

per i motivi suesposti, qui riportati e confermati, di adottare il Piano Annuale Risk Management (P.A.R.M) per l'anno 2025 che si allega alla presente per costituirne parte integrante e sostanziale, con i risultati degli obiettivi 2024 e le attività previste per il 2025

Il Direttore
UOC Prevenzione e Protezione e Risk Management
Dott.ssa Apollonia Di Mella

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Gennaro Volpe, in virtù dei poteri conferitigli con Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 325 del 21.06.2022 e D.P.G.R. n. 112 del 04.08.2022 e dell'atto Deliberativo n. 281/2022 col quale veniva immesso nelle funzioni con decorrenza 09.08.2022;

Visti i pareri del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario che con la sottoscrizione del presente provvedimento si intendono favorevoli:

Il Direttore Amministrativo
Dott. Carlo Esposito

Il Direttore Sanitario
Dott. Marco de Fazio

DELIBERA

1. per i motivi suesposti, qui riportati e confermati, di adottare il Piano Annuale Risk Management (P.A.R.M) per l'anno 2025 che si allega alla presente per costituirne parte integrante e sostanziale, con i risultati degli obiettivi 2024 e le attività previste per il 2025;
2. demandare alla UOC Prevenzione e Protezione e Risk Management i provvedimenti conseguenziali al presente atto;
3. trasmettere il presente provvedimento a cura dell'Ufficio Delibere:
   - al Collegio Sindacale ai sensi di legge, per quanto di competenza;
   - ai Direttori dei Distretti Sanitari e dei Dipartimenti;
4. rendere lo stesso immediatamente esecutivo.

IL DIRETTORE GENERALE
dott. Gennaro Volpe

Il Segretario verbalizzante
Dott.ssa Daniela De Luca

ASL BENEVENTO

PARM 2025

Risultati Anno 2024 – Piano Anno 2025

Sommario

CONTESTO ORGANIZZATIVO 3
POLITICA E OBIETTIVI PER LA SICUREZZA E QUALITÀ DELLE CURE DELL'ASL BENEVENTO 7
OBIETTIVI PER LA SICUREZZA E QUALITÀ DELLE CURE DELL'ASL BENEVENTO 8
MODALITÀ DI GESTIONE DELLE ATTIVITÀ DI RISK MANAGMENT 8
ORGANIZZAZIONE E MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ 9
RENDICONTAZIONE DELLA GESTIONE PROATTIVA E REATTIVA REALIZZATA NEL CORSO DELL'ANNO 2024 10
ANALISI DEI SINISTRI 11
REVISIONI DI PERCORSI ATTUATI A PARTIRE DALL'ANALISI DEI SINISTRI 11
GESTIONE DELLE SEGNALAZIONI DI INCIDENT REPORTING 12
ANDAMENTO DELLE SEGNALAZIONI DI EVENTI PER TIPOLOGIA 13
RENDICONTO ATTIVITÀ REALIZZATE PER DEBITI FORMATIVI FLUSSI REGIONALI E SIMES 13
OBIETTIVI GENERALI E RISULTATI ANNO 2024 14
OBIETTIVI 19
ATTIVITÀ 19
LINEE D'INTERVENTO PER L'ANNO 2025 23
COMUNICAZIONE, PARTECIPAZIONE E CONDIVISIONE 23
LEGGI, NORME, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA E RACCOMANDAZIONI APPLICABILI 24

Contesto Organizzativo

L'ASL Benevento, che comprende l'intero territorio della provincia di Benevento, è stata costituita con Decreto del Presidente Giunta Regionale della Campania n. 12262 del 22 dicembre 1994.

Caratteristiche geo-demografiche della Provincia di Benevento Ambito ASL Benevento	
Totale superficie (in kmq)	2.070,58
di cui Montagna (in kmq)	1.143
di cui Collina (in kmq)	922
di cui Pianura (in kmq)	-
N° comuni totale	78
di cui N° com < 20.000 abitanti	77
di cui N° com > 20.000 abitanti	1
Popolazione totale	288.560
di cui Popolazione 0-14	38.599
di cui Popolazione 15-64	189.007
di cui Popolazione > 64	60.954
Maschi Totale	139.149
Femmine Totale	149.411
Età media	43,1
Stranieri residenti	5.650
Stranieri residenti/popolazione residente (%)	1,98
Nati vivi	1.951
Morti	2.968
Iscritti dall'estero	1.052
Cancellati per l'estero	243
Saldo demografico	-1.017

L'Azienda è organizzata in Distretti Sanitari e Dipartimenti Funzionali, così come individuati dalle rispettive delibere/atti aziendali. In totale ci sono 5 Distretti Sanitari, 2 Dipartimenti strutturali (Dipartimento di Salute Mentale e Dipartimento di Prevenzione) e 1 Dipartimento funzionale (Dipartimento di Medicina Territoriale), come da atto aziendale approvato con DGRC n. 58 del 8.2.2024, DG n. 100 del 22.2.2024 e Deliberazione n. 39 del 31.01.2025.
I predetti cinque distretti sanitari sono così articolati:

Caratteristiche demografiche Distretti Sanitari ASL Benevento

	popolazione residente 2022	superficie in kmq	densità abitanti/Kmq	tasso natalità	tasso mortalità	saldo naturale	% pop residente su tot. pop ASL
Benevento	72.440	191,18	383,92	7,75	9,18	-203	25,11
S. Giorgio del Sannio	58.493	411,10	142,56	7,81	9,90	-148	20,56
Montesarchio	56.271	244,12	226,06	9,20	9,70	-69	19,42
Telese Terme	55.200	391,97	139,97	8,83	12,01	-175	19,40
Alto Sannio	45.156	832,21	113,61	6,68	13,60	-422	15,52
	288.560	2.070,58	139,51	8,04	10,68	-1.017	100,00

Si stima pertanto una popolazione complessiva da assistere pari a 294.210 unità (popolazione residente + stranieri residenti)

Distretti di afferenza dei comuni ricompresi nell'ambito territoriale ASL BN

Distretto di Benevento	Benevento, Apollosa, Arpaise, Ceppaloni, San Leucio del Sannio
Distrettodi S. Giorgio del Sannio	Apice, Buonalbergo, Calvi, Castelpoto, Cautano, Foglianise, Paduli, Pago Veiano, Pesco Sannita, Pietrelcina, Ponte, S. Angelo a Cupolo, San Giorgio del Sannio, S. Martino Sannita, S. Nazzaro, S. Nicola Manfredi, S. Arcangelo Trimonte, Torrecuso, Vitulano
Distretto di Montesarchio	Montesarchio, Airola, Arpaia, Bonea, Bucciano, Campoli del Monte Taburno, Durazzano, Forchia, Frasso Telesino, Moiano, Pannarano, Paolisi, S.Agata de' Goti, Tocco Caudio
Distretto di Telese Terme	Telese Terme, Amorosi, Castelvenere, Cerreto Sannita, Cusano Mutri, Dugenta, Faicchio, Guardia Sanframondi, Limatola, Melizzano, Paupisi, Pietraroja, Puglianello, San Lorenzello, San Lorenzo Maggiore, San Lupo, San Salvatore Telesino, Solopaca
Distretto Alto Sannio Fortore	Morcone, Campolattaro, Casalduni, Castelpagano, Circello, Colle Sannita, Fragneto l'Abate, Fragneto Monforte, Pontelandolfo, Reino, Santa Croce del Sannio, Sassinoro, San Bartolomeo in Galdo, Baselice, Castelfranco in Miscano, Castelvetere in Valfortore, Foiano Valfortore, Ginestra degli Schiavoni, Molinara, Montefalcone Valfortore, San Giorgio la Molara, San Marco dei Cavoti

Erogatori Assistenza Territoriale	
MMG	162
Pediatri libera scelta	25
Farmacie territoriali	106
Ospedali/Case di Cura	9
Presidi Continuità Assistenziale	23
SAUT/PSAUT/Auto Medica	10
Strutture di riabilitazione pubbliche	1
Strutture di riabilitazione private	11
RSA pubbliche	1
RSA private	6
Laboratori pubblici	2
Laboratori privati	25
Radiologia pubblici	3
Radiologia privati	13
Strutture dipendenze patologiche pubbliche	3
Strutture dipendenze patologiche private	1
Strutture salute mentale pubbliche	5
SPDC pubblico	1
Centri dialisi pubblici	1
Centri dialisi privati	5
Centri FKT privati	9
Centri medicina nucleare privati	1
Centri termali privati	2
Consultori familiari pubblici	9
Medicina penitenziaria	2
Sistema 118 pubblico	1

ELENCO CASE DI CURA CONVENZIONATE

DENOMINAZIONE	INDIRIZZO
NUOVA CLINICA SANTA RITA	Viale A. Mellusi, 103 - Benevento
OSPEDALE SACRO CUORE DI GESU' - FATEBENEFRATELLI	Viale P. Di Napoli - Benevento
CASA DI CURA GEPOS	Via Roma –Telese Terme (BN)
CASA DI CURA CURAT ET SANAT – SAN FRANCESCO	Viale Europa –Telese Terme (BN)
CENTRO MEDICO DI RIABILITAZIONE (CMR)	Via Pennino, Traversa Mustilli – Sant'Agata dé Goti (BN)
RELAX SAN SALVATORE TELESINO	Via Bagni Vecchi – San Salvatore Telesino (BN)
MEDICAL CENTER	Via Piano Cappelle - Benevento
ICS MAUGERI	Via Bagni vecchi – Telese Terme (BN)
KOS CARE (EX VILLA MARGHERITA)	Contrada Piano Cappelle - Benevento
CENTRO MEDICO VILLA FELICE	Via Dei Sanniti, 67 – San Giorgio Del Sannio (BN)
LE STANZE DEL SORRISO -VIVISOL	Via G. De Mario – Santa Croce Del Sannio (BN)
PIANETA ANZIANI - DONATELLO	Via Lorenzoni Carrè - Bonea (BN)
EMMANUEL	Via San Pasquale – Faicchio (BN)

Il territorio aziendale si presenta molto disomogeneo dal punto di vista orografico e della densità abitativa che è alta nella area Est e Sud e molto bassa nell'area Nord.
Queste differenze determinano una diversa organizzazione dell'assistenza sul territorio aziendale.
Nell'ASL Benevento con Delibera DG n. 286 del 22/05/2023, integrata con successive delibere di sostituzioni, è stata creata la rete Facilitatori/Referenti presso le macroarticolazioni dell'ASL BN, in quanto le attività di gestione del Rischio Clinico, alla luce della l.gs 24/2017 (c.d. Leggi Gelli-Bianco), sono in capo a tutti gli esercenti la professione sanitaria.

Politica e Obiettivi per la Sicurezza e Qualità delle Cure dell'ASL Benevento

Introduzione

La 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", si pone l'obiettivo di garantire la sicurezza delle cure quale parte costitutiva del diritto alla salute, nell'interesse dell'individuo e della collettività. In funzione di questo obiettivo, si stabilisce la necessità di un'attività di prevenzione e di gestione dei rischi connessi all'erogazione di prestazioni sanitarie ed all'utilizzo appropriato delle risorse strutturali tecnologiche ed organizzative. Tale Legge, prevede che le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie predispongano una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto tali accadimenti e sulle conseguenti iniziative messe in atto; è previsto inoltre che la medesima relazione venga pubblicata nel sito internet della struttura sanitaria. Tale previsione richiama anche precedenti indirizzi normativi, come quelli contenuti nella Legge 28 dicembre 2015, n. 208 in cui si disponeva che tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivassero un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management), anche per l'effettuazione di percorsi di audit o di altre metodologie finalizzate allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti, con segnalazione anonima del quasi-errore e analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari. Il Decreto Ministeriale di istituzione dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza in sanità del 29 settembre 2017 chiarisce poi ulteriormente quali sono gli accadimenti di interesse, considerando tutti gli "incidenti" correlati alla sicurezza delle cure, non solo quelli causativi di un danno (eventi avversi), ma anche quelli che non hanno determinato un danno (eventi senza danno) e i rischi (i cosiddetti "quasi eventi"/near miss: eventi che non si sono verificati, che "stavano per accadere" ma sono stati intercettati/impediti prima del loro verificarsi). Pertanto, le organizzazioni sanitarie devono garantire la trasparenza nei confronti del cittadino attraverso la pubblicazione nel proprio sito internet della presente relazione e anche dei dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio. La relazione annuale deve contenere le "conseguenti iniziative messe in atto" predisposte e attuate a seguito dello studio delle cause degli accadimenti connessi alla sicurezza delle cure, che rappresentano quindi (specialmente in caso di near miss, eventi senza danno o con basso danno) delle opportunità di apprendimento per il miglioramento e l'incremento del livello di sicurezza. L'impegno per la sicurezza, profuso dalle organizzazioni sanitarie regionali, passa quindi non soltanto dalla rilevazione degli "eventi avversi", ma soprattutto dallo sforzo e dalla propensione alla "misurazione della sicurezza delle cure" e all'utilizzo delle relative fonti informative da cui attingere le informazioni. Vi sono infatti ampie evidenze sul fatto che le organizzazioni più affidabili sono quelle che mettono al centro della loro attenzione la misurazione ed il monitoraggio della sicurezza. La questione che viene posta rispetto alla tematica riguarda di fatto l'impegnativo tema dell'individuazione di tutti gli incidenti/accadimenti significativi per la sicurezza delle cure e di tutte quelle informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni che aumentino il livello di sicurezza nelle organizzazioni sanitarie. Non deve sfuggire infatti che la rilevazione degli eventi viene posta dal legislatore in correlazione con l'analisi degli stessi per individuarne le cause e soprattutto per la predisposizione di iniziative conseguenti finalizzate ad evitarne il riaccadimento.

Risulta quindi chiaro che la prospettiva evocata, e che rappresenta l'elemento centrale, è quella della prevenzione e del miglioramento. L'intento di questa Azienda coincide con la necessità di promuovere nel Sistema Sanitario Regionale l'adozione di strumenti di gestione del rischio clinico di carattere sistemico a garanzia della sicurezza dei pazienti (gli eventi sfavorevoli, come da ampia letteratura di settore, sono in larga misura prevenibili e la maggior parte di essi sono riconducibili a fattori sistemici). Tali strumenti di gestione sono contemplati nei precedenti riferimenti normativi.

Obiettivi per la Sicurezza e Qualità delle Cure dell'ASL Benevento

Come già affermato in premessa, la sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività (art 1 legge 24/2017). La "cultura della sicurezza" è dunque presupposto indefettibile per poter garantire il diritto alla salute della persona assistita. La pandemia da Covid-19, che tanto ha "stressato" il SSN (e mondiale), è cessata il 5 maggio 2023 (era iniziata, in Italia, il 11 marzo 2020).
Gli obiettivi da perseguire devono essere indirizzati non tanto alla "quantificazione degli eventi", ma fondamentalmente alla conoscenza dei fenomeni per l'attuazione di azioni di miglioramento.
Si deve prediligere pertanto una rappresentazione dei fenomeni di tipo qualitativo mirata alla valutazione del rischio e all'individuazione di eventuali criticità, nell'ottica dei possibili interventi correttivi e del miglioramento finalizzato all'aumento dei livelli di sicurezza.
Gli obiettivi da perseguire sono i seguenti:
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.

Modalità di gestione delle attività di Risk Management

La letteratura scientifica di settore ha fornito chiari orientamenti quali efficacia degli interventi di approccio multidimensionale ed efficacia del tempestivo feedback. La verifica periodica si basa sull'analisi integrata dei flussi informativi esistenti (incident reporting, sinistri, reclami, revisione di documentazione clinica, flussi riferiti alle cadute, infezioni correlate all'assistenza, eventi sentinella) tramite il confronto dei dati dell'anno in corso con i dati dell'anno precedente. La modalità adottata consente di superare la frammentazione delle fonti informative, come già affermato in precedenza, direttamente o indirettamente collegate alla sicurezza del paziente che ostacolano l'adozione di efficaci politiche di "patient safety" favorendo una visione sistemica, che tiene conto dello specifico profilo di rischio dell'ASL Benevento.

Organizzazione e Matrice delle Responsabilità

La realizzazione del PARM riconosce sempre almeno due specifiche responsabilità:
1. il Risk Manager che lo redige e ne monitorizza l'implementazione;
2. la Direzione strategica che si impegna ad adottarlo ed a fornire al Risk Manager e all'organizzazione aziendale le risorse e le opportune direttive (ad esempio la definizione di specifici obiettivi di budget), per la concreta realizzazione delle attività in esso previste.
Di seguito la matrice delle responsabilità del PARM dell'ASL Benevento:

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	RM	DG	DS	DA	RRS
Politica e Strategie	C	R-A	C	C	
Redazione PARM	R	C	C	I	I
Adozione del PARM	I	C	R	C	
Monitoraggio del PARM	R	C	R	C	I
Analisi e Valutazioni	C	C	R-A	C	C

LEGENDA: RM = Risk Manager; DG = Direttore Generale; DS = Direttore Sanitario; DA = Direttore Amministrativo; RUO = Responsabile Unità Operativa; RRS = Referente Rischio Clinico di Struttura/Facilitatore; R = Responsabile; I = Interessato; C = Coinvolto; A = Approva/Valida.

Il PARM dell'ASL Benevento viene verificato dal Referente Rischio Clinico e dal Direttore UOC Prevenzione e Protezione e Risk Management e armonizzato con le linee di indirizzo della Direzione Generale e quindi verificato.

RENDICONTAZIONE DELLA GESTIONE PROATTIVA E

REATTIVA REALIZZATA NEL CORSO DELL'ANNO 2024

ANALISI DEI SINISTRI

L'ASL Benevento non si avvale di Assicurazioni e/o Broker per la copertura della responsabilità civile verso terzi ma provvede in proprio alla gestione dei sinistri in regime di autoassicurazione. Di seguito si rendono noti i dati relativi al numero dei sinistri definiti nell'ultimo quinquennio per ciascun anno, indipendentemente dall'anno in cui sono stati aperti, con indicazione dell'importo complessivo dei risarcimenti erogati dall'ASL BN in regime di autoassicurazione.
In ottemperanza agli art. 2 comma 5 e art.4 comma 3 della Legge 8 marzo 2017 n.24 la ASL Benevento ha pubblicato sul proprio sito web i dati relativi alla sinistrosità che si riportano nella tabella seguente:

Anno di Riferimento	2020	2021	2022	2023	2024
N° sinistri definiti	10	3	4	0	0
Risarcimenti erogati	68.088,00	590.647,56	214.919,23	0	0

REVISIONI DI PERCORSI ATTUATI A PARTIRE DALL'ANALISI DEI SINISTRI

Nella lettura dei dati relativi al risarcimento dei sinistri, occorre tenere presente che gli importi dei risarcimenti erogati sono relativi prevalentemente a sinistri accaduti e denunciati in anni precedenti. L'analisi delle richieste di risarcimento è stata affrontata attraverso una cogestione sanitaria, amministrativa, legale e assicurativa. Nel particolare, la pertinenza e la fondatezza delle richieste indirizzate alla ASL è stata oggetto di valutazione sul piano medico-legale, clinico e giuridico.
Un'azione di miglioramento prevista per il prossimo anno è una maggiore condivisione delle informazioni tra la gestione legale del contenzioso relativo alla medical malpractice e il sistema di clinical risk management.

Gestione delle segnalazioni di incident reporting

L'incident reporting (IR) è un sistema di segnalazione, nato nelle organizzazioni ad alto rischio e successivamente adattato al contesto sanitario. Lo strumento consente ai professionisti sanitari di descrivere e comunicare eventi avversi, definiti come danni involontari causati dal sistema sanitario o dalla malattia del paziente (Brennan et al., 1991), e cosiddetti near miss, definiti come "eventi evitati" associati ad errori con la potenzialità di causare un evento avverso, che però non si verifica per effetto del caso o perché intercettato o perché non comporta effetti indesiderati per il paziente (Ministero della salute, 2007). La raccolta sistematica delle informazioni inerenti gli eventi e/o quasi eventi e la periodica lettura e interpretazione delle segnalazioni consente di creare "massa critica" per promuovere la conoscenza di rischi presenti o potenziali all'interno delle strutture sanitarie e di accrescere quindi la consapevolezza di aree critiche dell'organizzazione, sia a livello locale che centrale. Lo scopo principale di questo sistema di segnalazione volontaria (così come di altri sistemi basati sullo stesso principio) è quello di apprendere dall'esperienza (learning), di acquisire informazioni indispensabili per la gestione del rischio e di adottare misure idonee a ridurre e/o a prevenire il ripetersi degli eventi. Un limite intrinseco dello strumento, legato alla volontarietà delle segnalazioni, è la sottostima o la sovrastima degli eventi, a seconda della "sensibilità" del segnalatore. Ma l'incident reporting non ha finalità epidemiologiche e le segnalazioni raccolte non possono in alcun modo essere considerate valide per stimare l'incidenza o la prevalenza degli eventi medesimi.
I dati raccolti sono quindi da leggere con una certa cautela e con una prospettiva chiara: un elevato numero di segnalazioni (di eventi o near miss) non indica un minore livello di sicurezza garantito da quell'Azienda o da quel Dipartimento/Struttura, e viceversa un numero ridotto di segnalazioni non corrisponde necessariamente a un elevato livello di sicurezza. In entrambi i casi, infatti, entra in gioco la propensione alla segnalazione, a sua volta influenzata da elementi come la diffusione della cultura della non colpevolizzazione del singolo professionista, la solidità del sistema delle segnalazioni e la capacità di apprendimento e risposta dell'organizzazione. In definitiva, l'incident reporting è da intendersi da un lato come uno strumento di apprendimento continuo, utile a implementare azioni di cambiamento favorevoli (come iniziative formative, diffusione di procedure e soluzioni, miglioramento del clima lavorativo, ecc.), dall'altro come una spia di allarme di un sistema con la capacità di intercettare (almeno) una parte degli eventi avversi. Nell'Azienda tale sistema permette di individuare eventuali aree di rischio nelle diverse Unità Operative, quindi di attivare percorsi di audit relativi a specifiche segnalazioni e di intervenire con correttivi. L'Azienda si impegnerà nel percorso di sensibilizzazione degli operatori sia nell'ambito della segnalazione degli eventi/near miss sia nel loro coinvolgimento per l'individuazione e attuazione delle azioni di miglioramento. Una futura azione di miglioramento di tipo strettamente operativo è quella dell'utilizzo della conduzione di Significant Event Audit (SEA).
Le principali azioni di riduzione del rischio implementate hanno riguardato la stesura (o revisione) di procedure e istruzioni operative, l'acquisizione (sostituzione o riparazione) di presidi/attrezzature/tecnologie, la formazione e addestramento del personale (soprattutto in ambito di gestione delle aggressioni al personale sanitario).
È interesse aziendale implementare l'adesione da parte degli operatori al sistema di IR per sviluppare ulteriormente la conoscenza dei rischi, attivi o latenti, che permeano l'attività a diversi

livelli e, di conseguenza, apprendere dall'esperienza, acquisendo tutte le informazioni indispensabili per la gestione del rischio e, di conseguenza, adottando le misure idonee a ridurre e/o a prevenire il ripetersi degli eventi.
A tal proposito è stata prolungata la gestione informatizzata della Gestione del Rischio Clinico mediante il precedente acquisto di software dedicato "Talete Web".
Prima della diffusione della predetta piattaforma – nel 2023 - è stato effettuato corso di formazione – anche con il supporto di personale della società che fornisce il software "Talete Web" - per i Facilitatori e i Dirigenti delle varie strutture/articolazioni aziendali nonché ulteriore personale (diviso per territorio) da affiancare al gruppo aziendale dei Facilitatori (in questo caso con sedute intensive di training on the job ovvero lavorando direttamente sul software).
Per l'anno 2024, e per l'attuale anno 2025, è attivo corso di formazione in FAD sulla gestione del rischio clinico per tutti gli operatori sanitari dell'Azienda (12 crediti ECM) al fine di ampliare maggiormente la diffusione della cultura del rischio clinico e la segnalazione, mediante la suddetta piattaforma telematica.

ANDAMENTO DELLE SEGNALAZIONI DI EVENTI PER TIPOLOGIA

Le segnalazioni dell'ASL BN riguardano, quasi esclusivamente, le aggressioni al personale, come riportato nella tabella che segue.
Non si è ancora diffusa la cultura, difficile da implementare, della segnalazione dei near miss e degli eventi avversi, ma si è convinti che l'attività formativa contribuirà sensibilmente al diffondersi di questa azione proattiva.

Tipologie di Evento

	Near Miss	Evento avverso	Caduta accidentale	Aggressione	Evento Sentinella
2024	1	0	0	6	0
2023	0	0	0	1	0
2022	0	0	0	1	0
2021	0	0	1	1	0
2020	0	0	0	0	0
Totale	1	0	1	9	0

DEBITI FORMATIVI FLUSSI REGIONALI E SIMES

I debiti formativi verso la Regione e verso il Ministero (flusso SIMES) e gli obblighi di pubblicazione dei dati sul sito dell'ASL Benevento derivanti dalla legge 24/2017, vengono puntualmente assolti.

OBIETTIVI GENERALI E RISULTATI ANNO 2024

Obiettivi:

Nel corso del 2024 sono stati raggiunti i seguenti obiettivi strategici (come da PARM 2024):

- ✓ efficientamento della rete aziendale del Facilitatori Rischio Clinico;
- ✓ pieno efficientamento gruppo Audit con 6 Audit complessivi nel corso dell'anno;
- ✓ corso di formazione in FAD sul Rischio Clinico (12 crediti ECM) per tutti gli operatori sanitari dell'ASL Benevento;
- ✓ corso di formazione residenziale di gestione e prevenzione delle aggressioni a danno degli operatori per le strutture aziendali maggiormente a rischio (SERD, DSM, 118 ecc.);
- ✓ revisione di 4 (quattro) raccomandazioni ministeriali (raccomandazione n. 4, n. 10, n. 17 e n. 19);
- ✓ implementazione dell'utilizzo del software (Talete Web) per la gestione informatica della Gestione del Rischio Clinico.

Attività:

Di seguito sono illustrate le attività effettuate per il raggiungimento degli obiettivi come precedentemente definiti e indicati gli standard e la matrice di responsabilità nonché le strutture responsabili, le strutture coinvolte e le strutture informate.

Attività 1 Gestione e prevenzione delle aggressioni a danno degli operatori sanitari		
Indicatori: Accreditamento del corso - Numero di eventi formativi svolti		
Standard: ≥ n° 2 corsi effettuati nel corso del 2024 (1 in FAD e 1 residenziale)		
Fonte: U.O.C. Prevenzione e Protezione e Risk Management		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Risk management	U.O.S. Formazione
Progettazione del corso	R	I
Accreditamento del Corso	I	R
Esecuzione del Corso	R	I

Attività 2 Rimodulazione ed efficientamento dell'assetto organizzativo della rete dei facilitatori del rischio clinico			
Indicatori: Delibere integrative (n. 552 del 3.11.2023; n. 77 del 12.02.2024) alla delibera D.G. approvata il 22/05/2023.			
Standard: **SÌ** - NO			
Fonte: U.O.C. Prevenzione e Protezione e Risk Management			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	Risk management	Direzione Generale	Direzione Sanitaria
Individuazione facilitatori per ciascuna struttura Aziendale	R	I	I
Predisposizione di atto deliberativo	R	I	I
Adozione atto deliberativo	I	R	C

Attività 3 Esecuzione di audit GRC a seguito delle segnalazioni di eventi avversi, eventi sentinella e near miss			
Indicatori: Numero di Audit gestiti / Numero totale di Audit individuati nel 2024			
Standard: 100% eventi sentinella e/o eventi avversi ad alta rilevanza organizzativa			
Fonte: U.O.C. Prevenzione e Protezione e Risk Management			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	Risk management	U.O. / Servizi	Direzione Sanitaria
Documentare le ragioni alla base della proposta dell'Audit	R	C	I
Valutazione della proposta	R	I	
Svolgimento dell'audit	R	I	I
Stesura Alert Report conclusivo con relativo piano di miglioramento e diffusione dei risultati ai soggetti interessati	R	I	C
Valutazione delle azioni correttive da apportare	R	C	C
Implementazione delle azioni correttive da parte di tutti gli operatori del Servizio/UO interessata	C	R	C

Attività 4 Gestione del Flusso NSIS – SIMES anno 2024 (monitoraggio degli errori in sanità)			
Indicatori: Numero di denunce trasmesse dagli affari Legali / numero denunce inserite nel sistema informativo SIMES			
Standard: 100%			
Fonte: U.O.C. Prevenzione e Protezione e Risk Management			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	Risk management	U.O.C. Affari Legali	Direzione Sanitaria
Trasmissione denunce		R	I
Esecuzione attività	R	I	I

Attività 5 Implementazione di software per la gestione integrata del rischio clinico			
Indicatori: Attivazione applicativi web – piattaforma Talete Web			
Standard: **SÌ** - NO			
Fonte: U.O.C. Prevenzione e Protezione e Risk Management			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	Risk management	Operatori Sanitari	Direzione Sanitaria
Acquisto	R		
Implementazione sistema software	R	C	I

Attività 6 Partecipazione alle attività regionali in tema di rischio clinico			
Indicatori: Numero di partecipazione alle riunioni/ numero di riunioni organizzate			
Standard: > 80%			
Fonte: U.O.C. Prevenzione e Protezione e Risk Management			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	Risk management	Direzione Generale	Direzione Sanitaria
Partecipazioni	R	I	I

Attività 7 Monitoraggio attività rischio clinico 2024			
Indicatori: Numero di monitoraggio richiesti / numero monitoraggio effettuati			
Standard: 100%			
Fonte: U.O.C. Prevenzione e Protezione e Risk Management			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	Risk management	Direzione Generale	Direzione Sanitaria
Esecuzione attività	R	I	I

Attività 8 Relazione risarcimenti erogati anno 2024 Legge 8 marzo 2017 n. 24 art. 4 comma 3			
Indicatori: dati trasmessi U.O.C. Gestione Economico-Finanziaria			
Standard : **SÌ** - NO			
Fonte: U.O.C. Affari Legali e U.O.C. Gestione Economico-Finanziaria			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	Risk management	U.O.C. Gestione Economico-Finanziaria	U.O.C. Affari legali
Trasmissione dati		R	I
Pubblicazione Dati	R	I	I

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

LINEE D'INTERVENTO
PER L'ANNO 2025

Obiettivi:

Nel corso del 2025 gli obiettivi strategici del piano annuale Risk Management sono indirizzati a:

1. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure
2. Migliorare l'appropriatezza assistenziale e 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
4. Assolvimento degli adempimenti regionali e Nazionali in tema di Risk management
5. Implementazione dell'utilizzo della piattaforma di Gestione informatizzata del Rischio Clinico – Talete Web.

Attività:

Di seguito sono illustrate le attività individuate per il raggiungimento degli obiettivi per il raggiungimento degli obiettivi come precedentemente definiti e indicati gli standard e la matrice di responsabilità nonché le strutture responsabili, le strutture coinvolte e le strutture informate.

Obiettivo 1: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure e degli operatori sanitari

Attività 1 Programmazione corso residenziale per la prevenzione delle aggressioni di I livello partecipazione di tutti gli operatori		
Indicatori: Numero di operatori formati su operatori presenti		
Standard: ≥ 50% di tutti gli operatori sanitari		
Fonte: U.O.C. Prevenzione e Protezione e Risk Management		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk management	U.O.S. Formazione
Progettazione del corso	R	I
Individuazione formatori/ Affidamento del Corso	I	R
Esecuzione del Corso	I	R

Attività 2 Programmazione corso residenziale per la prevenzione delle aggressioni di II livello partecipazione degli operatori dei comparti classificati maggiormente a rischio		
Indicatori: Numero di operatori formati su operatori presenti		
Standard: ≥ 50% degli operatori dei comparti classificati maggiormente a rischio		
Fonte: U.O.C. Prevenzione e Protezione e Risk Management		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk management	U.O.S. Formazione
Progettazione del corso	R	I
Individuazione formatori/ Affidamento del Corso	I	R
Esecuzione del Corso	I	R

Obiettivo 2: Migliorare l'appropriatezza assistenziale e organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi

Attività 1 Implementazione delle attività di monitoraggio e revisione/rielaborazione delle procedure aziendali relative alle raccomandazioni Ministeriali			
Indicatori: Numero delle revisioni sul totale delle raccomandazioni			
Standard: ≥ n° 4 revisioni in corso del 2025			
Fonte: U.O.C. Prevenzione e Protezione e Risk Management			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	Risk management	U.O./ Servizi	Direzione Sanitaria
Raccomandazione n. 15 - Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso;	R	C	I
Raccomandazione n. 9 - Prevenzione degli eventi avversi conseguenti a malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	R	C	I
Raccomandazione n. 11 – Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero).	R	C	I

Raccomandazione n. 1 – Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio - KCL – ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio	R	C	I
Monitoraggio secondo i criteri Agenas e inserimento dati sul portale	R	C	I

Attività 2 Esecuzione di audit GRC a seguito delle segnalazioni di eventi avversi, eventi sentinella e near miss			
Indicatori: Numero di Audit gestiti / Numero totale di Audit individuati nel 2025			
Standard: 100% eventi sentinella e/o eventi avversi ad alta rilevanza organizzativa			
Fonte: U.O.C. Prevenzione e Protezione e Risk Management			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	Risk management	U.O. / Servizi	Direzione Sanitaria
Documentare le ragioni alla base della proposta dell'Audit	R	I	I
Valutazione della proposta	R	I	C
Svolgimento dell'audit	R	R	I
Stesura Alert Report conclusivo con relativo piano di miglioramento e diffusione dei risultati ai soggetti interessati	R	R	C
Valutazione delle azioni correttive da apportare	R	C	C
Implementazione delle azioni correttive da parte di tutti gli operatori del Servizio/UO interessata	C	R	C

Attività 3 Gestione del Flusso NSIS – SIMES anno 2025 (monitoraggio degli errori in sanità)			
Indicatori: Numero di denunce trasmesse dagli affari Legali / numero denunce inserite nel sistema informativo SIMES			
Standard: 100%			
Fonte: U.O.C. Prevenzione e Protezione e Risk Management			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	Risk management	U.O.C. Affari Legali	Direzione Sanitaria
Trasmissione denunce		R	I
Esecuzione attività	R	I	I

Obiettivo 3: Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente ma anche degli operatori e delle strutture

Attività 1 Implementazione utilizzo software per la gestione integrata del rischio clinico			
Indicatori: Implementazione utilizzo applicativi web – piattaforma Talete Web			
Standard: **SÌ** - NO			
Fonte: U.O.C. Prevenzione e Protezione e Risk Management			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk management	Operatori Sanitari	Direzione Sanitaria
Rinnovo assistenza	R		I
Implementazione utilizzo sistema software	R	C	I

Attività 2 Verifica adesione a procedure e raccomandazioni			
Indicatori: Numero di questionari di apprendimento compilati/operatori sanitari			
Standard: 30% degli operatori sanitari che hanno compilato il questionario			
Fonte: U.O.C. Prevenzione e Protezione e Risk Management			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk management	Operatori Sanitari	Dirigente Struttura
Trasmissione procedure e raccomandazioni	R	C	I
Compilazione questionario di apprendimento su Talete Web	I	R	I
Verifica compilazione questionario di apprendimento su Talete Web	R		C

Obiettivo 4: Assolvimento degli adempimenti regionali e Nazionali in tema di Risk management

Attività 1 Partecipazione alle attività regionali in tema di rischio clinico			
Indicatori: Numero di partecipazione alle riunioni / numero di riunioni organizzate			
Standard: > 80%			
Fonte: U.O.C. Prevenzione e Protezione e Risk Management			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk management	Direzione Generale	Direzione Sanitaria
Partecipazioni	R	I	I

Attività 2 Monitoraggio attività rischio clinico 2025			
Indicatori: Numero di monitoraggio richiesti / numero monitoraggio effettuati			
Standard: 100%			
Fonte: U.O.C. Prevenzione e Protezione e Risk Management			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk management	Direzione Generale	Direzione Sanitaria
Esecuzione attività	R	I	I

Attività 3 Relazione risarcimenti erogati anno 2025 Legge 8 marzo 2017 n. 24 art.4 comma 3			
Indicatori: dati trasmessi U.O.C. Gestione Economico-Finanziaria			
Standard: **SÌ** - NO			
Fonte: U.O.C. Gestione Economico-Finanziaria			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	Risk management	U.O.C. Gestione Economico-Finanziaria	U.O.C. Affari legali
Trasmissione dati		R	I
Pubblicazione Dati	R	C	I

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

COMUNICAZIONE, PARTECIPAZIONE E CONDIVISIONE

Ai fini del corretto svolgimento di tutte le attività previste dal presente piano e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la ASL Benevento assicura la sua diffusione attraverso:

- Pubblicazione della Delibera del D.G. sul sito aziendale - "Albo Pretorio".
- Pubblicazione del PARM sul sito aziendale nella sezione "Amministrazione trasparente" - "Rischio Clinico".

LEGGI, NORME, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA E RACCOMANDAZIONI APPLICABILI

- D. Lgs. 502/92: Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.D.P.R. 14/01/1997: 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;
- D. Lgs 229/99: Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419;
- D. Lgs 254/00: Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari;
- D. Lgs 81/08: Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro - Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro;
- Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità (SIMES);
- Intesa Stato-Regioni 20 marzo 2008 punto 2. Le Regioni si impegnano a promuovere, presso le Aziende Sanitarie pubbliche e le Strutture sanitarie private accreditate, l'attivazione di una funzione aziendale permanentemente dedicata alla gestione del Rischio Clinico e la Sicurezza dei Pazienti, incluso il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi e l'implementazione delle buone pratiche della sicurezza, nell'ambito delle disponibilità e delle risorse aziendali, i singoli eventi avversi ed i dati elaborati saranno trattati in forma completamente anonima e confidenziale per le finalità prioritaria di analisi degli stessi e saranno trasmessi al sistema informativo sanitario attraverso uno specifico flusso (SIMES);
- Raccomandazioni ministeriali e Manuale per la Sicurezza in Sala Operatoria, Ministero della Salute, OMS: Safe Surgery;
- D.L. 13 settembre 2012 n. 158 convertito nella Legge 8 novembre 2012, n.189 art.3 bis, comma 1: "Gestione e monitoraggio dei rischi sanitari;
- Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) - 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";
- D.D. n 35 del 08/02/2021 oggetto "Istituzione del centro regionale per la gestione del rischio sanitario e della sicurezza del paziente";
- Legge Regione Campania n. 20 del 23 Dicembre 2015, "Misure per introdurre la cultura della responsabilità nell'organizzazione sanitaria nonché migliorare i servizi ai cittadini.
– Modifiche alla legge regionale 3 novembre 1994, n. 32 (Decreto legislativo 30/12/1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, riordino del servizio sanitario regionale)".
- DD. N. 99 del 16/12/2022: "Linee di indirizzo per l'elaborazione e la stesura del PARM (Piano Annuale Risk Management".
- Sentenza numero 6386 del 3 marzo 2023 della Corte di Cassazione (lista degli oneri probatori a carico di strutture sanitarie e primari da produrre nei casi di contenzioso relativi alle infezioni nosocomiali).