



DELIBERAZIONE N. 489 DEL 02 APR. 2024

OGGETTO: Adozione Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2024

IL DIRETTORE U.O.C. QA – Rischio Clinico

a seguito di specifica istruttoria, descritta nella narrazione che segue ed i cui atti sono detenuti presso la Struttura proponente, rappresenta che ricorrono le condizioni di ammissibilità ed i presupposti giuridico - amministrativi finalizzati all'adozione del presente provvedimento, ai sensi dell'art. 2 della Legge n. 241/1990 e s.m.i., e, in qualità di responsabile del procedimento, dichiara, allo stato attuale, l'insussistenza del conflitto di interessi, ai sensi dell'art. 6 bis della legge 241/90 e della Misura M04 del Piano triennale della prevenzione della corruzione e trasparenza;

PREMESSO che

- 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" all'art. 2 statuisce che *"In ogni Regione il Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente che raccoglie dalle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private i dati regionali sui rischi ed eventi avversi e sul contenzioso e li trasmette annualmente, mediante procedura telematica unificata a livello nazionale, all'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità"*;
- la DGRC n.19 del 18.1.2020 prende atto e recepisce il Piano triennale 2019 - 2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art. 2, - comma 88, della Legge 23 dicembre 2009, n.191 approvato con il Decreto Commissario ad Acta (DCA) n.6 del 17.1.2020;

CONSIDERATO

- il documento denominato "Linee di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale Risk Management (PARM)" D.D. n. 99 del 16/12/2022, elaborato dalla Regione Campania al fine di dare indicazioni univoche alle Aziende per la stesura del Piano Annuale Risk Management (PARM), in attuazione degli adempimenti previsti dalla Legge 24/2017- relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati;

VISTI

- la D.G.R.C. n.1688 del 26.11.2005;
- Protocollo per il monitoraggio degli Eventi sentinella del Ministero della Salute, luglio 2009;
- Legge 8 marzo 2017 n. 24;
- D.C.A. n.6 del 17.1.2020;
- D.G.R.C. n. 19 del 18.1.2020;
- D.D. n. 99 del 16/12/2022.

ATTESO che il termine per l'adozione e la pubblicazione del PARM come da D.D. 99 del 16/12/2022 è fissato al 31 marzo di ogni anno;

RILEVATA la necessità di adottare il documento dal titolo "Piano Annuale di Risk Management 2024", che allegato al presente provvedimento, ne forma parte integrante e sostanziale;

ATTESTATA la legittimità della presente proposta, conforme alla normativa vigente ed ai regolamenti aziendali;

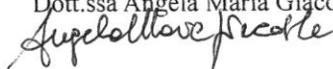
PROPONE

l'adozione del presente documento, e nello specifico:

- **di dover adottare** il documento denominato "Piano Annuale di Risk Management 2024", che allegato al presente provvedimento, ne forma parte integrante e sostanziale;
- **di disporre** che il proponente ne curi la pubblicazione sul sito istituzionale dell'Azienda, come da normativa vigente.

L'estensore

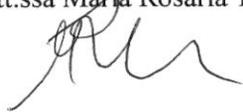
Dott.ssa Angela Maria Giacobbe



IL DIRETTORE

U.O.C. QA – Rischio Clinico e Formazione

Dott.ssa Maria Rosaria Troisi



IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante

nominato con D.G.R.C. n. 324 del 21/06/2022

immesso nelle funzioni con D.P.G.R.C. n. 101 del 04/08/2022

immesso in servizio con la Delibera n. 1685 del 09/08/2022

- Vista la proposta di deliberazione che precede, a firma del Direttore della U.O.C. QA – Rischio Clinico;

- Con il parere favorevole reso, alla luce di tutto quanto sopra riportato ed attestato, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario con la sottoscrizione della presente proposta di provvedimento:

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott.ssa Maria Concetta Conte



IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott. Franco Romano



DELIBERA

per le causali in premessa, che qui si intendono integralmente richiamate e trascritte, di prendere atto della proposta di deliberazione che precede e per l'effetto, di:

- **di adottare** il documento denominato "Piano Annuale di Risk Management 2024", che allegato al presente provvedimento, ne forma parte integrante e sostanziale;
- **di disporre** che il proponente ne curi la pubblicazione sul sito istituzionale dell'Azienda;
- **di dare** atto che il provvedimento de quo è immediatamente eseguibile, al fine di ottemperare ai successivi adempimenti.

Il Direttore Generale

Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante





PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT
2024

PG QA/RC n. 01
Rev: 01
Data: marzo 2024

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT
2024

Revisione del		Distribuzione controllata
Motivo Revisione		Presidio Ospedaliero di Ariano I. Presidio Ospedaliero di Sant'Angelo dei L. SPS di Bisaccia - Distretto di Sant'Angelo dei L. Hospice di Solofra- Distretto di Atripalda Strutture Residenziali Distretti Sanitari Cure Domiciliari
Redazione	Gruppo di Lavoro: Dir. UOC QA/Rischio Clinico <i>Rlu</i> Medico in Formazione Specialistica in Igiene e Medicina Preventiva UNISA <i>Romolo Pello</i> CPS Inf. QA/Rischio Clinico <i>Supellettare</i>	
Verifica	Direttore Sanitario <i>to Couls</i> Direttore Amministrativo <i>Prof. Pello</i>	
Approvazione	Direttore Sanitario <i>to Couls</i>	
Autorizzazione	Direttore Generale <i>Supellettare</i>	



INDICE

PREMESSA

1. AMBITO DI APPLICAZIONE

2. STRUTTURA DEL PARM

2.1 Contesto Organizzativo

2.2. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

2.3. Descrizione della posizione assicurativa

3. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

4. OBIETTIVI

5. LINEE DI INTERVENTO

6. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARM

7. RIFERIMENTI NORMATIVI

PREMESSA

Il presente Piano Annuale di Risk Management (PARM) è lo strumento redatto annualmente dall'Azienda per promuovere e realizzare le iniziative e le azioni in materia di prevenzione e gestione del rischio in ambito sanitario. Lo stesso aggiorna il PARM 2023 adottato con Delibera n. 414 del 31.03.2024.

Il documento è stato elaborato sulla base delle Linee di indirizzo emanate dalla Regione Campania con decreto DD. N. 99 del 16.12.02.22 ad oggetto: "Approvazione Linee di indirizzo per l'elaborazione del PARM" ed ha come principale obiettivo quello di pianificare gli interventi strategici ed operativi a tutela della sicurezza di pazienti ed operatori. Tale strumento, sostanzialmente concreto ed ispirato a criteri di efficacia operativa, privilegia la prevenzione, l'interazione tra le strutture aziendali, la comunicazione, la formazione e l'aggiornamento.

Molti degli adempimenti in esso proposti rispondono a precisi obblighi normativi in tema di gestione del rischio clinico sia nazionali che regionali. L'ottica è quella di diminuire le potenzialità di errore attivo nell'organizzazione, nonché di contenere la sinistrosità delle strutture e le relative richieste di risarcimento danni. Il PARM è frutto di un'attività integrata, per questo tutte le strutture aziendali deputate alla valutazione e alla riduzione degli eventi di rischio (UO QA/RC e Formazione - URP, UOSD Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale, UOSD Rapporti e Contenziosi Strutture Accreditate - Rapporti Assicurativi, etc) collaborano alla rilevazione ed elaborazione delle informazioni necessarie alla definizione del Piano. Poiché il monitoraggio dei fenomeni è alla base della gestione del miglioramento, particolare attenzione viene posta alla definizione di specifici indicatori, affinché i risultati siano realmente misurabili ed idonei a stabilire il perseguimento degli obiettivi prefissati.

Il PARM della Asl Avellino si fonda su due elementi determinanti per la gestione del rischio e la garanzia della qualità dell'assistenza sanitaria:

- la visione sistemica, che consente di attuare una gestione prevalentemente pro-attiva e preventiva dei rischi e
- la forte attenzione alla sicurezza delle cure a tutti i livelli dell'organizzazione, quale garanzia di oggettività delle analisi da condurre e di applicabilità delle soluzioni da individuare.

1.1 Ambito di applicazione

Ai sensi di quanto previsto dalla Legge n. 24 - 8 marzo 2017, questo documento è rivolto a tutte le strutture ed articolazioni organizzative della ASL di Avellino, coinvolte nei processi di prevenzione e gestione del Rischio Clinico sia ospedaliero che territoriali (SPS, Strutture Residenziali, Cure Domiciliari).



2. STRUTTURA DEL PARM

2.1. Contesto organizzativo

L'Azienda Sanitaria Locale di Avellino, è un ente, senza fini di lucro, con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale, parte integrante del Sistema Sanitario della Regione Campania, avente la finalità di assicurare nel proprio territorio, corrispondente all'intera provincia, la tutela della salute della popolazione in conformità alla normativa nazionale e regionale, agli obiettivi stabiliti dalla Regione e ai livelli di assistenza definiti a livello nazionale e regionale.

L'Azienda garantisce la promozione, il mantenimento, la cura ed il recupero dello stato di salute della popolazione del territorio di competenza, attraverso l'erogazione di servizi sanitari e socio sanitari che soddisfano la richiesta ed il bisogno, secondo criteri di efficacia, efficienza ed appropriatezza. L'attuale organizzazione aziendale si articola, con un'uniforme ed integrata distribuzione dei servizi, in livelli di assistenza ospedaliera e territoriale ed è frutto della rimodulazione prevista dal nuovo Atto Aziendale adottato in via definitiva con Delibera ASL AV n. 1094 del 24 luglio 2023 in esecuzione della DGRC. N. 389 del 30 giugno 2023 e successiva delibera ASL AV n. 1118 del 28 luglio 2023.

L'Assistenza ospedaliera

L'Azienda, ai sensi del DCA 8/2018 e il DCA 29/2018, opera mediante 2 presidi a gestione diretta (P.O. Ariano Irpino e P.O. S. Angelo dei Lombardi) e n. 7 Case di Cura Accreditate con il SSR.

I posti letto gestiti direttamente, secondo il DCA 103/2018 sono complessivamente n. 356 (n. 330 degenze ordinarie di area medica e chirurgica, n.18 di SPDC – attualmente ubicati presso l'AORN S.G. Moscati di Avellino, n.8 di DH Psichiatrico) di cui n. 111 (cod 75 e 56) sono gestiti dalla Fondazione Don Gnocchi sulla base di apposita convenzione di sperimentazione pubblico/privato.

I posti letto del privato accreditato, in base al DCA 103/2018, DCA 45/2019, DCA 81/2019 e delibera ASL n. 609/2020 sono complessivamente n. 543 di cui n.48 con codici 60 e 56.

L'assistenza ospedaliera, allineandosi alle direttive regionali, è stata programmata in considerazione di un incremento della complessità dei ricoveri ordinari e nel rispetto del giusto setting assistenziale.

L'Assistenza Territoriale

L'Azienda ha previsto il completamento e l'allineamento dell'assistenza territoriale secondo quanto previsto dal DCA 83/2019 "Piano Regionale della rete di assistenza sanitaria territoriale 2019/2021" e secondo quanto previsto con D.G.R.C. n. 19/2020 "Presenza d'atto e recepimento del piano triennale 2019/2021 di sviluppo e riqualificazione del servizio sanitario campano, ex art. 2 comma 88 della Legge 23 dicembre 2009, n. 191".



La ASL è inoltre impegnata nell'attuazione degli interventi previsti dal PNRR, quale potenziamento e riqualificazione del territorio e delle cure primarie, individuando nell'organizzazione degli Ospedali di Comunità e delle Case di Comunità, il livello intermedio di integrazione proprio tra ospedale e territorio.

Mediante le proprie strutture territoriali a gestione diretta, sono assicurate: l'attività clinica, la diagnostica strumentale e per immagini, l'attività di laboratorio, le attività consultoriali, l'assistenza psichiatrica, ai tossicodipendenti, agli anziani, ai disabili psichici, ai malati terminali ed ai detenuti nelle carceri. Inoltre sono garantite la programmazione, il coordinamento, il monitoraggio delle attività dell'Assistenza Primaria (MMG, PLS, CA, Specialistica ambulatoriale) che rappresenta la prima porta d'accesso ai servizi sanitari e socio sanitari del territorio dell'Assistenza farmaceutica attraverso le farmacie convenzionate.

La Prevenzione collettiva

La ASL AV promuove, attraverso il Dipartimento di Prevenzione (DP), azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti e con gli altri dipartimenti/ UU.OO./Servizi, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline.

A partire dalle funzioni sopramenzionate il DP, per la sua missione di supporto tecnico-scientifico alle autorità sanitarie locali e regionali, è chiamato a garantire attività trasversali quali la preparazione e risposta rapida alle crisi/emergenze di natura infettiva, ambientale, ecc.

Di seguito si riportano i principali dati strutturali e di attività aziendali riferiti all'anno 2023.

DATI STRUTTURALI anno 2024	
Indicatore	Riferimento
Estensione territoriale	In Kmq 2806,07
Popolazione residente	Numero 398.932*+13.628 (popolazione stranieri residenti)*
Distretti Sanitari	n. 6
Presidi Ospedalieri Pubblici	n. 2
Posti letto Ordinari totali	n. 356 (di cui n. 111 gestiti in collaborazione con la Fondazione Don Gnocchi)
Posti letto Ordinari area medica	n. 101
Posti letto Ordinari area chirurgica	n. 115
Posti letto Diurni	n. 8 SPDC a valenza diurna n. 4 DH Oncologia
Servizi Trasfusionali	Unità di Raccolta n.1



Blocchi Operatori	n. 2 (1 P.O. di Ariano I. e 1 P.O. di S. Angelo dei Lombardi)
Sale Operatorie	n. 5 (3 P.O. di Ariano I. e 2 P.O. di S. Angelo dei Lombardi)
Terapie Intensive	n. 1
Posti letto UTIC	n. 6
Dipartimenti strutturali	n. 2 (Salute Mentale e Prevenzione)
Posti letto SPDC	n. p.l. 18
DATI DI ATTIVITA' AGGREGATI	
Indicatore	Riferimento
Ricoveri ordinari	n. 4.940
Accessi PS	n. 24.712
Branche Specialistiche	n. 29
Ricoveri diurni	n. 1.389
Neonati o Parti	n. 272
Prestazioni ambulatoriali erogate da presidi pubblici	n. 208.356

* Dati ISTAT al 01/01/2023

2.2. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

Si parla di “Quasi Evento” o “Near Miss” quando un errore, pur avendo la potenzialità di causare un evento avverso, viene intercettato prima di produrre danni ad un paziente; si parla invece di “Evento Avverso” quando un evento inatteso e correlato al processo assistenziale comporta un danno al paziente ovviamente non intenzionale. Non tutti gli eventi avversi sono prevenibili ma solo quelli attribuibili ad un errore. L’Evento Sentinella è un evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. In caso di Eventi Avversi/Sentinella è necessario utilizzare tecniche di analisi dell’evento (RCA, Audit, ecc.) per verificare se sia stato causato o vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili al fine di produrre azioni di miglioramento.

Come risulta evidente nella tabella 2, nel corso del 2023 non sono stati segnalati eventi sentinella, mentre n. 2 sono gli eventi avversi/near miss segnalati da parte delle varie articolazioni organizzative aziendali, di cui n.1 caduta in ambito ospedaliero e n.1 atto di violenza ad operatori nel servizio di emergenza territoriale 118.

Tabella 2 – Eventi segnalati nel 2023 (art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	02	50%	Strutturali () Tecnologici () Organizzativi () Procedure/ Comunicazione (X)	Addestramento personale neo assunto su procedure – raccomandazioni ministeriali	Sistema di reporting (100%)
Eventi Avversi	0	0			
Eventi Sentinella	0	0			

Per quanto riguarda i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati dall'Azienda nell'ultimo quinquennio, come previsto dall'articolo 4 comma 3 della Legge 24/2017, si riportano di seguito, i valori forniti dalla UOSD Rapporti e Contenziosi Strutture Accreditate - Rapporti Assicurativi, cui è affidata la gestione flussi sinistri.

Tabella 3- Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (art. 4, c. 3 della L. 24/2017)

anno	n. di sinistri aperti	n. di sinistri liquidati	Risarcimenti erogati in euro
2019	19	18	701.083,20 138.325,28 (non rientranti nella copertura assicurativa)
2020	38	6	367.130,00
2021	15	5	243.186,20 1.426.145,48(non rientranti nella copertura assicurativa) Trattasi di periodo non coperto da assicurazione
2022	11	4	511.485,95
2023	13	11	362.851,48 49.368,80 (non rientranti nella copertura assicurativa)
totale	96	46	3.799.576,39



2.3. Descrizione della posizione assicurativa

ANNO	Polizza (scadenza)	Compagnia Assicurativa	Premio in euro	Franchigia in euro	Brokeraggio
2019	ITOMM1502070 Scad. 31.12.2018	AM TRUST EUROPE limited	2.899.770,00	Art.20 5000,00 (R) 100.000 (R.M.)	NO
2020	RCH00010000003	AM TRUST ASS.NI	3.348.625,00	Art. 19 5000,00 (R.) 100.000 (R.M.)	NO
2021	IDEM 2020	IDEM 2020	IDEM 2020	IDEM 2020	NO
2022	IDEM 2020	IDEM 2020	IDEM 2020	IDEM 2020	NO
2023	RCH00010000003 Scad. 31/12/2024	IDEM 2020	3.348.625,00	100.000,00	NO

3. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Si definiscono responsabilità relative alle fasi di:

Azione	Referente Rischio Clinico	Direttore Sanitario	Direttore Generale	Direttore Amministrativo
REDAZIONE	R	C	C	C
ADOZIONE	C	C	R	C
MONITORAGGIO	R	C	C	C
ANALISI E VALUTAZIONI	R	C	C	C

LEGENDA: R= Responsabile, C= Coinvolto



4. OBIETTIVI

In attuazione di quanto indicato nel citato documento regionale di indirizzo, DD n.99/2022, l'Azienda assume, quali obiettivi strategici per l'anno 2024, i seguenti, in continuità di quelli indicati nel Piano dell'anno precedente:

- 4.1 Diffondere la cultura della sicurezza delle cure attraverso la formazione del personale sulla prevenzione e gestione del rischio.
- 4.2 Migliorare l'appropriatezza assistenziale e organizzativa, promuovendo interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e/o contenimento degli eventi avversi.
- 4.3 Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.
- 4.4 Favorire la partecipazione alle attività regionali in tema di risk management.

Il raggiungimento di detti obiettivi prevede la massima condivisione dei principi del governo clinico da parte di tutti gli attori coinvolti nel piano degli interventi e delle azioni, in un'ottica integrata del rischio e del contenzioso.

5. LINEE DI INTERVENTO

Sulla base degli obiettivi riportati nel punto precedente, l'Azienda intende sviluppare e consolidare, per l'anno 2024, le seguenti linee di intervento:

5.1 Diffondere la cultura della Sicurezza delle cure.

- 5.1.1 Progettazione ed esecuzione del "Corso di Formazione su Rischio Clinico", entro il 31.12.2024.
- 5.1.2 Prosecuzione attività previste al punto 5.1.2 del PARM 2023, relativamente agli incontri di sensibilizzazione del personale, particolarmente del personale neo assunto, per effetto del turnover, sulle modalità di segnalazione degli eventi avversi.

Relativamente a questo punto, data la rilevante presenza sul territorio aziendale di strutture residenziali a gestione diretta l'Azienda estende il sistema di segnalazione all'ambito territoriale. Il reporting degli eventi avversi, dei near miss e delle situazioni di pericolo, tradizionalmente sperimentato ed utilizzato in ambito ospedaliero, costituisce un importante fonte informativa per la funzione di risk management anche nell'assistenza territoriale, a partire dalla Struttura Polifunzionale per la Salute di Bisaccia. Infatti i documenti tecnici di attuazione delle Raccomandazioni Ministeriali sono trasmessi e applicati anche a livello territoriale.

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

5.2.1 Aggiornamento delle procedure aziendali, relative alle Raccomandazioni Ministeriali, in particolare Manuale della Sicurezza Sala Operatoria;

5.2.2 Esecuzione di almeno 4 Audit in ambito ospedaliero ed 1 in ambito territoriale;

5.2.3 Attuazione delle indicazioni regionali in materia di sicurezza degli operatori sanitari, in collaborazione con la UOSD Prevenzione e Protezione Aziendale;

5.2.4 Aggiornamento e pubblicazione della Procedura di Gestione del paziente chirurgico, al fine di armonizzare le indicazioni e le attività previste dalle Raccomandazioni Ministeriali in materia (n.2 e n.3).

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

5.4.1 Regolamento di organizzazione e funzionamento del Team Rischio clinico;

5.4.2 Realizzazione degli eventi formativi per il controllo ed la prevenzione delle ICA in coerenza con quanto previsto per la realizzazione dell'intervento PNRR Piano Operativo Regionale-Missione 6 Salute – componente 2 –Sub investimento 2.2. (b) corso di formazione Infezioni Ospedaliere.

5.4. Favorire la partecipazione alle attività regionali in tema di risk management.

L'Azienda, attraverso la UOC QA/RC e Formazione, partecipa sistematicamente alle attività proposte dal Coordinamento Regionale Rischio Clinico, ed in particolare:

- Organizza la Giornata Nazionale sulla Sicurezza
- Esegue il monitoraggio periodico delle Raccomandazioni
- Relaziona sulle Attività di monitoraggio eventi sentinella
- Partecipa al Progetto Near Miss Ostetrici
- Gestione flussi ministeriali
- Effettua il monitoraggio periodico sulla stesura/pubblicazione del PARM da parte delle Strutture di ricovero Private Accreditate.

6. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARM

Al fine di consentire un corretto svolgimento di tutte le attività previste e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la Direzione Aziendale assicura la diffusione del PARM a tutti i livelli dell'organizzazione attraverso specifiche modalità informative quali:

- 1) Presentazione del Piano al Direttore Generale e approvazione dello stesso attraverso emanazione delibera aziendale;
- 2) Pubblicazione del Piano sul Sito Aziendale;
- 3) Presentazione del Piano durante lo svolgimento di riunioni Aziendali e di Presidio;
- 4) Presentazione del Piano durante le attività formative
- 5) trasmissione del PARM alla struttura Regionale di Coordinamento del Risk Management.

7. 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. a DGRC n. 1688 del 26/11/2005 Implementazione e sviluppo nelle aziende sanitarie di strumenti per la gestione del Rischio Clinico;
5. Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante “Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro”;
6. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
7. 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”;
8. Decreto Legge 13 settembre 2012, n. 158, cd. "Balduzzi", convertito con modificazioni dalla Legge 8 novembre 2012, n. 189;
9. Legge 28 dicembre 2015, n. 208 recante “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)”;
10. 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”;
11. DCA n. 51 del 04/07/2021 Regione Campania: “Integrazione requisiti per l’accreditamento istituzionale delle strutture pubbliche e private”;
12. DGRC n. 35 del 08/02/2021 “Istituzione del Centro Regionale per la gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del paziente - Legge 8 marzo 2017 n. 24”;
13. Determinazione Dirigenziale N. 99 del 16.12.2022 recante “Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)”.
14. PIAO ASL AV 2024-2026 – Delibera n. 185 del 31.01.2024
15. Relazione sulla Performance Anno 2023 ASL AV – Delibera n. 437 del 25.03.2024

PUBBLICAZIONE E TRASMISSIONE

La pubblicazione del presente atto è a cura della UOSD Affari Generali e la sua durata è di giorni 15 dalla effettiva data di pubblicazione (caricamento sull'albo pretorio on line).

La trasmissione di copia della presente Deliberazione a Enti/Organi/interessati esterni all'ASL, espressamente indicati nell'atto, viene effettuata nelle modalità previste dalla normativa vigente dalla Struttura Proponente.

L'inoltro alle UU.OO. aziendali e/o ai destinatari interni all'ASL avverrà in modalità digitale, in ossequio alle disposizioni vigenti.

ASL AVELLINO
UO AFFARI GENERALI
Pubblicato il
02 APR. 2024

