



PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2026

Casa di Cura Carlo Fiorino Hospital S.p.A.

Verificato da: Direttore Sanitario

Approvato da : Amministratore Delegato

Taranto, 05 maggio 2026

1. PREMESSA

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) considera la sicurezza del paziente e la qualità dell'assistenza obiettivi prioritari da perseguire, con interventi coordinati che coinvolgano l'organizzazione sanitaria, gli operatori sanitari e i pazienti.

La **Legge 24/2017, cd. "Legge Gelli-Bianco"**, recante le disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie, ha normato e rafforzato il concetto che il Risk Management costituisce un'attività strategica di prevenzione e di gestione del rischio clinico alla quale sono tenute tutte le strutture sanitarie che erogano prestazioni in regime residenziale. Inoltre, sancisce all'articolo 1 che *"la sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività"* specificando peraltro che *"la sicurezza delle cure si realizza 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"*.

Il Ministero della Salute pone, dunque, come cardine strategico nelle attività di miglioramento continuo della qualità, la gestione del rischio clinico e nel documento "Risk Management in Sanità¹" definisce, il Clinical Risk Management (CRM) come un sistema organizzativo che contribuisce a definire l'insieme delle regole aziendali ed il loro funzionamento il cui scopo principale è quello di creare e mantenere la sicurezza dei sistemi assistenziali.

Il Piano annuale di gestione del Rischio Clinico è uno strumento che definisce le azioni programmate per la prevenzione e la gestione del Rischio Sanitario con l'obiettivo di ridurre la probabilità di accadimento di eventi avversi. Promuovere una politica aziendale di gestione del rischio sanitario vuol dire incoraggiare l'organizzazione nel percorso di controllo degli eventi e delle azioni che possono inficiare la capacità di un'Azienda di raggiungere i propri obiettivi.

2. RIFERIMENTI NORMATIVI

La Legge 28 dicembre 2015, n. 208 ha introdotto l'obbligo, per tutte le strutture sanitarie pubbliche e private, di attivare un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (Risk Management), promuovendo percorsi strutturati di audit clinico- organizzativo e metodologie di analisi dei processi interni, incluse le segnalazioni anonime dei quasi-eventi, finalizzate all'individuazione delle criticità ricorrenti e alla messa in sicurezza dei percorsi

assistenziali.

Successivamente, 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”) ha ulteriormente consolidato tale assetto, sancendo che la sicurezza delle cure costituisce parte integrante del diritto alla salute. In particolare, l’art. 2, comma 5, prevede l’obbligo per le strutture sanitarie di redigere una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi, sulle relative cause e sulle iniziative correttive adottate, con pubblicazione sul sito istituzionale quale strumento di trasparenza nei confronti dei cittadini.

Il quadro normativo è stato ulteriormente rafforzato dal Decreto 19 dicembre 2022 (“Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l’accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie”), che subordina l’accreditamento istituzionale – sia per nuove strutture sia per l’attivazione di nuove attività – alla verifica del raggiungimento degli obiettivi di sicurezza delle prestazioni e agli esiti delle attività di controllo, vigilanza e monitoraggio, attribuendo centralità agli indicatori di qualità, sicurezza e appropriatezza.

3. CONTESTO ORGANIZZATIVO

La Carlo Fiorino Hospital S.p.A. è una struttura sanitaria formata da due Presidi ospedalieri e precisamente:

- Il Presidio San Camillo che in via Masaccio n. 12 in Taranto e che eroga prestazioni di ricovero a ciclo continuativo e/o diurno ed ambulatoriali. Dispone di 114 posti letto di cui 93 accreditati al SSR nelle seguenti branche:
 - ✓ Chirurgia Generale
 - ✓ Ortopedia e Traumatologia
 - ✓ Urologia
 - ✓ Medicina Generale
 - ✓ Pneumologia
 - ✓ Gastroenterologia

Il Presidio svolge attività ambulatoriali accreditate nelle seguenti branche:

- ✓ Diagnostica per Immagini, TAC, RMN ad alto campo, Radiologia ed Ecografia
- ✓ Cardiologia
- ✓ Chirurgia
- ✓ Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva.

Inoltre, all’interno della nostra struttura, è presente un blocco operatorio composto da 3 sale operatorie.

- Il Presidio ospedaliero S. Rita in Taranto al viale Magna Graecia n. 191, eroga prestazioni di ricovero a ciclo continuativo e/o diurno ed ambulatoriali. Attualmente consta di 50 posti letti così distribuiti:
 - ✓ Riabilitazione ex art .26
 - ✓ Medicina Generale
 - ✓ Geriatria

Svolge attività ambulatoriali nelle seguenti branche:

- ✓ Laboratorio Analisi
- ✓ Diagnostica per Immagini, TAC, radiologia tradizionale
- ✓ Egografie delle varie regioni corporee
- ✓ Endoscopia Digestiva
- ✓ Fisiatria
- ✓ Fisiokinesiterapia.

✓

DATI STRUTTURALI	
Struttura	CASA DI CURA PRIVATA ACCREDITATA
Presidio S. Camillo – Mq. Complessivi	4000 DISPOSTI SU 6 LIVELLI
Presidio S. Rita - Mq. Complessivi	2000 DISPOSTI SU 3 LIVELLI

ORGANIZZAZIONE		
Risorse umane al 31.12.2025	n. di cui n. 103 donne e n. 114 maschi	Ruolo sanitario n. 195 Ruolo Amministrativo e Generale n.22
Unità funzionali /Servizi	n. Posti	Tipologia assistenziale
Presidio San Camillo		
Chirurgia Generale	20	SSR e Privatistico
Ortopedia e traumatologia	28	SSR e Privatistico
Medicina Generale	24	SSR e Privatistico
Urologia	6	SSR e Privatistico
Gastroenterologia	5	SSR e Privatistico
Pneumologia	10	SSR e Privatistico
Presidio S, rita		
Medicina Generale	16	SSR e Privatistico
Geriatria	14	SSR e Privatistico
Raibilitazione ex art. 26 (Estensiva)	20	SSR e Privatistico
SERVIZI INTERNI PER	RICOVERATI	
ANALISI CLINICHE		
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI		
RADIOLOGIA TRADIZIONALE		
ENDOSCOPIA DIGESTIVA		
CARDIOLOGIA		
AMBULATORI		
ANALISI CLINICHE		
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI		
RADIOLOGIA TRADIZIONALE		
CARDIOLOGIA		
CHIRURGIA		
GASTROENTEROLOGIA		
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		
OSTETRICIA E GINECOLOGIA		
MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA		

DATI ATTIVITA' ANNO 2025	
SETTING	PRESTAZIONI
Ricoveri ordinari (SSR – Solventi)	n. 3176 di cui n. 147 Solventi
PACC	n. 3613

1. Relazione consuntiva per l'anno 2025 sugli eventi avversi (art .2 comma 5 della legge 8 marzo 2017 n.24)

Quando un errore rischia di causare danni a un paziente ma viene intercettato prima che si verifichi un evento avverso, ci troviamo di fronte a un "Quasi Evento" o "Near Miss". Al contrario, un "Evento Avverso" si verifica quando un imprevisto legato all'assistenza sanitaria provoca danni non intenzionali al paziente. È importante notare che non tutti gli eventi avverso possono essere prevenuti, ma solo quelli derivanti da errori. Un "Evento Sentinella", indicato come gravissimo, comporta disabilità temporanee o permanenti e può portare al decesso del paziente. In caso di Eventi Avverso/Sentinella, è fondamentale utilizzare tecniche di analisi dell'evento come RCA o Audit Clinico per identificare fattori eliminabili o riducibili al fine di implementare azioni di miglioramento.

La Struttura ha avviato un'attività di sensibilizzazione e formazione sugli aspetti legati al Clinic Risk Management ed ha attivato strumenti di monitoraggio degli Eventi indesiderati. Il tutto è oggetto di una specifica procedura redatta con riferimento alla normativa e alle raccomandazioni ministeriali applicabili. Nel corso del 2025, nessun evento sentinella né eventi avverso/near miss sono stati segnalati dalle diverse unità organizzative aziendali, come mostrato chiaramente nella tabella.

Le segnalazioni del totale degli eventi indesiderati durante l'anno 2025 sono state: n. 0

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
NearMiss	0 (0%)	(0%)	Strutturali (0%)		
Eventi avverso	0(0%) Reazione anafilattica	(0%)	Organizzativi (0%)		Sistemi di reporting (%)
Eventi sentinella	0 (0%)	(0%)	Procedure (0%) Comunicazione (0%)		

2. Relazione annuale per l'anno 2025 inerente i dati relativi ai risarcimenti erogati negli ultimi cinque anni (L. 24/2017 art. 4 co.3)

In data 1° aprile 2017 è stata promulgata la Legge n. 24/2017, anche nota come Legge Gelli - Bianco, in tema di responsabilità del personale sanitario.

Volendo favorire la costruzione di organizzazioni sicure, il legislatore ha voluto non solo implementare meccanismi volti a ridurre il verificarsi di eventi avversi prevenibili ma ha anche istituito dei Centri Regionali, che hanno il compito di gestire il rischio sanitario e la sicurezza del paziente.

In tale contesto, l'art. 2 co. 5 della Legge Gelli – Bianco, prevede che le strutture sanitarie redigano e rendano pubbliche:

- Una relazione annuale inerente i dati relativi ai risarcimenti erogati negli ultimi cinque anni, nell'ambito del monitoraggio della prevenzione e della gestione del rischio sanitario.
- Una relazione annuale di Risk Management, ovvero una relazione relativa al monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario, tramite l'esercizio dei compiti di promozione delle attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari.

Con la nuova Legge Gelli – Bianco, il legislatore è orientato a promuovere la sicurezza delle organizzazioni, garantendo, al tempo stesso, la trasparenza nei confronti del cittadino.

La Carlo Fiorino Hospital S.p.A., in adempimento all'obbligo derivante dalla Legge Gelli – Bianco, di seguito riporta i valori del liquidato riferiti all'ultimo quinquennio e suddivisi per anno.

Gli importi liquidati, ovviamente, potrebbero riferirsi ad eventi e richieste risalenti anche ad anni precedenti.

IMPORTO RISARCIMENTI DANNI EROGATI

- Secondo disposizione Legge Gelli Art. 4, comma 3

ANNO	IMPORTO RISARCIMENTO EROGATO
2021	0
2022	€ 50.000,00
2023	0
2024	€ 69.000,00
2025	€ 90.000,00

3. Descrizione della posizione assicurativa

Attualmente la nostra struttura non ha sottoscritto alcuna polizza assicurativa, ma opera sotto il regime di autoassicurazione.

4. Resoconto delle attività svoltesi nell'anno 2025

- **Esito controlli documentazione sanitaria**

I controlli effettuati dall'ufficio UVAR riguardanti le CC per l'anno 2025 per la corretta tenuta della documentazione sanitaria, sono stati i seguenti:

Presidio San Camillo

Su un totale di n. 6093 C.C. (di cui n. 2480 ricoveri ordinari e N. 3613 PACC), sono state controllate n. 434 C.C. relative ai solo ricoveri ordinari, pari al 19% del totale.

Presidio S. Rita

Su un totale di n. 749 C. C., sono state controllate n. 68 C.C., pari al 9,1% del totale.

Nello specifico sono emerse le seguenti non conformità:

Non conformità rilevate dal controllo UVAR delle Cartelle cliniche per il solo primo semestre 2025:

1. Nella Lettera di dimissioni è stato indicato il nome commerciale dei farmaci e non il principio attivo;
2. Mancanza/scarsa evidenza di diagnosi che complicano il DRG trasformandolo.

Con soddisfazione si osservano miglioramenti significativi rispetto alle non conformità riscontrate lo scorso anno 2023, sia in termini quantitativi che qualitativi.

- Indicazione della malattia (2%)
- Indicazione dell'intervento proposto (2%)
- Operatori (3%)
- Principali complicanze possibili (1%)
- Data e firma del Medico compilatore (2%)

Nel secondo semestre 2025 non ci sono stati controlli dall'Ente preposto.

Durante il 2025 è stato monitorato il corretto utilizzo delle checklist che erano state introdotte nell'anno 2024 e precisamente:

- ✓ Cartella Clinica di reparto e chirurgica
- ✓ Cartella Riabilitativa
- ✓ Foglio di terapia
- ✓ Checklist sicurezza in sala operatoria

Si è rilevato che la Checklist da inserire per la completezza della cartella clinica, ha trovato una scarsa applicazione. Quindi nel corso dell'anno 2026 la Direzione Sanitaria si propone di effettuare incontri e riunioni informative e formative al fine di una sua corretta applicazione.

Privacy

Presenza dell'informativa e relativo consenso informato al trattamento dei dati pari al 85% della cartelle cliniche controllate.

Consenso informato all'atto medico

Presenza del consenso informato all'atto medico è pari al 98% delle cartelle cliniche controllate.

Emovigilanza e vigianza sui dispositivi medici 2025

Riguardo l'emovigilanza, nel corso del 2025 non è stato registrato alcun evento critico. Al pari nessun evento è stato riferito in relazione alla vigilanza sui dispositivi medici.

Reclami 2025

Nel 2025 si è verificata una segnalazione in occasione di un pasto serale, una violazione delle norme igienico-sanitarie e dei requisiti minimi di sicurezza alimentare, previsti dal Regolamento CE n. 852/2004.

Poiché tale attività è esternalizzata ad una azienda contrattualizzata, si è provveduto subito a rivolgere la segnalazione all'azienda in oggetto, chiedendole di rimuovere le cause scaturenti la segnalazione stessa.

Nel corso del 2026 la Direzione Sanitaria, provvederà al monitoraggio costante di tale processo di supporto, controllando sia i reclami/segnalazioni che i Questionari di Gradimento somministrati all'utenza.

5. RELAZIONE PARS 2026

5.1 - Obiettivi Strategici di Sicurezza delle Cure e Gestione del Rischio Clinico

In coerenza con i principi sanciti dalla **Legge 8 marzo 2017 n. 24** (Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita), con le Raccomandazioni Ministeriali in materia di prevenzione del rischio sanitario, nonché con gli indirizzi regionali vigenti in tema di qualità e sicurezza delle cure nelle strutture sanitarie accreditate, la Casa di Cura individua per l'anno **2026** specifici obiettivi strategici finalizzati al rafforzamento del sistema di prevenzione, monitoraggio e gestione del rischio clinico, con particolare attenzione agli eventi prevenibili ad elevato impatto assistenziale.

Gli obiettivi annuali sono definiti secondo criteri di:

- misurabilità;
- appropriatezza clinico-organizzativa;
- aderenza alle evidenze scientifiche;
- miglioramento continuo;
- valutazione periodica degli outcome;
- integrazione tra governo clinico, risk management e sicurezza del paziente.

OBIETTIVO N. 1

Riduzione del rischio infettivo correlato all'assistenza (ICA) in chirurgia protesica maggiore

La Casa di Cura, in considerazione della rilevanza clinica, assistenziale ed economica delle infezioni correlate all'assistenza, individua quale area prioritaria di intervento la **sorveglianza attiva delle infezioni del sito chirurgico (SSI) nell'ambito della chirurgia ortopedica protesica maggiore**, con particolare riferimento agli interventi di:

- artroprotesi di anca;
- artroprotesi di ginocchio.

Finalità

Ridurre l'incidenza di complicanze infettive perioperatorie e post-operatorie mediante rafforzamento delle misure di prevenzione, controllo e monitoraggio.

Azioni programmate

La struttura attiverà:

- ✓ monitoraggio prospettico delle SSI;
- ✓ verifica appropriatezza antibioticoprofilassi perioperatoria;
- ✓ audit clinico-assistenziali multidisciplinari;
- ✓ controllo aderenza procedure antisepsi;
- ✓ monitoraggio sterilità dispositivi impiantabili;
- ✓ formazione continua del personale sanitario.

Indicatori

Saranno monitorati:

- tasso di SSI/100 interventi;
- 100% corretto timing antibioticoprofilassi; (% di pazienti chirurgici nei quali l'antibiotico preventivo è stato somministrato nel tempo previsto prima dell'incisione della cute)
- Ri - ospedalizzazione a causa della infezione preripotesica.;

OBIETTIVO N. 2

Prevenzione delle complicanze in chirurgia ortopedica maggiore mediante protocolli clinico-assistenziali dedicati

La struttura, nell'ottica del miglioramento degli outcome clinici, intende consolidare modelli organizzativi orientati alla prevenzione delle complicanze associate alla chirurgia ortopedica maggiore.

Azioni previste

Implementazione di protocolli specifici riguardanti:

- ✓ tromboprofilassi;

- ✓ prevenzione infezioni perioperatorie;
- ✓ prevenzione cadute;
- ✓ ottimizzazione dolore post-operatorio;
- ✓ checklist percorso riabilitativo post operatorio.

Indicatori

Monitoraggio di:

- complicanze post-operatorie;
- riospedalizzazioni entro 30 giorni;
- reinterventi;
- cadute in degenza;
- eventi tromboembolici;
- compliance ai protocolli.

OBIETTIVO N. 3

Monitoraggio dell'applicazione delle linee guida e delle buone pratiche clinico-assistenziali

La Casa di Cura promuove l'adozione sistematica delle migliori evidenze scientifiche disponibili, assicurando la costante verifica dell'aderenza ai protocolli validati e alle linee guida nazionali ed internazionali di riferimento.

Azioni

Saranno realizzati:

- ✓ audit clinici periodici;
- ✓ revisioni documentali protocolli;
- ✓ aggiornamento PDTA;
- ✓ attività formative ECM;
- ✓ verifica cartelle cliniche;

Indicatori

- n. audit effettuati;
- n. revisioni protocolli;
- n. azioni correttive implementate.

OBIETTIVO N. 4

Riduzione del rischio di complicanze neurologiche nella chirurgia della Tiroide e Parotide mediante introduzione del NIM.

Nel quadro delle azioni di prevenzione del danno evitabile, la Casa di Cura ha programmato per l'anno 2026 l'introduzione del sistema di monitoraggio intraoperatorio **NIM**, finalizzato al controllo funzionale continuo del nervo laringeo ricorrente e delle strutture nervose a rischio durante procedure chirurgiche ad elevata complessità su Tiroide e Parotide.

Ambiti di utilizzo

- tiroidectomia totale;
- emitiroidectomia;
- reinterventi tiroidei;
- chirurgia parotidea;
- procedure selezionate del distretto cervico-facciale.

Finalità

Ridurre:

- lesioni nervose iatrogene;
- paralisi cordali;
- disfonia post-operatoria;
- complicanze funzionali permanenti;
- contenzioso clinico correlato.

Indicatore principale

Numero interventi con utilizzo NIM / totale interventi per Tiroide e Parotide ×100

Indicatori secondari

- incidenza disfonia post-operatoria;
- lesioni nervose permanenti;

OBIETTIVO N. 5

Rafforzamento del sistema di Incident Reporting e monitoraggio eventi avversi

La Casa di Cura intende consolidare un modello organizzativo improntato alla cultura della sicurezza, fondato sulla rilevazione precoce, analisi sistemica e gestione strutturata degli eventi.

Saranno oggetto di monitoraggio

- eventi avversi;
- near miss;
- eventi sentinella;
- reclami ad impatto clinico-assistenziale.

Azioni previste

- ✓ sistema di segnalazione interna;
- ✓ audit di apprendimento;
- ✓ definizione azioni correttive;
- ✓ monitoraggio chiusura non conformità;
- ✓ reporting periodico alla Direzione.

Indicatori

- numero segnalazioni;
- 80% delle segnalazioni entro il tempo medio previsto (3 gg);
- % azioni correttive chiuse;
- riduzione medesimo evento a seguito delle azioni correttive;
- trend annuale cadute..

5.2 - Matrice Operativa di Attuazione

Obiettivo strategico N. 1	Azioni programmate	Responsabile attuazione	Indicatore (KPI)	Target 2026	Tempistica
Riduzione rischio ICA / SSI in chirurgia protesica anca-ginocchio	Attivazione sorveglianza infezioni post-operatorie	Direttore Sanitario / U.O. Ortopedia	n° SSI / n° interventi x100	riduzione progressiva vs baseline 2025	semestrale
	Audit antibiotico profilassi	Personale Blocco operatorio	% corretta profilassi	≥95%	semestrale
	Monitoraggio sterilizzazione e tracciabilità ferri/protesi	Coordinatore sala operatoria	% conformità processi	100%	trimestrale
	Verifica antisepsi mani e campo operatorio	Coordinatori infermieristici	% compliance	≥95%	trimestrale
	Formazione personale	Ufficio Formazione / Risk Manager	n° corsi + % partecipazione	≥90%	semestrale

Obiettivo strategico N. 2	Azioni programmate	Responsabile attuazione	Indicatore (KPI)	Target 2026	Tempistica
Prevenzione complicanze chirurgia ortopedica maggiore	Protocollo tromboprofilassi	Direzione sanitaria / Ortopedia / Anestesia	% adesione protocollo	≥95%	continuo
	Prevenzione cadute	Coordinamento assistenziale	tasso cadute	riduzione vs baseline	semestrale

Obiettivo strategico N. 3	Azioni programmate	Responsabile attuazione	Indicatore (KPI)	Target 2026	Tempistica
Monitoraggio linee guida cliniche	Revisione protocolli	Direzione sanitaria / Qualità	n° protocolli aggiornati	100% protocolli prioritari	annuale
	Audit cartelle cliniche	Risk Manager	% conformità LG	≥90%	trimestrale
	Formazione ECM	Formazione / Direzione	n° eventi formativi	almeno 2/anno	semestrale
	Monitoraggio scostamenti	Qualità	n° NC cliniche	riduzione progressiva	trimestrale

Obiettivo strategico N. 4	Azioni programmate	Responsabile attuazione	Indicatore (KPI)	Target 2026	Tempistica
Riduzione rischio lesione iatrogena in chirurgia della Tiroide e Parotide	Introduzione protocollo utilizzo NIM	Chirurgia / Anestesia /	protocollo adottato	100%	semestrale

Obiettivo strategico N. 4	Azioni programmate	Responsabile attuazione	Indicatore (KPI)	Target 2026	Tempistica
mediante NIM					
	Audit outcome clinici	Risk Manager	disfonia post-op	riduzione vs baseline	semestrale
	Analisi eventi avversi correlati	Clinical risk	n° complicanze nervose	trend riduzione	annuale

Obiettivo strategico N. 5	Azioni programmate	Responsabile attuazione	Indicatore (KPI)	Target 2026	Tempistica
Incident reporting / near miss / eventi sentinella	Rafforzamento segnalazione interna	Risk Manager	n° segnalazioni	aumento cultura reporting	continuo
	Piano azioni correttive	Direzione	% azioni chiuse	≥90%	semestrale
	Reporting direzionale	Risk Manager	n° report	4/anno	semestrale
	Audit di apprendimento	U.O. coinvolte	n° audit	almeno 2/anno	semestrale

6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ PARS 2026

L'attuazione del PARS 2026 è affidata alla Direzione Sanitaria quale funzione di indirizzo e supervisione, con coordinamento operativo del Risk Manager e supporto metodologico del Responsabile Qualità. L'implementazione delle azioni di miglioramento coinvolge i Responsabili delle Unità Operative, i Coordinatori Infermieristici e gli ulteriori uffici competenti in ragione delle specifiche aree di intervento, secondo un modello organizzativo integrato di clinical governance.

Legenda

- **A = Responsabile finale / approvazione**
- **R = Responsabile operativo**
- **C = Supporto / consulenza**
- **I = Informato**

Attività / Processo	Direzione Sanitaria	Risk Manager	Responsabile Qualità	Responsabili U.O.	Coordinatori Infermieristici	Uffici competenti *	Direzione Generale
Definizione obiettivi annuali PARS	A	R	C	C	C	C	I
Analisi preliminare dei rischi	A	R	C	C	C	C	I
Predisposizione procedure e protocolli	A	R	R	C	C	C	I
Implementazione misure preventive	C	C	C	R	R	R	I
Sorveglianza ICA / SSI	A	R	C	R	R	C	I
Monitoraggio corretto timing antibiotico profilassi	A	R	C	R	R	Sala operatoria (R)	I
Monitoraggio utilizzo NIM	A	R	C	R	C	Blocco operatorio (R)	I
Raccolta segnalazioni near miss / unsafe condition	C	A/R	C	R	R	C	I
Analisi eventi avversi / sentinella	A	R	C	C	C	C	I
Audit clinici	A	R	R	C	C	C	I
Formazione sulla sicurezza cure	C	R	R	C	C	Ufficio formazione (R)	I
KPI trimestrali	C	R	R	C	C	C	I
Riesame annuale PARS	A	R	R	C	C	C	I

7. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARS

Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività previste dal presente PARS e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la Direzione generale garantisce la sua diffusione attraverso:

- Pubblicazione PARS nel sito internet Carlo Fiorino Hospital S.p.a.
- Invio del PARS alla Direzione Aziendale
- Trasmissione del PARS ai referenti dei reparti
- Iniziative di diffusione del PARS a tutti gli operatori attraverso momenti di partecipazione a corsi di formazione mirati.

8. RIFERIMENTI NORMATIVI

ELENCO NORMATIVA DI RIFERIMENTO – PARS 2026

Legge 23 dicembre 1978, n. 833

Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale.

D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.

Riordino della disciplina in materia sanitaria.

D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229

Norme per la razionalizzazione del SSN.

DPR 14 gennaio 1997

Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie.

D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 e s.m.i.

Tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

Intesa Stato-Regioni del 20 marzo 2008

Gestione del rischio clinico e sicurezza dei pazienti e delle cure.

Decreto Ministero della Salute 11 dicembre 2009

Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES).

Legge 8 marzo 2017, n. 24

Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita (Legge Gelli-Bianco).

DM 15 dicembre 2023 n. 232

_Regolamento sul monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario e trasparenza dei dati relativi agli eventi avversi.

Raccomandazioni del Ministero della Salute

Circolare Ministeriale n. 52/1985

Lotta contro le infezioni ospedaliere.

Circolare Ministeriale n. 8/1988

Lotta contro le infezioni ospedaliere – sorveglianza.

Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) vigente.

Linee guida **World Health Organization** sulla prevenzione delle Surgical Site Infection (SSI).

Documenti e linee guida **Istituto Superiore di Sanità / SNLG**
Normativa radioprotezionistica (**D.Lgs. 101/2020**) per TAC / RMN / radiologia.

Regolamento (UE) 2017/745 dispositivi medici (MDR) – per tecnologie biomedicali, compreso NIM.

Legge Regionale 2 maggio 2017, n. 9

Regolamento Regionale 13 gennaio 2005, n. 3

Regolamento Regionale 5 febbraio 2010, n. 3

Regolamento Regionale 23 luglio 2019, n. 16

Regolamento Regionale 20 agosto 2020, n. 15

Atti di indirizzo e verifiche regionali / AReSS Puglia

Per:

- qualità;
- sicurezza cure;
- monitoraggio esiti;
- governance clinica;
- indirizzi operativi regionali. (Aress)