



# RSA BAIA DUEMILA

**EMME DUE S.p.A.**

Via Filippo Turati 7, 81010 Baia e Latina (CE)

## PIANO ANNUALE 2026 DI RISK MANAGEMENT

CON RELAZIONE CONSUNTIVA 2025

**(PARM)**

	NOME	FUNZIONE	DATA	FIRMA
<b>REDAZIONE</b>	Dott. Elio Maria Gaetano Avagliano	Risk Manager	30/03/2026	
<b>VERIFICA</b>	Dott. Elio Maria Gaetano Avagliano	Direttore Sanitario	30/03/2026	
<b>APPROVAZIONE</b>	Iwona Barbara Garczynska	Legale Rappresentante EMME DUE S.p.A.	30/03/2026	



## 1. PREMESSA

---

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

La Legge Gelli-Bianco (L. 8 marzo 2017, n. 24) qualifica la sicurezza delle cure come parte costitutiva del diritto alla salute e precisa che essa si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e mediante l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche ed organizzative.

Per quanto riguarda la normativa regionale, lo strumento strategico finalizzato alla gestione del rischio è il PARM — Piano Annuale di Risk Management — previsto per le strutture sanitarie operanti in Regione Campania dalle Linee Guida elaborate nel dicembre 2022. Il PARM consente di definire gli obiettivi prioritari da realizzare nel medio periodo nonché i mezzi e le modalità per realizzarli, in risposta alle raccomandazioni del Ministero della Salute contenute nel documento «Risk Management e Qualità in Sanità».

### Principi guida del presente documento

- Individuare un modello organizzativo uniforme per la gestione del rischio clinico
- Elaborare direttive e procedure per la rilevazione uniforme degli errori e dei rischi di errori
- Promuovere la segnalazione dei near miss e degli eventi avversi
- Monitorare periodicamente e garantire feedback informativi al personale e alla direzione
- Favorire lo sviluppo di modelli organizzativi e supporti tecnologici innovativi per migliorare la sicurezza



## 2. SCOPO E APPLICABILITÀ

Il presente Piano Annuale di Risk Management (PARM) definisce le modalità, i criteri, gli strumenti, gli indicatori, gli obiettivi e le evidenze predisposte dalla RSA BAIA DUEMILA ai fini della prevenzione, mitigazione e gestione dei rischi associati alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate agli ospiti.

Il presente documento riporta altresì la relazione consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura nell'anno 2025, sulle cause che hanno prodotto l'evento e sulle conseguenti iniziative messe in atto, ai sensi dell'art. 2, comma 5, della Legge 24/2017.

Il PARM è redatto in conformità alle Linee Guida per l'elaborazione del PARM della Regione Campania (dicembre 2022) e alle Raccomandazioni del Ministero della Salute applicabili al profilo di rischio della struttura.

## 3. CONTESTO ORGANIZZATIVO

Il presente PARM si riferisce alla struttura RSA BAIA DUEMILA, situata in Via Filippo Turati 7, 81010 Baia e Latina (CE), gestita dalla società EMME DUE S.p.A. La Residenza Sanitaria Assistita BAIA DUEMILA risponde all'esigenza di accogliere al suo interno ospiti non autosufficienti, offrendo trattamenti sanitari di lungo-assistenza a forte rilevanza sociale, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, rivolti a persone non autosufficienti.

### Dati strutturali

MODULO / STRUTTURA	N. P.L.	TIPOLOGIA / CLASSIFICAZIONE
MODULO I	N. 20	Posti letto ordinari Accreditati — R3
MODULO III	N. 8	Posti letto ordinari Accreditati — R2D

### Organico sanitario e assistenziale in servizio (a.s. 2026)

FIGURA PROFESSIONALE	N. UNITÀ	NOTE
Medici	2	Con reperibilità notturna
Infermieri (IP)	9	Turnazione su 3 fasce orarie



FIGURA PROFESSIONALE	N. UNITÀ	NOTE
Operatori Socio-Sanitari (OSS)	8	Turnazione su 3 fasce orarie
Direttore Sanitario	1	Dott. Elio Maria Gaetano Avagliano

### Dati aggregati di attività 2025

ACCETTAZIONI RICOVERI	N. 15
PERCENTUALE DI OCCUPAZIONE POSTI LETTO	100%
DIMISSIONI / DECESSI	N. 14 / 0
TRASFERIMENTI AL P.S.	N. 0

**Nota:** l'elevata percentuale di occupazione (100%) riflette la natura di lungo-assistenza residenziale della struttura, caratterizzata da bassa rotazione degli ospiti. La quasi totalità degli ospiti risiede stabilmente nella struttura per periodi pluriennali.

## 4. TEAM RISCHIO CLINICO

In attuazione delle Linee Guida Regionali PARM (Campania, dicembre 2022) e delle indicazioni operative della Legge 24/2017, è operativo presso la RSA BAIA DUEMILA il Team Rischio Clinico (TRC), il quale svolge funzioni di presidio, monitoraggio e promozione della cultura della sicurezza delle cure.

### Composizione del Team Rischio Clinico

NOMINATIVO	QUALIFICA	RUOLO NEL TRC
<b>Dott. Elio Maria Gaetano Avagliano</b>	Risk Manager — Dir. Sanitario Baia Duemila	Coordinatore/Referente
<b>Infermiere coordinatore</b>	Coordinatore infermieristico	Referente operativo
<b>Dott. Cristian Bonelli</b>	RSPP EMME DUE S.p.A.	Membro per la sicurezza lavoro

Il TRC si riunisce in via ordinaria con cadenza trimestrale e straordinariamente ogni qualvolta si verifici un evento avverso o sentinella. Di ogni riunione è redatto verbale.

## 5. MATRICE DI RESPONSABILITÀ DEL PARM

La realizzazione del PARM riconosce specifiche responsabilità distribuite tra le figure aziendali secondo lo schema RACI (R: Responsabile; C: Coinvolto) di seguito dettagliato.

AZIONE	RESP./REFERENTE RISCHIO CLINICO	DIR. SANITARIO	LEGALE RAPPRESENT.	DIR. AMMINISTR.
Redazione PARM	R	C	C	C
Adozione del PARM	C	C	R	C
Monitoraggio del PARM	R	C	C	C
Analisi e Valutazioni rischio	R	C	C	C
Gestione sinistri CVS	R	C	C	C
Formazione del personale	R	R	C	C

## 6. STRUMENTI DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO

In coerenza con il profilo di rischio specifico di una RSA per anziani non autosufficienti e con le Raccomandazioni Ministeriali applicabili (Raccomandazione n. 13 — prevenzione cadute, n. 14 — prevenzione LDP), la struttura adotta i seguenti strumenti validati di valutazione del rischio clinico:

SCALA DI VALUTAZIONE	AMBITO DI APPLICAZIONE	MODALITÀ E FREQUENZA
<b>Scala di Braden</b>	Rischio lesioni da pressione (LDP)	Somministrata all'ingresso e ogni 30 giorni o al variare delle condizioni cliniche. Soglia di allerta: punteggio $\leq 18$ .
<b>Indice di Barthel</b>	Livello di autonomia nelle ADL (Activities of Daily Living)	Valutazione all'ingresso, ogni 3 mesi e ad ogni variazione clinicamente significativa dello stato funzionale.
<b>MNA — Mini Nutritional Assessment</b>	Rischio malnutrizione	Somministrato all'ingresso e con cadenza trimestrale. Attivazione del protocollo nutrizionale in caso di punteggio $< 17$ .

**Scheda di segnalazione  
eventi avversi / near  
miss**Rilevazione eventi  
avversi, near miss e  
quasi-erroriCompilazione immediata all'accadimento da parte  
dell'operatore che rileva l'evento. Trasmissione al  
Risk Manager entro 24 ore.

I risultati delle valutazioni effettuate con le scale suddette vengono registrati nella cartella clinica informatizzata (attualmente in fase di completamento dell'implementazione) e costituiscono elemento fondamentale per la personalizzazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) di ciascun ospite.

## 7. COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI (CVS)

Con atto formale del 16 marzo 2026 (Cod. CVS-ED-2026-001), la società EMME DUE S.p.A. ha istituito il Comitato Valutazione Sinistri (CVS), ai sensi dell'art. 2, commi 5 e 6, della Legge 8 marzo 2017, n. 24. Il CVS opera trasversalmente per tutte le strutture della società ed è competente per la valutazione dei sinistri e per la formulazione delle proposte di azioni correttive da incorporare nel PARM annuale.

### Composizione CVS (atto CVS-ED-2026-001 del 16/03/2026)

NOMINATIVO	QUALIFICA	FUNZIONE CVS
<b>Dott. Elio Maria Gaetano Avagliano</b>	Risk Manager — Dir. San. Baia Duemila	Presidente
<b>Dott. Alfonso Pisaturo</b>	Direttore Sanitario RSA Villa Anna	Membro
<b>Dott. Giovanni Izzo</b>	Direttore Sanitario Villa degli Angeli	Membro
<b>Dott. Andrea Bertolino</b>	Direttore Amministrativo EMME DUE S.p.A.	Membro
<b>Dott. Cristian Bonelli</b>	RSPP EMME DUE S.p.A.	Membro

## 8. RELAZIONE CONSUNTIVA SU EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

La prevenzione, identificazione e gestione degli eventi avversi è oggetto specifico di una procedura gestionale interna, con lo scopo di migliorare la sicurezza degli ospiti all'interno della residenza, redatta sulla base del Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella del Ministero della Salute (Dipartimento della Qualità, Ufficio III).

### 8.1 Sistema di sorveglianza e segnalazione attivo

La RSA BAIA DUEMILA ha adottato un sistema strutturato di sorveglianza e segnalazione degli eventi avversi, che si articola come segue:

- Schede di segnalazione interna per near miss ed eventi avversi, disponibili a tutto il personale sanitario e assistenziale
- Trasmissione della segnalazione al Risk Manager entro 24 ore dall'accadimento
- Valutazione e classificazione dell'evento da parte del Team Rischio Clinico
- Inserimento in piattaforma SIMES per gli eventi sentinella, ai sensi del D.M. 11/12/2009
- Analisi delle cause (RCA o audit clinico) per gli eventi di maggiore gravità
- Feedback al personale con diffusione delle azioni correttive adottate

### 8.2 Riepilogo eventi 2025 (anno di riferimento per il PARM 2026)

TIPO DI EVENTO	N. E % SUL TOTALE	% CADUTE NELLA CATEG.	PRINCIPALI FATTORI CAUSALI/CONTRIBUENTI (A)	AZIONI DI MIGLIORAMENTO	FONTE DEL DATO
<b>Near Miss</b>	<b>0 (0%)</b>	N/A	Nessun near miss registrato nel 2025. La struttura adotta la sorveglianza attiva tramite schede di segnalazione interna.	Mantenimento del sistema di sorveglianza; formazione continua.	Registro near miss; Direttore Sanitario
<b>Eventi Avversi</b>	<b>0 (0%)</b>	0	Nessun evento avverso registrato nel 2025. Monitoring sistematico con scale validate (Braden, Barthel, MNA).	Monitoraggio continuo con scale validate; revisione periodica delle procedure.	Registro eventi avversi; cartella clinica



<b>Eventi Sentinella</b>	<b>0 (0%)</b>	0	Nessun evento sentinella nel 2025.	Presidio attivo del rischio; formazione annuale.	SIMES; Direzione Sanitaria
--------------------------	---------------	---	------------------------------------	--------------------------------------------------	----------------------------

(\*) con riferimento all'anno precedente alla nuova edizione del PARM. (A) I fattori causali/contribuenti fanno riferimento solo agli eventi sottoposti ad analisi.

Nota: L'assenza di eventi avversi, near miss ed eventi sentinella nel corso del 2025 è il risultato del sistema di sorveglianza attivo adottato dalla struttura, che include il monitoraggio sistematico con scale validate (Braden, Barthel, MNA) e la formazione continua del personale. Il dato non è da intendersi come assenza di sistema di segnalazione, bensì come esito positivo delle misure di prevenzione implementate.

## 9. SINISTROSITÀ E RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO

L'art. 4, comma 3, della L. 24/2017 prevede che tutte le strutture pubbliche e private rendano disponibili, mediante pubblicazione sul proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio. In tal senso, come da indicazioni delle Linee Guida PARM (Regione Campania, dicembre 2022), si propone la seguente tabella riassuntiva.

ANNO	N. SINISTRI APERTI (A)	N. SINISTRI LIQUIDATI (A)	RISARCIMENTI EROGATI (A)	NOTE
2020	0	0	€ 0,00	Nessun sinistro aperto
2021	0	0	€ 0,00	Nessun sinistro aperto
2022	0	0	€ 0,00	Nessun sinistro aperto
2023	0	0	€ 0,00	Nessun sinistro aperto
2024	0	0	€ 0,00	Nessun sinistro aperto
2025	0	0	€ 0,00	Nessun sinistro aperto
<b>TOTALE</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>€ 0,00</b>	

(A) Sono riportati solo i sinistri e i risarcimenti riferiti al rischio sanitario. I dati sono raccolti e aggiornati dal Comitato Valutazione Sinistri (CVS).

## 10. RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI APPLICABILI

In conformità alle Linee Guida Regionali PARM (Campania, dicembre 2022), la struttura identifica le seguenti Raccomandazioni del Ministero della Salute come pertinenti al proprio profilo di rischio:

N. RACCOMANDAZIONE	OGGETTO	APPLICABILITÀ ALLA RSA
Racc. n. 7	Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori terapeutici	Alta: gestione multi-farmaco negli anziani
Racc. n. 13	Prevenzione e gestione delle cadute del paziente	Alta: ospiti anziani non autosufficienti
Racc. n. 14	Prevenzione delle lesioni da pressione	Alta: ospiti allettati o con ridotta mobilità
Racc. n. 15	Morte o grave danno per malfunzionamento di dispositivi medici/apparecchiature	Applicabile: apparecchiature elettromedicali in uso
Racc. n. 1	Prevenzione del suicidio in ospedale/struttura residenziale	Applicabile: ospiti con comorbidità psichiatriche

## 11. OBIETTIVI E ATTIVITÀ 2026

Nel recepire le Linee Guida Regionali per l'elaborazione del PARM (Campania, dicembre 2022) e le Raccomandazioni del Ministero della Salute applicabili, sono stati identificati e ritenuti prioritari i seguenti obiettivi strategici per l'anno 2026:

**Obiettivo:** 1. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure attraverso la formazione strutturata del personale sulla prevenzione e gestione del Rischio.

**Attività:** Progettazione ed effettuazione di almeno un Corso aziendale sulla «Gestione del Rischio Clinico» rivolto a tutto il personale sanitario e assistenziale (medici, infermieri, OSS), mirato a migliorare l'applicazione delle procedure aziendali in riferimento alle Raccomandazioni Ministeriali n. 7, 13 e 14. Durata minima: 4 ore ECM. Modalità: in presenza o FAD. Periodo: entro dicembre 2026.

**Indicatore:** 1. N. edizioni del corso effettuate / N. edizioni programmate.

**Standard:** Standard = 100% (almeno 1 edizione). Target secondario: tasso di partecipazione ≥ 80% del personale.



**Obiettivo:** 2. Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, promuovendo interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e al monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.

**Attività:** Monitoraggio sistematico di near miss, eventi avversi ed eventi sentinella tramite le scale validate adottate (Braden, Barthel, MNA) e schede di segnalazione interna; inserimento degli eventi sentinella in piattaforma SIMES entro i termini di legge.

**Indicatore:** 2. N. segnalazioni pervenute / N. segnalazioni prese in carico e valutate.

**Standard:** Standard = 100% (tutte le segnalazioni sono prese in carico e classificate entro 48 ore).

**Obiettivo:** 3. Garantire la piena operatività del Team Rischio Clinico e del Comitato Valutazione Sinistri.

**Attività:** Riunioni trimestrali del TRC con produzione di verbale; riunioni semestrali del CVS in via ordinaria e straordinarie entro 15 gg. da ogni sinistro o evento sentinella; trasmissione della relazione annuale CVS al Risk Manager entro il 31 gennaio di ogni anno.

**Indicatore:** 3. N. riunioni TRC effettuate / N. programmate; N. riunioni CVS effettuate / N. programmate.

**Standard:** Standard = 100%.

**Obiettivo:** 4. Miglioramento continuo del sistema di gestione aziendale e delle procedure operative.

**Attività:** Revisione e/o redazione di procedure interne focalizzate sulla prevenzione delle cadute, sulla gestione delle LDP e sulla sicurezza nella somministrazione dei farmaci; aggiornamento del Piano Assistenziale Individuale (PAI) sulla base delle valutazioni con scale validate.

**Indicatore:** 4. N. procedure revisionate o redatte in tema di sicurezza del paziente.

**Standard:** Standard  $\geq$  2 procedure revisionate/redatte nell'anno.

**Obiettivo:** 5. Completamento della cartella clinica informatizzata.

**Attività:** Completamento del processo di implementazione della cartella clinica informatizzata e raggiungimento del suo utilizzo sistematico da parte di tutto il personale sanitario e assistenziale, inclusa la registrazione delle valutazioni con le scale di rischio adottate.

**Indicatore:** 5. % di cartelle cliniche degli ospiti gestite integralmente in formato informatizzato.

**Standard:** Standard  $\geq$  90% delle cartelle cliniche attive entro dicembre 2026.



## 12. MODALITÀ DI ADOZIONE E DIFFUSIONE DEL PARM

---

Il presente Piano Annuale di Risk Management è adottato formalmente dalla Legale Rappresentante di EMME DUE S.p.A. e diffuso attraverso le seguenti modalità:

- Pubblicazione sul sito internet aziendale, ai sensi dell'art. 4, comma 3, della L. 24/2017
- Distribuzione in copia controllata al Direttore Sanitario, al Team Rischio Clinico e al Comitato Valutazione Sinistri
- Comunicazione al personale in occasione del corso annuale sulla gestione del rischio clinico
- Archiviazione nella cartella documentale della struttura, a disposizione degli organi di controllo regionali

La diffusione del documento è cura del Risk Manager, Dott. Elio Maria Gaetano Avagliano.

## 13. RIFERIMENTI NORMATIVI, LINEE GUIDA E RACCOMANDAZIONI APPLICABILI

---

- Circolare Ministeriale n. 52/1985: «Lotta contro le Infezioni Ospedaliere»
- Circolare Ministeriale n. 8/1988: «Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza»
- D.Lgs. 502/1992: Riordino della disciplina in materia sanitaria
- D.Lgs. 517/1993: Modificazioni al D.Lgs. 502/1992
- D.P.C.M. 19 maggio 1995: Schema generale di riferimento della Carta dei servizi pubblici sanitari
- D.P.R. 14/01/1997: Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per le strutture sanitarie
- D.M. 10 marzo 1998: Criteri generali di sicurezza antincendio e per la gestione dell'emergenza nei luoghi di lavoro
- D.Lgs. 229/1999: Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale
- D.M. 05/03/2003: Risk Management in sanità — il problema degli errori
- D.Lgs. 81/2008: Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro
- D.M. 11/12/2009: Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES)



- D.P.C.M. 12/01/2017: Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)
- Legge 8 marzo 2017, n. 24 (Gelli-Bianco): «Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie»
- Decreto Regione Campania n. 51 del 04/07/2019: Integrazione requisiti per l'accreditamento istituzionale
- DGRC n. 19 del 18/01/2020: Piano triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del SSC
- DGRC n. 35 del 08/02/2021: Istituzione del Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente
- Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) — Regione Campania, dicembre 2022
- Raccomandazioni del Ministero della Salute n. 1, 7, 13, 14, 15 — applicabili al profilo di rischio della struttura
- Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii.

*Sessa Aurunca (CE), 30 marzo 2026*