
Deliberazione del Direttore Generale N. 334 del 28/03/2025

Proponente: Il Direttore UOC GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

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

PUBBLICAZIONE

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)

ESECUTIVITÀ'

Atto immediatamente esecutivo

TRASMISSIONE

La trasmissione di copia della presente Deliberazione è effettuata al Collegio Sindacale e ai destinatari indicati nell'atto nelle modalità previste dalla normativa vigente. L'inoltro alle UU. OO. aziendali avverrà in forma digitale ai sensi degli artt. 22 e 45 D.gs. n° 82/2005 e s.m.i. e secondo il regolamento aziendale in materia.

UOC AFFARI GENERALI
Direttore Eduardo Chianese

ELENCO FIRMATARI

Gaetano Gubitosa - DIREZIONE GENERALE

Angela Annecciarico - DIREZIONE SANITARIA

Amalia Carrara - DIREZIONE AMMINISTRATIVA

Danilo Lisi - UOC GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Eduardo Chianese - UOC AFFARI GENERALI

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

Direttore UOC GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

A conclusione di specifica istruttoria, descritta nella narrazione che segue e i cui atti sono custoditi presso la struttura proponente, rappresenta che ricorrono le condizioni e i presupposti giuridico-amministrativi per l’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 l’insussistenza del conflitto di interessi, ai sensi dell’art. 6 bis della legge 241/90 e s.m.i.

Premesso

- **che** la sicurezza 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;
- **che** per l’AORN di Caserta la prevenzione e la gestione del rischio clinico costituiscono un’esigenza prioritaria per l’ottimizzazione della qualità dell’assistenza sanitaria, sia sotto l’aspetto dell’appropriatezza che della sicurezza delle cure e la gestione del contenzioso;
- **che** 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;
- **che**, 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 attivato un sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES), degli Eventi Sentinella e per rispondere al debito informativo regionale nei confronti del Ministero della Salute;
- **che** l’adozione ed attuazione di un piano aziendale per la gestione del rischio clinico, orientato alla sicurezza di pazienti, operatori e ambiente che contempli ruoli, responsabilità, risorse impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione rientra tra i compiti della Direzione Aziendale (L.R. n. 20 del 23/12/2015);
- **che** tale piano è stato presentato al Collegio di Direzione nel corso della riunione del 24.03.2025 ai sensi della L.R. n. 20 del 23/12/2015;
- **che** il Collegio di Direzione, nella stessa data, ha approvato all’unanimità il predetto “Piano Annuale Risk Management (P.A.R.M.) 2025”.

Rilevato

che la Legge n. 24 del 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.

Deliberazione del Direttore 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.

Considerato

che la Giunta Regionale della Campania – Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale - con DD n. 99 del 16.12.2022 ha approvato le “Linee di indirizzo per l’elaborazione del PARM” al fine di dare indicazioni univoci alle Aziende per la stesura del Piano Annuale Risk Management, per gli adempimenti previsti dalla Legge 24/2017 relativamente alla relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati.

Dato atto

che in ottemperanza da quanto previsto dalla Legislazione nazionale e regionale l’AORN “Sant’Anna e San Sebastiano” di Caserta dispone di un modello gestionale con approccio “risk-based” orientato alla gestione del rischio, alla prevenzione degli Eventi Avversi / Sentinella ed alla conseguente regolamentazione ed implementazione di Buone Pratiche e Raccomandazioni attraverso le attività dell’u.o.c. Gestione del Rischio Clinico.

Ritenuto

che è doveroso e conveniente per l’Azienda Ospedaliera "Sant’Anna e San Sebastiano" di Caserta adottare il “Piano Annuale Risk Management (P.A.R.M.) 2025” con i suoi obiettivi ed attività.

Attestata

la legittimità della presente proposta, che è conforme alla vigente normativa in materia.

PROPONE

1. di adottare il “Piano Annuale Risk Management (P.A.R.M.) 2025” con i suoi obiettivi ed attività;
2. di trasmettere copia del presente atto al Collegio Sindacale, ai sensi di legge, nonché a tutti i Direttori di Dipartimento e, per Loro tramite, ai Direttori/Responsabili ed ai Coordinatori delle uu.oo. agli stessi afferenti;
3. di rendere lo stesso immediatamente eseguibile, stante l’urgenza.

IL Direttore u.o.c. Gestione del Rischio clinico

Dr. Danilo Lisi

Deliberazione del Direttore 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.

IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Gaetano Gubitosa

individuato con D.G.R.C. n. 465 del 27/07/2023

immesso nelle funzioni con D.P.G.R.C. n. 80 del 31/07/2023

Vista la proposta di deliberazione che precede, a firma del Direttore u.o.c. Gestione del Rischio Clinico Dott. Danilo Lisi

Acquisiti i pareri favorevoli del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo in modalità telematica (art. 6, punto 1, lett e del regolamento aziendale) e sotto riportati

Il Direttore Sanitario Dr.ssa Angela Annecchiarico Favorevole

Il Direttore Amministrativo Avv. Amalia Carrara Favorevole

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:

ADOTTARE il “Piano Annuale Risk Management (P.A.R.M.) 2025” con i suoi obiettivi ed attività;

TRASMETTERE copia del presente atto al Collegio Sindacale, ai sensi di legge, nonché a tutti i Direttori Dipartimentali e, per Loro tramite, ai Direttori/Responsabili ed ai Coordinatori delle uu.oo. agli stessi afferenti;

RENDERE lo stesso immediatamente eseguibile, stante l’urgenza.

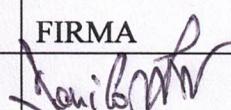
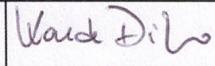
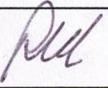
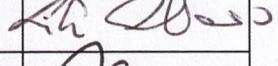
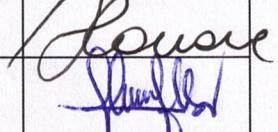
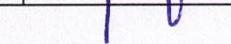
Il Direttore Generale

Gaetano Gubitosa

Deliberazione del Direttore 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.

**PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT
(P.A.R.M.) 2025**

	NOME	FUNZIONE	FIRMA
REDAZIONE	Lisi Danilo	Direttore u.o.c Gestione del Rischio Clinico	
	Di Vico Wanda	Dirigente Medico u.o.c. Gestione del Rischio Clinico	
	Misefari Raffaele	Infermiere u.o.c Gestione del Rischio Clinico	
VERIFICA	Annecciarico Angela	Direttore Sanitario	
	Carrara Amalia	Direttore Amministrativo	
APPROVAZIONE	Gubitosa Gaetano	Direttore Generale	

INDICE

Introduzione

1 Ambito di applicazione

2. Struttura del PARM

2.1 Contesto organizzativo

2.2 Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

 2.2.1 Attività di prevenzione e sorveglianza delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)

2.3 Sinistrosità e risarcimenti

2.4 Resoconto attività 2024

3. Matrice delle responsabilità

4. Obiettivi regionali

5. Obiettivi aziendali

6. Modalità di adozione aziendale del PARM

7. Riferimenti normativi

Introduzione

Il presente Piano Annuale Risk Management (P.A.R.M.) rappresenta l'atto istituzionale nel quale vengono definiti, per l'anno in corso, gli obiettivi inerenti l'attività di Gestione del Rischio Clinico, pianificati sia in funzione delle criticità emerse nel corso dell'analisi degli Eventi segnalati alla u.o.c. Gestione del Rischio Clinico nell'anno 2024, sia in funzione di esigenze organizzative subentranti, per le quali si è reso necessario elaborare strategie operative atte a prevenire e gestire i rischi ed a garantire una maggiore sicurezza dei pazienti e degli operatori sanitari.

Il presente documento è stato redatto secondo gli indirizzi della Determina della Regione Campania n. 99 del 16.12.2022 “Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale Risk Management (PARM)”.

1. Ambito di applicazione

Il seguente documento è rivolto a tutte le uu.oo. dell'A.O.R.N. “Sant’Anna e San Sebastiano” di Caserta, ai sensi della Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante: “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”, norma che mette in primo piano la sicurezza delle cure, ritenendola parte costitutiva del diritto alla salute ed elemento imprescindibile dell’attività di tutti gli operatori sanitari.

2. Struttura del PARM

2.1 Contesto organizzativo

L'A.O.R.N. “Sant’Anna e San Sebastiano”, con sede legale in Caserta alla via Palasciano snc, è un Ente pubblico, senza scopo di lucro, che risponde ai bisogni di salute della popolazione attraverso l’offerta di prestazioni sanitarie finalizzate a garantire la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle patologie.

La popolazione che costituisce il bacino di utenza dell'A.O.R.N. “Sant’Anna e San Sebastiano” di Caserta conta circa 1.000.000 di cittadini residenti nell’intera provincia di Caserta e nei territori limitrofi delle province di Napoli e Benevento.

Secondo quanto previsto dall’Atto Aziendale, il modello organizzativo di riferimento per l’Azienda è quello Dipartimentale.

Le unità organizzative che compongono la struttura aziendale sono suddivise in strutture complesse (uu.oo.cc), strutture semplici a valenza dipartimentale (uu.oo.ss.dd.), strutture semplici afferenti a strutture complesse (uu.oo.ss.), programmi intra ed interdipartimentali, incarichi di altissima professionalità ed incarichi dirigenziali di natura professionale di base.

In tale contesto si inserisce l’Unità Operativa Gestione del Rischio Clinico che è un’articolazione complessa che realizza un processo di gestione e controllo dei rischi sanitari lavorando per il miglioramento della qualità e sicurezza delle prestazioni con una visione etica e pratica, prioritariamente rivolta al cuore dei problemi: la centralità dei pazienti e la essenzialità degli operatori.

Tale unità operativa si mette a supporto delle altre articolazioni promuovendo le azioni culturali, organizzative ed amministrative finalizzate ad un affronto sistematico, integrato e coordinato della qualità assistenziale, in modo che ciascun professionista consideri implicitamente la sicurezza una componente irrinunciabile della prestazione.

La u.o.c. Gestione del Rischio Clinico dell'A.O.R.N. "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta opera attraverso l'implementazione di metodologie che, attraverso un approccio sistematico, si prefiggono di esaminare i fattori che influenzano la pratica clinica in ogni suo stadio, fornendo indicazioni per appropriati interventi e piani di riduzione degli errori, facendo leva su un maggior coinvolgimento e responsabilizzazione degli operatori ed una migliore comunicazione relazionale.

Tale unità operativa svolge il proprio compito cercando di superare i limiti di una funzione isolata e settoriale del Risk Management in cui la sicurezza aziendale è curata a compartimenti stagni da articolazioni che lavorano ognuna all'insaputa dell'altra.

Questo sistema integrato di Risk Management prevede:

- ✓ un'analisi preliminare della documentazione tecnica e delle procedure organizzative (analisi storica degli eventi accidentali, reclami, etc.);
- ✓ un'identificazione delle situazioni in grado di generare rischio (sopralluoghi nei reparti e audit con il personale);
- ✓ la definizione e la realizzazione di azioni di miglioramento delle soglie di rischio clinico e delle possibili alternative.

La sua attuazione crea ripercussioni operative quali:

- ✓ miglioramento della qualità dell'assistenza attraverso una riduzione dei rischi legati al processo diagnostico, terapeutico assistenziale, offrendo maggiori garanzie di sicurezza al paziente;
- ✓ tutela degli operatori sanitari (vero capitale aziendale) rispetto alle accuse di malpractice e dell'immagine dell'Azienda.

Le principali attività svolte dalla u.o.c. Gestione del Rischio Clinico sono:

- ✓ Gestione del sistema di Incident Reporting.
- ✓ Registrazione, analisi, monitoraggio e valutazione degli eventi avversi e sentinella segnalati con ritorno informativo ai reparti dei correttivi da attuare e trasmissione documentale dei casi alla Regione Campania ed al Ministero della Salute come da protocollo ministeriale (schede A e B).
- ✓ Contestualizzazione e verifica dell'applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali.
- ✓ Presa in carico di pazienti, familiari e visitatori dopo infortunio occorso nella nostra struttura aziendale.
- ✓ Applicazione ed implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali attraverso l'elaborazione di procedure.

- ✓ Effettuazione, con gli operatori coinvolti nell'assistenza al paziente vittima, della indagine Root Cause Analysis degli Eventi Sentinella per definire i piani d'azione necessari ad evitare il ripetersi di analoghi casi.
 - ✓ Aggiornamento e monitoraggio raccomandazioni sul sito web dell'Agenas.
 - ✓ Gestione del Flusso SIMES (Monitoraggio degli Errori in Sanità / Eventi Sentinella).
 - ✓ Mappatura, monitoraggio e controllo delle aree a rischio e delle fasi critiche dei processi.
 - ✓ Individuazione ed attuazione delle possibili azioni correttive al fine di ridurre i danni al paziente a causa di errore umano o di processi assistenziali inadeguati.
 - ✓ Collaborazione con la u.o.c. Affari Legali e la u.o.c. Medicina Legale per la deflazione del contenzioso e per il contenimento dei costi assicurativi.
 - ✓ Assolvimento dei debiti informativi nei confronti del Ministero della Salute e della Regione Campania.
- Ognuno dei riscontri sopra elencati richiede un enorme impegno per superare le criticità legate all'approfondimento tecnico delle singole problematiche, al coinvolgimento/supporto degli operatori interessati ed alla accettazione da parte di questi del cambiamento operativo – organizzativo indispensabile per la messa in sicurezza delle pratiche assistenziali considerate.

Tabella 1- Dati strutturali e dati di attività

A.O.R.N. "SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"	
DATI STRUTTURALI	
Indicatore	Riferimento
Estensione territoriale	/
Popolazione Residente	Bacino di utenza circa 1.000.000
Distretti Sanitari	/
Presidi Ospedalieri Pubblici	/
Posti letto Ordinari totali	421 (+13 posti letto tecnici culle per l'Assistenza Neonatale)
Posti letto Ordinari area medica	231
Posti letto Ordinari area chirurgica	177
Posti letto Diurni	57
Servizi Trasfusionali	1
Blocchi Operatori	3
Sale Operatorie	12
Terapie intensive	4 (uu.oo. Anestesia e Rianimazione, Anestesia e Terapia Intensiva Cardiovascolare, TIN, UTIC)
UTIC	1
Dipartimenti strutturali	8
SPDC	0
Altri Posti letto	13 culle per l'Assistenza Neonatale (posti letto tecnici)
DATI DI ATTIVITÀ AGGREGATI	
Indicatore	Riferimento
Ricoveri ordinari	14.338

Accessi PS	67.266
Branche Specialistiche	26
Ricoveri diurni	4.390
Neonati o Parti	1.194
Prestazioni ambulatoriali erogate da presidi pubblici	275.623

(Dati forniti dalla u.o.c. Appropriatezza, Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance e dalla u.o.c. Organizzazione dei Servizi Ospedalieri e Igiene Sanitaria)

2.2 Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

Ai sensi dell'art. 2 c. 5 della L. 24/2017, tutte le Strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private devono predisporre una "relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Detta relazione è pubblicata sul sito web della struttura sanitaria".

Nell'anno 2024, mediante il sistema di Incident Reporting, sono state raccolte 35 segnalazioni, di cui 21 Near Miss, 8 Eventi Avversi con danno lieve e 4 Eventi Sentinella.

Due degli eventi segnalati sono stati dapprima definiti quali Eventi Sentinella, avviando il Protocollo per il Monitoraggio, successivamente, conclusosi l'Audit con gli operatori coinvolti, è emerso che il fatto non si configurava come Errore.

La caduta del paziente rappresenta l'evento più frequentemente segnalato; tuttavia, nella maggioranza dei casi, la caduta non ha avuto conseguenze per il paziente (15 Near Miss) o è esitata in danno lieve (7 Eventi Avversi).

Analizzando gli eventi "caduta" classificati come Near Miss/Eventi Avversi è emerso che il fattore contribuente più frequentemente individuato è riconducibile a caratteristiche intrinseche al paziente (condizioni generali precarie) o alla inosservanza delle disposizioni dettate dagli operatori ai pazienti individuati come a rischio caduta (in molti casi i pazienti hanno agito senza chiedere supporto al personale infermieristico, come era stato loro raccomandato).

Per quanto concerne i Near Miss Trasfusionali, invece, il fattore contribuente individuato è riconducibile al mancato rispetto della Procedura Aziendale per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0, da parte degli operatori.

Le segnalazioni dei Near Miss e degli Eventi Avversi hanno rappresentato occasioni per effettuare approfondimenti attraverso focus group presso le uu.oo. interessate con gli operatori sanitari allo scopo di effettuare ulteriore formazione sulle Procedure Aziendali.

NEAR MISS

Descrizione	N.
Caduta	15
Near miss trasfusionale	6
Totale	21

EVENTI AVVERSI

Descrizione	N.
Caduta	7
Aggressione verbale ad operatore sanitario	1
Totale	8

EVENTI SENTINELLA

N.	Categoria evento	Azioni di miglioramento
1	Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale	Non sono state accertate le cause e i fattori contribuenti a determinare l'evento sentinella.
2	Morte o grave danno causato da violenza verso o nei confronti di operatore	Non sono state accertate le cause e i fattori contribuenti a determinare l'evento sentinella
3	Morte o grave danno causato da violenza verso o nei confronti di operatore	Al fine di prevenire l'Evento Sentinella "Atti di violenza a danno degli operatori sanitari" e di incrementare la sicurezza degli stessi si provvederà a modificare i desk dedicati all'accettazione dei pazienti siti presso i locali del servizio di Pre-ospedalizzazione attraverso l'installazione di pannelli con funzione di barriera protettiva tra gli operatori e gli utenti che accedono al servizio.
4	Perdita/smarrimento di campioni anatomici/istologici/biologici o deterioramento che ne causa l'impossibilità di processazione.	Allo scopo di uniformare i comportamenti degli operatori sanitari per quanto concerne la conservazione e il trasporto dei campioni biotecnici e di ridurre al minimo il rischio di smarrimento degli stessi, è in fase di aggiornamento e di implementazione la nuova Procedura sul tema.

Tabella 2-Eventi segnalati

Tipo di evento	Numero (e % sul totale degli eventi)	% di cadute nella categoria di evento	Principali fattori causalì/contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	21(64%)	15 (71%)	Tecnologici (0%) Organizzativi (3%) Procedure (18%) Legati al paz (73%) Nessuno (6%)	Tecnologici (0%)	Incident reporting (100%)
Eventi Avversi	8 (24%)	7(87%)		Organizzativi (3%)	
Eventi Sentinella	4 (12%)	0 (0%)		Procedure (18%)	
				Legati al paz (73%)	
				Nessuno (6%)	

2.2.1 Attività di prevenzione e sorveglianza delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)

- ✓ È stata deliberata la revisione della procedura sulla corretta igiene delle mani (Delibera del Direttore Generale n. 588 del 16.05.2024);
- ✓ Sono state revisionate le seguenti procedure: “prevenzione delle infezioni del sito chirurgico”, “controllo della diffusione del Clostridium Difficile in ambito ospedaliero”, “monitoraggio ambientale mediante tamponi delle superfici in autocontrollo nelle UU.OO. dell’AORN di Caserta” (in fase di deliberazione);
- ✓ Facendo seguito alla delibera del Direttore Generale n°**676/2021** “*MISURE D’ISOLAMENTO E PRECAUZIONI DA ADOTTARE PER I PATOGENI SENTINELLA E MICRORGANISMI MULTIRESISTENTI IN AMBIENTE OSPEDALIERO: PROCEDURA AZIENDALE E SEZIONI DI APPROFONDIMENTO*”, sono state poste in essere le verifiche di adesione alla procedura, mediante la compilazione della **scheda di sorveglianza**, nei reparti in cui sono stati ricoverati pazienti con *germ alert* per l’assicurazione delle corrette pratiche di isolamento; il monitoraggio effettuato rileva una percentuale di adesione del 50% dell’invio a mezzo mail della scheda di inizio e fine isolamento (scheda 1 e scheda 2);
- ✓ Avendo trasmesso alle UU.OO. clinico-assistenziali, con nota prot. n. 33172/i del 15/11/2023, il Decreto Dirigenziale n. 424 del 11/07/2023 inerente le linee di indirizzo per l’attuazione dei programmi di Antimicrobial Stewardship e per l’implementazione dei protocolli di terapia antibiotica, in data 22/10/2024 si è provveduto all’ incontro con il gruppo di lavoro dell’Antimicrobial Stewardship confermando che le UU.OO. interessate sono la Rianimazione e la Geriatria;
- ✓ Si continua il sistema di *sorveglianza microbiologica* mediante tamponi nasali per la ricerca dello Stafilococco Aureus Meticillino Resistente MRSA a tutti i pazienti della preospedalizzazione chirurgica ad alta complessità, implementato con nota prot. n. 7277/i del 06/03/2023;
- ✓ È stata ampliata la sorveglianza microbiologica mediante l’esecuzione dei tamponi nasali per la ricerca dello Stafilococco Aureus Meticillino Resistente MRSA e tamponi rettali per la ricerca di Enterobatteri resistenti ai carbapenemi a tutti i pazienti all’ ingresso in reparto in regime di ricovero ordinario;
- ✓ È stata effettuata la IV edizione del corso di formazione aziendale “Infection Prevention & Control: strategia multimodale adottata nell’AORN di Caserta”;
- ✓ Nel mese di Dicembre 2024 è iniziato il corso di formazione regionale (PNRR) per la prevenzione e il controllo delle I.C.A. rivolto al personale medico e infermieristico, utilizzando come formatori per le lezioni pratiche (modulo B e C) il personale del CC.I.C.A.;
- ✓ Da febbraio 2024 la U.O.C. di Microbiologia e Virologia effettua test molecolari per la ricerca contemporanea di Sars-Cov2, Influenza tipo A e tipo B, Virus Respiratorio Sinciziale a tutti i pazienti

sintomatici ricoverati per confermare le positività dei test antigenici, ai pazienti preospedalizzati ed anche per screening in caso di presenza di pazienti positivi in reparto;

- ✓ È stato implementato un modello organizzativo innovativo di “Informatizzazione del processo di segnalazione/isolamento dei germ alert che è stato presentato al Forum Risk Management”;
- ✓ Da Novembre 2024 nelle UU.OO. di Medicina d’ Urgenza e di Oncoematologia è attivo il sistema di “Informatizzazione del processo di segnalazione/isolamento dei germ alert “GAN NOTIFICATION “;
- ✓ Sono stati monitorati i controlli microbiologici e microclimatici nonché i controlli ambientali e sulle matrici idriche ai sensi della Convenzione con l’Università degli Studi di Napoli Federico II – Dipartimento di Sanità Pubblica – e predisposti i relativi provvedimenti migliorativi o interventi di manutenzione straordinarie;
- ✓ È in fase di verifica e approvazione il cruscotto microbiologico epidemiologico che permetterà una reportistica degli esami microbiologici in tempo reale, utili per i programmi di sorveglianza che permetterà di conoscere il numero delle colture effettuate, i germi isolati, gli antibiogrammi e relative resistenze agli antibiotici;

Obiettivi 2025

- ✓ Realizzazione del Piano annuale Infezioni Correlate all’Assistenza (PAICA);
- ✓ V edizione del corso di formazione aziendale “Infection Prevention & Control: strategia multimodale adottata nell’AORN di Caserta” rivolto prioritariamente al personale non coinvolto nel piano di formazione regionale;
- ✓ Completamento della formazione di tutto il personale previsto dal piano regionale (PNRR)
- ✓ Revisione delle procedure attuali e implementazione di nuove procedure;
- ✓ Aumentare sensibilità e partecipazione dei facilitatori ICA alle iniziative in tema di rischio ICA attraverso incontri trimestrali;
- ✓ Riavvio osservazioni sul lavaggio delle mani secondo il Manuale Osservatori dell’OMS;
- ✓ Migliorare l’appropriatezza prescrittiva degli antibiotici allargando il programma di Antimicrobial Stewardship all’ U.O. di Terapia Intensiva Cardiovascolare;
- ✓ Implementazione e informatizzazione delle modalità di raccolta e flusso dei dati per la sorveglianza della circolazione dei microrganismi alert;
- ✓ Estensione del sistema di “Informatizzazione del processo di segnalazione/isolamento dei germ alert ad altre UU.OO

(Dati forniti dal Referente I.C.A. Aziendale)

2.3 Sinistrosità e risarcimenti

In ottemperanza all'art. 4, comma 3, della L. 24/2017 l'Azienda Ospedaliera "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta ha pubblicato sul proprio sito web i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio che si riportano nella tabella seguente:

Tabella 3 Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio

Anno	N. sinistri aperti	N. sinistri liquidati	Risarcimenti erogati	Posizione assicurativa
2020	55	15	828.104,75	Assicurazione con franchigia aggregata annua
2021	56	24	2.067.333,56	Assicurazione con franchigia aggregata annua
2022 (dal 17.02.2022)	40	30	1.925.700,98	Autoassicurazione
2023	39	46	7.441.241,87	Autoassicurazione
2024	55	33	3.748.765,85	Autoassicurazione
Totale	245	148	16.011.147,01	

(Dati forniti dalla u.o.c. Affari Legali)

2.4 Resoconto delle attività 2024

OBIETTIVO 1

Diffondere la cultura della sicurezza delle cure attraverso la formazione del personale sulla prevenzione e gestione del rischio

Attività 1

Progettazione ed effettuazione di un Corso aziendale sulla "Gestione del Rischio Clinico" mirato a migliorare/rinforzare l'applicazione delle procedure aziendali implementate in riferimento alle Raccomandazioni Ministeriali

Indicatore Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il Dicembre 2024

Standard = 1

Realizzata: Si

- ✓ Formazione sul campo in tema di rischio clinico I e II ed.
(07.02.2024, 27.02.2024, 08.03.24 e 27.03.24)
- ✓ Corso pratico teorico: Gestione del Rischio Clinico nell'AORN "S. Anna e S. Sebastiano" di Caserta
(20.03.24, 10.04.24, 08.05.24, 01.06.24, 10.07.24 e 10.09.24)

Attività 2

Partecipazione del personale dell'u.o.c. Risk Management, in qualità di docente, ai corsi di formazione aziendale in cui viene coinvolto il rischio clinico

Indicatore: Partecipazione ad almeno un evento formativo

Standard = 1

Realizzata: Si,

- ✓ Appropriatezza richiesta emocomponenti (11.03.24)
- ✓ Il consenso ai trattamenti sanitari (18.03.24, 08.04.24 e 22.04.24)
- ✓ La corretta gestione della documentazione sanitaria (05.04.24 e 19.04.24)
- ✓ Nuove tecnologie in sala operatoria (23.05.24 e 10.10.24)
- ✓ Aspetti teorico-pratici del processo di produzione galenica in farmacia oncologica (28.10.24)

- ✓ Corso Formativo Aziendale PNRR-Missione 6, Componente C2, Investimento 2.2b (10.12.24 12.12.24, 17.12.24 e 19.12.24)

Attività 3

Partecipazione alle Giornate Nazionali/regionali per la sicurezza delle cure e della persona assistita

Indicatore: Numero di Giornate Nazionali/regionali svolte

Standard : 100% dei coinvolgimenti

Realizzata: Si, organizzazione di n.1. Giornata nazionale per la sicurezza delle cure e della persona assistita del 17.09.24 - prot. n. 0021956/u del 19/07/2024

Attività 4

Promozione della cultura dell'Audit: effettuazione di Audit Reattivi ad Eventi Avversi/Sentinella

Indicatore: Numero di eventi avversi/sentinella registrati

Standard = 100%

Realizzata: Si, 14 Eventi Avversi/Sentinella

Attività 5

Promozione della cultura dell'Audit: effettuazione di Audit Proattivi

Indicatore: Numero di Audit Proattivi programmati

Standard = 100%

Realizzata: Si, 20 Audit Proattivi

OBIETTIVO 2

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

Attività 1

Monitoraggio near miss, eventi avversi, Eventi Sentinella e inserimento in piattaforma SIMES.

Indicatore: n. segnalazioni pervenute/numero prese in carico

Standard = 100%

Realizzata: Si, 35 segnalazioni pervenute/35 prese in carico

Attività 2

Individuazione di gruppi di lavoro per la revisione delle Procedure Aziendali in tema di rischio clinico

Indicatore: Procedure Aziendali individuate per la revisione

Standard : n° procedure revisionate uguale a quelle individuate

Realizzata: Non è stato necessario procedere ad alcuna revisione di procedure aziendali

Attività 3

Rimodulazione ed efficientamento dell'assetto organizzativo della rete dei facilitatori del rischio clinico

Indicatore: Definizione del documento entro il 30/06/2024 e successiva applicazione

Standard : SI / NO

Realizzata: NO

Attività 4

Monitoraggio della valutazione del rischio estrinseco ed intrinseco di caduta previsto dal Piano Regionale Prevenzione delle cadute

Indicatore: n. schede valutazione rischio cadute compilate / n. schede valutazione rischio cadute compilate correttamente

Standard : 100%

Realizzata: Si, monitoraggio effettuato attraverso il sistema informatico CSA

Attività 5

Monitoraggio della valutazione del rischio caduta nel paziente pediatrico previsto dall'appendice al Piano Regionale Prevenzione delle cadute

Indicatore: n. schede valutazione rischio cadute compilate / n. schede valutazione rischio cadute compilate correttamente

Standard : 100%

Realizzata: Si, monitoraggio effettuato attraverso il sistema informatico CSA

Attività 6

Monitoraggio della corretta compilazione della check-list chirurgica e scheda conta garze

Indicatore: n. check-list chirurgica e scheda conta garze / n. check-list chirurgica e scheda conta garze compilate correttamente

Standard : 100%

Realizzata: Si, monitoraggio effettuato attraverso il sistema informatico CSA

OBIETTIVO 3

Attività del Team Rischio Clinico

Attività 1

Partecipazione alle attività regionali in tema di rischio clinico

Indicatore: Partecipazione alle attività

Standard : 100%

Realizzata: Si, riunione attività rischio clinico giorno 21.03.24 (prot. n. PG/2024/0174463 del 05/04/2024)

Attività 2

Monitoraggio attività rischio clinico 2024

Indicatore: n. monitoraggi regionali richiesti

Standard : 100%

Realizzata: Si, prot. n. 0020380/u del 05/07/2024

Attività 3

Relazione Risarcimenti erogati anno 2024 (Legge 8 marzo 2017 n. 24, art. 4 comma 3)

Indicatore: Pubblicazione

Standard : SI / NO

Realizzata: Si

Attività 4

Relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi anno 2024 (Legge 8 marzo 2017 n. 24, art. 2 comma 5)

Indicatore: Pubblicazione

Standard : SI / NO

Realizzata: Si

Attività

5

Raccolta e pubblicazione sul Portale aziendale delle Procedure, Protocolli, Istruzioni operative e Raccomandazioni aziendali prodotte

Indicatore: n. Procedure, Protocolli, Istruzioni operative e Raccomandazioni aziendali prodotte nell'anno 2024 / n. Procedure, Protocolli, Istruzioni operative e Raccomandazioni aziendali pubblicate nell'anno 2024

Standard : 100%

Realizzata: Si, n. 6 procedure prodotte nell'anno 2024 / n. 6 procedure pubblicate

- ✓ Procedura Operativa per il corretto posizionamento del paziente in sala operatoria
(Deliberazione del Direttore Generale n. 216 del 23/02/2024)
- ✓ Istruzioni Operative Inserimento del Personale Neoassunto
(Deliberazione del Direttore Generale n. 587 del 16/05/2024)
- ✓ Adozione della "Scheda Monitoraggio del Paziente in Anestesia e Terapia Intensiva Cardiovascolare"
(Deliberazione del Direttore Generale n. 589 del 16/05/2024)
- ✓ Percorso per la prima assistenza e refertazione psicologica in pronto soccorso per le donne vittime di violenza domestica e di genere
(Deliberazione del Direttore Generale n. 1109 del 30.10.24)
- ✓ Protocollo Operativo Aziendale per la tutela del paziente in caso di contenzione fisica
(Deliberazione del direttore Generale n.1163 del 12.11.2024)
- ✓ Implementazione di un percorso di comunicazione del personale sanitario utilizzo dello strumento SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation)
(Deliberazione del Direttore Generale n.1319 del 17.12.2024)

Attività 6

Registrazione, analisi, monitoraggio e valutazione degli eventi avversi e sentinella segnalati con ritorno informativo ai reparti dei correttivi da attuare.

Tempestiva trasmissione dei flussi al sistema SIMES: inserimento dell'evento entro 5 gg dalla segnalazione ed invio della scheda A e/o B, con i relativi piani di miglioramento, entro 45 gg

Indicatore: n. segnalazioni inserite sul SIMES entro 5 gg / n. totale di segnalazioni pervenute.
n. segnalazioni gestite ed inviate entro 45 gg / n. totale di segnalazioni aperte.

Standard : 100% n. Segnalazioni gestite entro 45 gg dalla comunicazione dell'evento

Realizzata: Si,

n. 4 segnalazioni inserite sul SIMES entro 5 gg / n. 4 totale di segnalazioni pervenute.

n.4 segnalazioni gestite ed inviate entro 45 gg / n. 4 totale di segnalazioni aperte.

Attività 7

Aggiornamento e validazione del monitoraggio raccomandazioni ministeriali prevenzione "Eventi Sentinella" sul sito web dell' AgeNaS

Indicatore: Tutte le raccomandazioni

Standard : 100% Aggiornamento e validazione del monitoraggio sul sito web dell'Agenas

Realizzata: Si, prot. n. 0013373/i del 07/05/2024

Attività 8

Partecipazione alle riunioni del Comitato Valutazione Sinistri

Indicatore: n. partecipazioni alle riunioni / n. di riunioni organizzate dalla uoc Affari Legali

Standard: 100%

Realizzata: Si

Attività 9

Gestione del Flusso informativo NSIS – SIMES ANNO 2024 (**Monitoraggio degli Errori in Sanità**)

Indicatore: n. denunce inserite nel Sistema Informativo Simes

Standard : 100%

Realizzata: Si, Prot. 0001604/u del 17/01/2025

3. Matrice delle responsabilità

Tabella 3- Matrice delle responsabilità

Azione	u.o.c. Risk Management	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 Regionali

Operando secondo le linee guida regionali per la stesura del PARM, sono stati portati gli obiettivi strategici da declinare in linee di attività da implementare nel corso dell'anno 2025.

Gli obiettivi strategici definiti a livello regionale sono i seguenti:

- Favorire la diffusione della cultura della sicurezza delle cure;
- Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, promuovendo interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi;
- Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture;
- Favorire la partecipazione alle attività regionali in tema di Risk Management.

5. Obiettivi Aziendali

Al fine del raggiungimento degli obiettivi strategici stabiliti a livello regionale, l'A.O.R.N. "S. Anna e S. Sebastiano" di Caserta ha programmato per il 2025 le attività di seguito illustrate, definendo per ognuna di esse gli indicatori e gli standard.

Resta ferma la collaborazione diretta con il Comitato di Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza per contribuire ad alle attività di prevenzione e di gestione delle ICA.

OBIETTIVO 1

Diffondere la cultura della sicurezza delle cure attraverso la formazione del personale sulla prevenzione e gestione del Rischio

Attività 1

Progettazione ed effettuazione di un Corso aziendale sulla “Gestione del Rischio Clinico” mirato a migliorare/rinforzare l’applicazione delle procedure aziendali implementate in riferimento alle Raccomandazioni Ministeriali

Indicatore Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il Dicembre 2025

Standard = 1

Attività 2

Partecipazione del personale dell’u.o.c. Gestione del Rischio Clinico, in qualità di docente, ai corsi di formazione aziendale in cui viene coinvolto il rischio clinico

Indicatore: Partecipazione ad almeno un evento formativo

Standard = 1

Attività 3

Partecipazione alle Giornate Nazionali / Regionali per la sicurezza delle cure e della persona assistita

Indicatore: Numero di Giornate Nazionali/Regionali svolte

Standard : 100% dei coinvolgimenti

Attività 4

Promozione della cultura dell’Audit: effettuazione di Audit Reattivi ad Eventi Avversi/Sentinella

Indicatore: Numero di eventi avversi/sentinella registrati

Standard = 100%

Attività 5

Promozione della cultura dell’Audit: effettuazione di Audit Proattivi

Indicatore: Numero di Audit Proattivi programmati

Standard = 100%

OBIETTIVO 2

Migliorare l’appropriatezza assistenziale/organizzativa, promuovendo interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi

Attività 1

Monitoraggio near miss, eventi avversi, eventi sentinella e inserimento in piattaforma SIMES.

Indicatore: n. segnalazioni pervenute/numero prese in carico

Standard = 100%

Attività 2

Individuazione di gruppi di lavoro per la revisione delle Procedure Aziendali in tema di rischio clinico

Indicatore: Procedure Aziendali individuate per la revisione

Standard : n° procedure revisionate uguale a quelle individuate

Attività 3

Rimodulazione ed efficientamento dell'assetto organizzativo della rete dei facilitatori del rischio clinico

Indicatore: Definizione del documento entro il 30/06/2025 e successiva applicazione

Standard : SI / NO

Attività 4

Monitoraggio della valutazione del rischio estrinseco ed intrinseco di caduta previsto dal Piano Regionale Prevenzione delle cadute

Indicatore: n. schede valutazione rischio cadute compilate / n. schede valutazione rischio cadute compilate correttamente

Standard : 90%

Attività 5

Monitoraggio della valutazione del rischio caduta nel paziente pediatrico previsto dall'appendice al Piano Regionale Prevenzione delle cadute

Indicatore: n. schede valutazione rischio cadute compilate/ n. schede valutazione rischio cadute compilate correttamente

Standard : 90%

Attività 6

Monitoraggio della corretta compilazione della check-list chirurgica e scheda conta garze

Indicatore: n. check-list chirurgica e scheda conta garze / n. check-list chirurgica e scheda conta garze compilate correttamente

Standard : 90%

OBIETTIVO 3

Attività del Team Rischio Clinico

Attività 1

Partecipazione alle attività regionali in tema di rischio clinico

Indicatore: Partecipazione alle attività

Standard : 100%

Attività 2

Monitoraggio attività rischio clinico 2025

Indicatore: n. monitoraggi regionali richiesti

Standard : 100%

Attività 3

Relazione Risarcimenti erogati anno 2025 (Legge 8 marzo 2017 n. 24, art. 4 comma 3)

Indicatore: Pubblicazione

Standard : SI / NO

Attività 4

Relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi anno 2025 (Legge 8 marzo 2017 n. 24, art. 2 comma 5)

Indicatore: Pubblicazione

Standard : SI / NO

Attività

5

Raccolta e pubblicazione sul Portale aziendale delle Procedure, Protocolli, Istruzioni operative e Raccomandazioni aziendali prodotte

Indicatore: n. Procedure, Protocolli, Istruzioni operative e Raccomandazioni aziendali prodotte nell'anno 2025 / n. Procedure, Protocolli, Istruzioni operative e Raccomandazioni aziendali pubblicate nell'anno 2025

Standard: 100%

Attività 6

Registrazione, analisi, monitoraggio e valutazione degli eventi avversi e sentinella segnalati con ritorno informativo ai reparti dei correttivi da attuare.

Tempestiva trasmissione dei flussi al sistema SIMES: inserimento dell'evento entro 5 gg dalla segnalazione ed invio della scheda A e/o B, con i relativi piani di miglioramento, entro 45 gg

Indicatore: n. segnalazioni inserite sul SIMES entro 5 gg / n. totale di segnalazioni pervenute.
n. segnalazioni gestite ed inviate entro 45 gg / n. totale di segnalazioni aperte.

Standard : 100% n. Segnalazioni gestite entro 45 gg dalla comunicazione dell'evento

Attività 7

Aggiornamento e validazione del monitoraggio raccomandazioni ministeriali prevenzione “Eventi Sentinella” sul sito web dell’ AgeNaS

Indicatore: Tutte le raccomandazioni

Standard : 100% Aggiornamento e validazione del monitoraggio sul sito web dell’Agenas

Attività 8

Partecipazione alle riunioni del Comitato Valutazione Sinistri

Indicatore: n. partecipazioni alle riunioni / n. di riunioni organizzate dalla uoc Affari Legali

Standard: 90%

Attività 9

Gestione del Flusso informativo NSIS – SIMES ANNO 2025 (**Monitoraggio degli Errori in Sanità**)

Indicatore: n. denunce inserite nel Sistema Informativo Simes

Standard : 100%

6. Modalità' di adozione aziendale del PARM

Dopo la sua adozione da parte del Direttore Generale, la Direzione Aziendale assicura la diffusione del PARM attraverso:

- la presentazione del PARM all'interno del Collegio di Direzione;
- la pubblicazione del PARM sul sito aziendale nella sezione Amministrazione Trasparente.

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. 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”
3. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
4. Legge regionale 23 dicembre 2015, n. 20. “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)
5. Decreto 51 del 04/07/2019 Regione Campania: Integrazione requisiti per l'accreditamento istituzionale delle strutture pubbliche e private;
6. 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 Decreto Commissario ad Acta (DCA) n.6 del 17.1.2020;
7. DGRC n.35 del 08.2.2021 – Istituzione del Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente. Legge 8 marzo 2017, n. 24.
8. DD n. 99 del 16.12.2022 ad oggetto “Approvazione Linee di indirizzo per l’elaborazione del PARM”
9. 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”.
10. Delibera n.325 del 26/04/2022-Piano Annuale di Risk Management PARM 2022 A.O.R.N S. Anna e S. Sebastiano di Caserta
11. Delibera n. 290 del 29/03/2023 - Piano Annuale di Risk Management PARM 2023 A.O.R.N S. Anna e S. Sebastiano di Caserta
12. Delibera n.421 del 03/04/2024 - Piano Annuale di Risk Management PARM 2024 A.O.R.N S. Anna e S. Sebastiano di Caserta