



---

**Deliberazione del Direttore Generale N. 290 del 29/03/2023**

---

**Proponente: Il Direttore UOC RISK MANAGEMENT**

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

**PUBBLICAZIONE**

In pubblicazione dal 29/03/2023 e per il periodo prescritto dalla vigente normativa in materia (art.8 D.Lgs 14/2013, n.33 e smi)

**ESECUTIVITA'**

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 Annecchiarico - DIREZIONE SANITARIA*

*Danilo Lisi - UOC RISK MANAGEMENT*

*Amalia Carrara - DIREZIONE AMMINISTRATIVA*

*Eduardo Chianese - UOC AFFARI GENERALI*

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

### **IL DIRETTORE U.O.C. RISK MANAGEMENT**

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, e 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 28.03.2023 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.)".

#### **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*



REGIONE CAMPANIA  
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE  
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"  
CASERTA

---

**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 univoche 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. Risk Management.

**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.)" 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.)" 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. Risk Management  
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.*



REGIONE CAMPANIA  
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE  
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"  
CASERTA

---

**IL DIRETTORE GENERALE**

**Dr. Gaetano Gubitosa**

nominato con D.P.G.R.C. n. 76 del 10/06/2020  
insediatosi giusta deliberazione n. 1 del 11/06/2020

**Vista** la proposta di deliberazione che precede, a firma del Direttore u.o.c. Risk Management

**Acquisito** il parere favorevole Direttore Sanitario Dr.ssa Angela Anneckiarico e del Direttore Amministrativo Avv. Amalia Carrara sotto riportato:

Il Direttore Sanitario      Dr.ssa Angela Anneckiarico      \_\_\_\_\_

Il Direttore Amministrativo      Avv. Amalia Carrara      \_\_\_\_\_

**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:

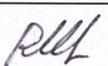
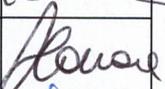
1. **ADOTTARE** il "Piano Annuale Risk Management (P.A.R.M.)" con i suoi obiettivi ed attività;
2. **TRASMETTERE** copia del presente atto al Collegio Sindacale, ai sensi di legge, nonché a tutti i Direttori Dipartimentali e, per Loro tramite, ai Direttori/Responsabili ed ai Coordinatori delle uu.oo. agli stessi afferenti;
3. **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.)**

	NOME	FUNZIONE	FIRMA
REDAZIONE	Lisi Danilo	Direttore u.o.c Risk Management	
	Di Vico Wanda	Dirigente Medico u.o.c Risk Management	
	Misefari Raffaele	Infermiere u.o.c Risk Management	
VERIFICA	Anecchiarico Angela	Direttore Sanitario	
	Carrara Amalia	Direttore Amministrativo	
APPROVAZIONE	Gubitosa Gaetano	Direttore Generale	

**INDICE**

1. Introduzione
  - 1.1 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 2022
3. Matrice delle responsabilità
4. Obiettivi regionali
5. Obiettivi aziendali
6. Modalità di adozione aziendale del PARM
7. Bibliografia e sitografia

## **Introduzione**

Il Governo Clinico (Clinical Governance) è un modello organizzativo dei Sistemi Sanitari Nazionali e/o Regionali orientato alla qualità assistenziale tra i cui elementi fondamentali vi è la Gestione del Rischio Clinico (Clinical Risk Management), orientata alla sicurezza delle cure.

La Legge n. 24/2017 (c.d. Legge Gelli) “*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*” qualifica la sicurezza delle cure come parte costitutiva del diritto alla salute, perseguita nell’interesse dell’individuo e della collettività, 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.

L’attività di *Risk Management* è, quindi, un’attività strategica di prevenzione e di gestione del rischio clinico a cui sono tenuti:

1. tutte le Aziende sociosanitarie pubbliche e private accreditate;
2. tutto il personale (a prescindere dal ruolo e dal profilo professionale) delle varie aziende;
3. tutte le Regioni che sono tenute ad avere un Centro regionale che decida le *Policy* e le priorità in tema di sicurezza delle cure.

Per quanto riguarda la normativa regionale, lo strumento strategico finalizzato alla gestione del rischio è considerato il PARM ossia il Piano Annuale Risk Management che consente di definire gli obiettivi prioritari da realizzare nel medio periodo nonché i mezzi e le modalità per perseguirli.

Il seguente Piano Annuale 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 presente 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*”.

## **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 Risk Management 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 sistemico, integrato e coordinato della qualità assistenziale, in modo che ciascun professionista consideri implicitamente la sicurezza una componente irrinunciabile della prestazione.

La u.o.c. Risk Management dell'A.O.R.N. "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta già da tempo opera attraverso l'implementazione di metodologie che, attraverso un approccio sistemico, 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. Risk Management 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**

<b>A.O.R.N. "SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"</b>	
<b>DATI STRUTTURALI</b>	
<b>Indicatore</b>	<b>Riferimento</b>
Estensione territoriale	/
Popolazione Residente	<b>Bacino di utenza circa 1.000.000</b>
Distretti Sanitari	/
Presidi Ospedalieri Pubblici	/
Posti letto Ordinari totali	<b>406</b>
Posti letto Ordinari area medica	<b>242</b>
Posti letto Ordinari area chirurgica	<b>164</b>
Posti letto Diurni	<b>57</b>
Servizi Trasfusionali	<b>1</b>
Blocchi Operatori	<b>4</b>
Sale Operatorie	<b>12</b>
Terapie intensive	<b>4</b>
UTIC	<b>8 p.l</b>
Dipartimenti strutturali	<b>8</b>
SPDC	<b>0</b>
Altri Posti letto	/
<b>DATI DI ATTIVITÀ AGGREGATI</b>	
<b>Indicatore</b>	<b>Riferimento</b>
Ricoveri ordinari	<b>13250</b>
Accessi PS	<b>62026</b>
Branche Specialistiche	<b>22</b>
Ricoveri diurni	<b>4827</b>
Neonati o Parti	<b>1331 parti</b>
Prestazioni ambulatoriali erogate da presidi pubblici	<b>164047</b>

(Dati forniti dalla u.o.c. Appropriatelyzza, Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance)

## **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 2022, in relazione agli eventi segnalati mediante il sistema di Incident Reporting, sono stati raccolti n. 35 eventi, 21 dei quali (near miss) senza conseguenze avverse per il paziente, 11 eventi avversi con esiti lievi per l'integrità della salute psico/fisica del paziente/operatore e n. 03 Eventi Sentinella (Tabella 2).

Dall'analisi degli eventi è emerso che la **caduta** è l'evento avverso/near miss che si manifesta con più frequenza. Tuttavia, nell'anno 2022, l'evento caduta ha dato solo in pochi casi (7 su 17) conseguenze

lesive. Tutti gli altri eventi segnalati sono caratterizzati da un carattere di “singolarità” e sono tutti quanti esitati come “quasi eventi” (near miss) che si manifestano con più frequenza.

Dall’analisi degli eventi avversi/quasi eventi “cadute”, è emerso che il fattore favorente è principalmente riconducibile a caratteristiche intrinseche del paziente (eventi patologici acuti favorenti, etc.) o nella disobbedienza (da parte del paziente) delle regole dettate dagli operatori ai pazienti con difficoltà nella deambulazione (a diversi pazienti è stato raccomandato di allertare il personale sanitario per essere aiutato ad alzarsi dal letto durante la notte per, magari, recarsi presso i servizi igienici, ma ciò talora non è stato rispettato).

**Tabella 2-Eventi segnalati**

Tipo di evento	Numero (e % sul totale degli eventi)	% di cadute nella categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	21 (60%)	17 (81%)	Tecnologici (0%) Organizzativi (11%)	Tecnologici (0%) Organizzativi (11%)	Incident reporting (100%)
Eventi Avversi	11 (31%)	7 (63%)	Procedure (9%) Legati al paz (54%)	Procedure (9%) Legati al paz (54%)	
Eventi Sentinella	3 (9%)	2 (67%)	Comunicazione (17%) Nessuno (9%)	Comunicazione (17%) Nessuno (9%)	

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

- ✓ È stato ricostituito il Comitato di Controllo – Infezioni Correlate all’Assistenza (C.I.C.A) e Gruppo Operativo (Delibera del Direttore Generale n. 276 del 07.04.2022);
- ✓ È stato redatto il nuovo Programma Aziendale di Antimicrobial Stewardship – adempimenti del “Piano nazionale di contrasto all’antibiotico resistenza” (Delibera del Direttore Generale n. 277 del 07.04.2022);
- ✓ Facendo seguito alla delibera del Direttore Generale n°676/2021 “MISURE D’ISOLAMENTO E PRECAUZIONI DA ADOTTARE PER I PATOGENI SENTINELLA E MICRORGANISMI MULTIRESISRENTI 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 ha permesso di registrare un incremento, rispetto al 2021 del 50% (480/998), dell’invio a mezzo mail della scheda di inizio isolamento e fine (scheda 1 e scheda 2);

- ✓ È stato elaborato e consegnato, a tutte le Unità Operative, il poster “Precauzioni ed isolamento per pazienti colonizzati/infetti da Germ Alert” (nota protocollo n°0027068/i del 21/09/2022), strumento pensato per facilitare e ricordare le corrette modalità di isolamento dei pazienti;
- ✓ È stato implementato il sistema di *sorveglianza attiva* mediante tamponi nasofaringei e rettali, inserendo nella sorveglianza anche le Unità Operative di Medicina Interna e Geriatria (attualmente totale reparti 7);
- ✓ È stata effettuata la II edizione del corso di formazione aziendale “Infection Prevention & Control: strategia multimodale adottata nell’AORN di Caserta” partecipanti 84;
- ✓ È stato acquistato il dispositivo scanner Semmelweis che ha migliorato l’adesione del personale al lavaggio delle mani in maniera corretta, si è proceduto: al training nelle edizioni del II corso di formazione, alla presentazione del Poster “Verifica oggettiva del corretto lavaggio delle mani per la prevenzione delle infezioni correlate all’assistenza”, a cura dell’UOC TIN/TNE e alla creazione di una postazione pedagogica per compliance all’igiene delle mani al corso di accompagnamento al parto, su richiesta del Direttore UOC Ostetricia e Ginecologia;
- ✓ 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;
- ✓ 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 progettazione il sistema di informatizzazione del processo di segnalazione /isolamento dei germ alert, attualmente aggiornato e archiviato in file;
- ✓ 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;
- ✓ Sono state emanate disposizioni alle unità operative sanitarie inerenti misure di prevenzione e controllo del rischio Legionellosi in ospedale (nota protocollo 0018694/i del 16.06.2022) nonché misure di prevenzione e controllo dell’Influenza inerenti le raccomandazioni per la stagione 2022-23, recependo gli indirizzi regionali (nota protocollo n. 0026101/i del 09.09.2022);
- ✓ È stata redatta una nuova procedura “Pulizia, Sanificazione e disinfezione ambientale dell’AORN” che a breve verrà deliberata;
- ✓ Acquisizione di nuovi dispositivi, di verificata efficacia, finalizzati al contenimento delle ICA:

- Soapy Clean Machine
- Syren Move doccia idro-molecolare per il lavaggio del paziente allettato
- Bracciali monouso per la misurazione della PA
- Care Fort sistema automatico per l'isolamento dei rifiuti ospedalieri
- Separè modulari
- Stazione mobile per l'isolamento.

(Dati forniti dal Direttore Sanitario - Responsabile uosd Microbiologia - Componente G.O. – CC-ICA)

### 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
2018	57	30	1.459.119,76	Assicurazione con franchigia aggregata annua
2019	76	9	379.264,46	Assicurazione con franchigia aggregata annua
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
<b>Totale</b>	<b>284</b>	<b>108</b>	<b>6.659.523,51</b>	

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

### 2.4 Resoconto delle attività 2022

#### OBIETTIVO A

Diffondere la cultura della sicurezza delle cure

#### Attività 1

Progettazione ed esecuzione di un "Corso sulla Gestione del Rischio Clinico"

**Standard** :  $\geq$  2 n. Corsi effettuati entro il 31/12/2022

**Realizzata**: SI

Realizzazione di n. 3 edizioni del corso "Implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali per la prevenzione degli Eventi Sentinella nell'AORN Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta"

- ✓ 20-21 Maggio 2022
- ✓ 21-22 Settembre 2022
- ✓ 20-21 Ottobre 2022

**Attività 2**

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

**Standard :** 100% dei coinvolgimenti

**Realizzata:** SI

Partecipazione a 3 date del corso "Dalla cartella clinica al DRG"

**Attività 3**

Partecipazione alle giornate regionali/nazionali per la sicurezza delle cure e della persona assistita

**Standard :** 100% dei coinvolgimenti

**Realizzata:** SI

Organizzazione di n. 1 giornata nazionale per la sicurezza delle cure e della persona assistita-Word Patient Safety Day: 17 Settembre 2022

**OBIETTIVO B**

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

**Attività 1**

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

**Standard :** n° procedure revisionate uguale a quelle individuate

**Realizzata:** SI

Revisione di n. 1 procedure Aziendali: Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio - KCL ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio

**Attività 2**

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

**Standard :** Corretta pubblicazione delle Procedure, Protocolli, Istruzioni operative e Raccomandazioni aziendali nuove e/o revisionate entro il 31/12/2022

**Realizzata:** SI, pubblicazione di n 1 Procedura, 1 Protocollo e 2 Istruzioni operative prodotte nell'anno 2022:

- ✓ Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio - KCL ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio (Deliberazione del Direttore Generale n. 810 del 17/10/2022)
- ✓ Protocollo Operativo per la Gestione del Percorso Intra-Ospedaliero della Violenza Sessuale (Deliberazione del Direttore Generale n. 1078 del 30/12/2022)
- ✓ Istruzioni operative per l'importazione e l'utilizzo di medicinali esteri in ospedale (Deliberazione del Direttore Generale n. 679 del 06/09/2022)
- ✓ Istruzioni operative per la prevenzione e la gestione delle lesioni da pressione (Deliberazione del Direttore Generale n. 527 del 30/06/2022)
- ✓ Piano Annuale Risk Management 2022 (Deliberazione del Direttore Generale n. 325 del 26/04/2022)

**Attività 3**

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

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

**Realizzata:** SI

- ✓ n 3 segnalazioni inserite sul SIMES entro 5 gg / n 3 tot di segnalazioni
- ✓ n 3 segnalazioni gestite e inviate entro 45 gg/ n 3 tot segnalazioni aperte

**Attività 4**

Progettazione e realizzazione degli Audit relativi ad Eventi Sentinella

**Standard:** 100% Eventi Sentinella e/o eventi avversi ad alta rilevanza organizzativa

**Realizzata:** SI

**Attività 5**

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

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

**Realizzata:** SI, trasmesso l'adempimento alla Regione Campania con nota prot. n. 0036881/u del 28/12/22

**Attività 6**

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

**Standard:** SI/NO

**Realizzata:** SI, in parte; la stesura del documento ha subito un ritardo a causa della fase pandemica da Covid-19 che ha determinato un cambiamento costante nell'assetto organizzativo dei reparti; tale obiettivo viene riproposto nel PARM 2023

**Attività 7**

Partecipazione alle riunioni del Comitato Valutazione Sinistri

**Standard:** Partecipazione alle riunioni

**Realizzata:** SI

- ✓ 10 partecipazioni alle riunioni/10 riunioni organizzate dalla UOC Affari Legali

**Attività 8**

Gestione del Flusso informativo NSIS – SIMES ANNO 2022 (Monitoraggio degli Errori in Sanità)

**Standard:** 100%

**Realizzata:** SI, trasmesso l'adempimento alla Regione Campania con nota prot. n. 0002606/u del 26/01/23

**Attività 9**

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

**Standard:** 100%

**Realizzata:** SI, monitoraggio effettuato attraverso il sistema informatico CSA

**Attività 10**

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

**Standard:** 100%

**Realizzata:** SI, monitoraggio effettuato attraverso il sistema informatico CSA

**Attività 11**

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

**Standard:** 100%

**Realizzata:** SI, monitoraggio effettuato attraverso il sistema informatico CSA

**OBIETTIVO C**

Favorire una visione unitaria della sicurezza del paziente, degli operatori e delle strutture

**Attività 1**

Elaborazione Cartella Infermieristica Aziendale

**Standard:** Implementazione in tutte le uu.oo.

**Realizzata:** In sperimentazione; la stesura del documento ha subito un ritardo a causa della fase pandemica da Covid-19 che ha determinato un cambiamento costante nell'assetto organizzativo dei reparti; tale obiettivo viene riproposto nel PARM 2023

**Attività 2**

Elaborazione Procedura LdP

**Standard:** Implementazione in tutte le uu.oo

**Realizzata:** SI, Deliberazione del Direttore Generale n. 527 del 30/06/2022

**OBIETTIVO D**

Assolvimento degli adempimenti regionali e nazionali in tema di Risk Management

**Attività 1**

Partecipazione alle attività regionali in tema di rischio clinico

**Standard:** Partecipazione alle attività

**Realizzata:** Nel 2022 non sono state organizzate riunioni da parte della Regione Campania

**Attività 2**

Monitoraggio attività rischio clinico 2022

**Standard:** 100%

**Realizzata:** SI, trasmesso l'adempimento alla Regione Campania con nota prot. N 0033371/u del 22/11/22

**Attività 3**

Relazione risarcimenti erogati anno 2022 Legge 8 marzo 2017 n. 24, art. 4 comma 3

**Standard:** SI/NO

**Realizzata:** SI, pubblicazione sul sito web aziendale

**Attività 4**

Relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi anno 2022 Legge 8 marzo 2017 n. 24, art. 2 comma 5

**Standard:** SI/NO

**Realizzata:** SI, pubblicazione sul sito web aziendale

**Tabella 4 - Matrice delle responsabilità**

Azione	u.o.c. Risk Management	Direttore Sanitario	Direttore Generale	Direttore Amministrativo
Redazione	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>C</b>
Adozione	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>R</b>	<b>C</b>
Monitoraggio	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>C</b>
Analisi e Valutazioni	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>C</b>

**Legenda:** R = Responsabile C = Coinvolto

**3. 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 2023.

Gli obiettivi strategici definiti a livello regionale sono i seguenti:

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

**4. 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 2023 le attività di seguito illustrate, definendo per ognuna di esse gli indicatori e gli standard (tabella 5).

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 2023

**Standard** = 1

**Attività 2**

Partecipazione del personale dell’uoc 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

**Attività 3**

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

**Indicatore:** Numero di Giornate 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 30/06/2023 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 :** 100%

**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%

**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%

**Attività 7**

Elaborazione Cartella Infermieristica Aziendale

**Indicatore:** Definizione del documento entro il 01/09/2023 e successiva applicazione

**Standard:** Implementazione in tutte le uu.oo.

**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 2023

**Indicatore:** n. monitoraggi regionali richiesti

**Standard :** 100%

**Attività 3**

Relazione Risarcimenti erogati anno 2023 (Legge 8 marzo 2017 n. 24, art. 4 comma 3)

**Indicatore:** Pubblicazione

**Standard :** SI / NO

**Attività 4**

Relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi anno 2023 (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 2023/ n. Procedure, Protocolli, Istruzioni operative e Raccomandazioni aziendali pubblicate nell'anno 2023

**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:** 100%

**Attività 9**

Gestione del Flusso informativo NSIS – SIMES ANNO 2023 (**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