

# Piano annuale di Risk Management (PARM) 2024

**RISULTATI ANNO 2023 – PIANO ANNO 2024**

**Risk Manager dott.ssa Anna Bellissimo**



ANNA  
BELLISSIMO  
ASL  
SALERNO  
DIRETTORE  
U.O.C.  
05.04.2024  
11:12:38  
GMT+00:00

Indice	2
Introduzione	3
Contesto Organizzativo	5
Matrice delle responsabilità	7
Relazione consuntiva sulle attività rischio clinico e sui risarcimenti erogati	8
- Analisi degli eventi avversi – anno 2023	9
- Dati relativi ai sinistri liquidati nel quinquennio 2019/2023	12
Andamento della gestione reattiva	13
Relazione sorveglianza ICA 2023	16
Andamento della gestione proattiva	17
Formazione	18
Obiettivi aziendali e linee di intervento per l'anno 2024	18
Modalità di adozione/diffusione aziendale del PARM	21
Riferimenti normativi	22
Bibliografia e sitografia	23

## INTRODUZIONE

La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute, è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività e rappresenta l'insieme di varie azioni messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza dei pazienti, sicurezza, tra l'altro, basata sull'apprendere dall'errore.

La sicurezza è un elemento fondamentale della qualità dell'assistenza sanitaria ed il suo successo richiede impegno individuale e di team. I singoli operatori e processi sono raramente uniche cause degli errori; piuttosto, la combinazione di elementi separati nell'insieme producono situazioni ad alto rischio. Comprendere il rischio nei complessi processi di assistenza e di cure mediche richiede informazioni sugli errori e sui cosiddetti quasi errori (near miss). Da essi possiamo imparare come colmare le lacune di sicurezza, ridurre la morbilità e la mortalità ed aumentare la qualità dell'assistenza sanitaria.

A tale scopo, diventa fondamentale avere una cultura della sicurezza non punitiva per affrontare gli errori, con meccanismi di segnalazione che aiutino a prevenire e correggere errori di sistema e/o organizzativi ed errori umani, invece di cercare le colpe individuali. L'assistenza sanitaria centrata sulla persona sta diventando sempre più complessa e più specializzata.

Ciò richiede maggiore attenzione sia al lavoro in team, sia ai complessi processi assistenziali. Una pratica realmente collaborativa richiede un alto livello di comunicazione, passaggi di consegne precisi, riguardo compiti e risultati, ed una chiara definizione dei ruoli e delle responsabilità. Una comprensione realistica dei rischi insiti nella medicina moderna rende necessario che tutti gli operatori sanitari siano in grado di cooperare con tutti gli stakeholder, di adottare un approccio proattivo e sistemico riguardo la sicurezza e di svolgere il proprio ruolo con responsabilità professionale. Questo comprende in primo luogo il dialogo con i pazienti ed il rispetto dei loro bisogni, delle loro aspettative, paure e speranze.

Si stima che negli Stati membri dell'UE una quota compresa tra l'8% e il 12% dei pazienti ricoverati presso le strutture sanitarie sono vittime di eventi avversi durante il percorso assistenziale.

Gli eventi avversi, sia nel settore ospedaliero che in quello delle cure primarie, sono in larga misura prevenibili e la maggior parte di essi sono riconducibili a fattori sistemici.

La "gestione del rischio clinico" rientra tra gli interventi del "governo clinico" per il miglioramento della qualità delle prestazioni attraverso un processo sistematico, comprendente sia la dimensione clinico-assistenziale che quella gestionale. Sicurezza dei pazienti e "Clinical Governance" sono strettamente connessi; una solida "Clinical Governance" costituisce una valida garanzia di sicurezza delle cure e, conseguentemente, è in grado di contenere, riducendoli ad un livello fisiologico, gli eventi avversi.

Le istituzioni europee hanno ribadito l'importanza che il controllo e la prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) rivestono come strumento per garantire la qualità e la sicurezza delle cure. Il Consiglio dell'Unione Europea con la Raccomandazione del 9 giugno 2009 "On patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections" nei punti 8 e 9 ha sottolineato l'importanza di considerare le attività di prevenzione e controllo delle ICA come parte

---

integrante dei programmi atti a garantire la sicurezza del paziente. In particolar modo è stata ribadita l'importanza di integrare attività che favoriscano un uso prudente degli agenti antimicrobici.

A livello nazionale, nel febbraio 2015, è stata sancita l'Intesa in Conferenza Stato-Regioni, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in materia di adeguamenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie che ha definito modalità e tempi di attuazione del "Disciplinare tecnico" (Intesa 20 dicembre 2012). Tra i 28 requisiti essenziali è stata inclusa anche l'esistenza di un piano aziendale per la gestione del rischio, che comprenda la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza.

Anche il DM 70/2015 "Regolamento recante la definizione degli standard qualitativi strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" prevede i seguenti standard necessari per la gestione del rischio clinico per le strutture ospedaliere di qualsiasi livello: presenza documentata e formalizzata di sistemi di raccolta dati sulle ICA, sorveglianza microbiologica, adozione delle procedure atte a garantire l'adeguatezza e l'efficienza dell'attività di sanificazione, disinfezione e sterilizzazione, presenza di protocolli per la profilassi antibiotica e di procedure per il lavaggio delle mani.

La Legge 8 marzo 2017, n. 24 "*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*", ha sancito "la sicurezza delle cure come parte costitutiva del diritto alla salute", definito ruoli e aperto nuovi e sfidanti scenari. In questa nuova fase tutti i soggetti istituzionali di riferimento (il Ministero della Salute, Agenas, l'Istituto Superiore di Sanità, le Regioni e il loro coordinamento per il Rischio Clinico nell'ambito della Commissione Salute) sono stati chiamati ad esercitare il proprio ruolo per la diffusione della cultura della sicurezza, l'elaborazione di strategie e architetture organizzative basate sui contesti e i bisogni locali e l'introduzione di metodi e strumenti per la gestione del rischio.

La Regione Campania è da anni impegnata a promuovere la sicurezza nelle strutture sanitarie attraverso la costituzione di una rete di Referenti Aziendali che partecipano ai tavoli tecnici Regionale per la gestione del Rischio Clinico e la Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA).

La Regione Campania con DD. N. 99 del 16/12/2022 ha approvato le linee d'indirizzo per l'elaborazione del PARM dando indicazioni a tutte le Aziende sanitarie pubbliche, le strutture private di ricovero, accreditate e non, e gli Ospedali Classificati di elaborare il Piano annuale di Risk Management trasmetterlo in Regione e pubblicarlo sul sito aziendale.

Il piano è elaborato anche in ottemperanza agli obblighi previsti dalla Legge 24 del 2017. Tutte le azioni necessarie per le attività di gestione del rischio clinico devono essere accompagnate da un'incisiva attività di programmazione, di analisi e di misure che devono essere attuate in ogni struttura sanitaria. Nell'ottica del DD. n. 99 nel presente documento si inseriscono anche le attività di prevenzione e sorveglianza delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA) in quanto definite dallo stesso documento come parte integrante della gestione del rischio clinico.

Lo scopo del PARM è quello di rappresentare ed indicare le azioni di miglioramento riconosciute come prioritarie per la gestione del rischio clinico.

Il PARM si applica a tutte le strutture Ospedaliere e Territoriali dell'ASL Salerno e deve essere considerato documento dinamico perché rimodulabile a seguito di sopraggiunte esigenze epidemiologiche, organizzative e normative.

## CONTESTO ORGANIZZATIVO

L'Azienda comprende l'intera area della provincia di Salerno, che si estende su una superficie di 4.917,17 km<sup>2</sup>, che rappresenta il 36% della superficie regionale, ripartita tra montagna interna, per il 29%, collina interna, per il 44,61%, collina litoranea, per il 14,85% e pianura per l'11,45% del territorio. La popolazione residente nella Provincia di Salerno è di 1.061.067 (dati ISTAT al 1° gennaio 2023) e rappresenta il 19% della popolazione regionale (Tab.1).

Nella provincia di Salerno insistono 158 comuni:

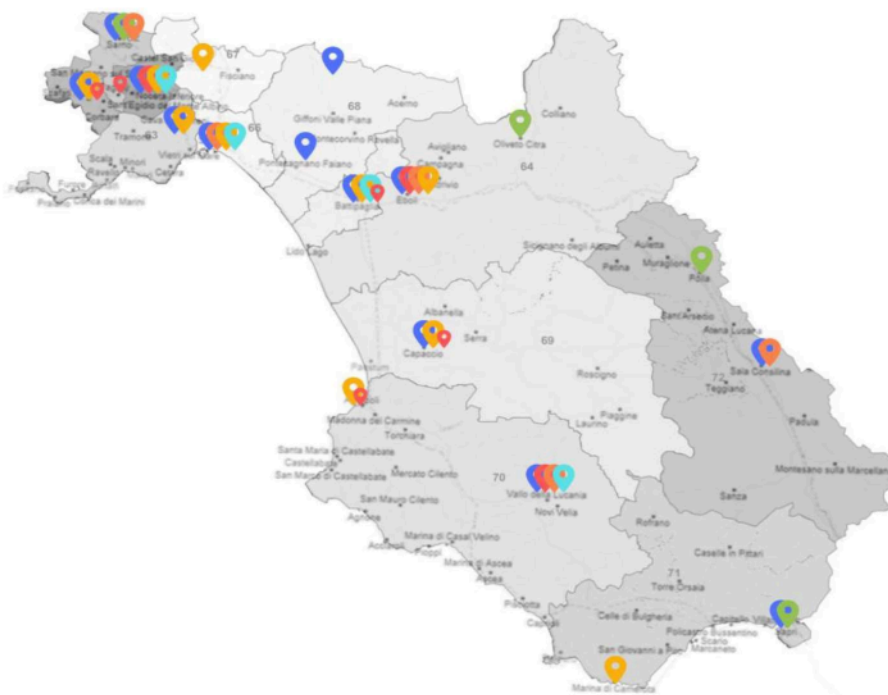
- 21 con un elevato grado di urbanizzazione e una popolazione residente pari al 56% del totale;
- 40 con un livello medio di urbanizzazione e una popolazione residente pari al 23%;
- 97 con un basso livello di urbanizzazione e una popolazione residente pari al 21%.

L'area ad elevato grado di urbanizzazione o metropolitana della provincia di Salerno è costituita soprattutto dai comuni compresi nella fascia di territorio che va dall'Agro Nocerino-Sarnese a Nord fino a Pontecagnano e Battipaglia a Sud.

L'area con livello medio di urbanizzazione è localizzata a ridosso di quella metropolitana, lungo la costa cilentana e del Vallo di Diano.

L'area a basso livello di urbanizzazione è localizzata prevalentemente nelle zone della collina e della montagna interna, area Cratere, Cilento Interno e Vallo di Diano.

L'Azienda è organizzata in 13 Distretti Sanitari, 12 Presidi Ospedalieri e 3 Dipartimenti Strutturali (Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale e Dipartimento delle Dipendenze).



DATI STRUTTURALI	
Indicatore	Riferimento
Estensione territoriale	4.917,17 km <sup>2</sup>
Popolazione Residente	1 061 067 (dati ISTAT al 1° gennaio 2023)
Distretti Sanitari	13
Presidi Ospedalieri Pubblici	12
Posti letto Ordinari totali	1811
Posti letto Ordinari attivi	1177
Posti letto ordinari area medica	629
Posti letto ordinari area chirurgica	548
Posti letto Diurni	178
Servizi Trasfusionali	5
Blocchi Operatori	9
Sale Operatorie	46
Terapie intensive	11
UTIC	6
Dipartimenti strutturali	3
SPDC	3
Altri Posti letto	
DATI DI ATTIVITÀ AGGREGATI	
Indicatore	Riferimento
Ricoveri ordinari	44089
Accessi PS	273.142
Branche Specialistiche	26
Ricoveri diurni	20775
Neonati o Parti	Neonati 3653 e Parti 3607
Prestazioni ambulatoriali erogate da presidi pubblici	22351

Tabella 1. Dati strutturali

## MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Il PARM riconosce responsabilità relative alle fasi di redazione, adozione, monitoraggio dell'applicazione, analisi e valutazioni (Tab.2):

- **Responsabile/Referente Rischio Clinico**: redige e monitora l'implementazione del PARM, effettua analisi e valutazioni dello stesso, invia il PARM al Direttore Sanitario;
- **Direttore Sanitario**: è coinvolto in tutte le fasi di redazione, adozione, monitoraggio e analisi del PARM;
- **Direttore Amministrativo**: è coinvolto in tutte le fasi di redazione, adozione, monitoraggio e analisi del PARM;
- **Direttore Generale**: si impegna ad adottare il PARM con Deliberazione o atto equipollente e si impegna a fornire all'organizzazione le risorse (ad esempio tramite la definizione di specifici obiettivi di budget) per la realizzazione delle attività previste dal Piano.

Azione	Responsabile/Referente Rischio Clinico	Direttore Sanitario	Direttore Generale	Direttore Amministrativo
Redazione del PARM	R	C	C	C
Adozione del PARM	C	C	R	C
Monitoraggio del PARM	R	C	C	C
Analisi e Valutazioni	R	C	C	C

Tabella 2. Matrice delle responsabilità

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

## RELAZIONE CONSUNTIVA SULLE ATTIVITA' RISCHIO CLINICO E SUI RISARCIMENTI EROGATI

L'ASL Salerno partecipa al monitoraggio AGENAS per l'implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali sulla sicurezza dei pazienti e, attraverso il Referente Aziendale del Rischio Clinico, alla Sorveglianza della mortalità materna, progetto dell'Istituto Superiore di Sanità.

Per la gestione del Rischio Clinico viene utilizzato uno specifico applicativo del sistema informatico denominato TaleteWeb (SW-TW). Tutte le segnalazioni di Incident Reporting vengono fatte dal personale sanitario utilizzando form elettronici del sistema SW-TW. Dal 2019 sono stati organizzati incontri formativi sulla gestione informatizzata del Rischio Clinico attraverso il software TaleteWeb. Dal 2020 l'ASL Salerno si è dotata di una piattaforma FAD e dal 2021 è disponibile un corso base sulle segnalazioni di Incident Reporting aperto a tutti gli operatori sanitari dell'azienda.

Nel corso del 2023 sono state adottate iniziative per la diffusione degli Incident Reporting con lo scopo di incentivare il personale all'utilizzo di questo strumento attraverso la piattaforma Talete. Tutte le segnalazioni di Near Miss ed eventi avversi sono state prese in carico per le relative azioni di miglioramento. Sono stati organizzati Audit clinici per gli eventi avversi più significativi.

La Legge n. 24/2017 ha introdotto - all'art. 2, comma 5 - l'obbligo di predisporre una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della Struttura, sulle cause che hanno prodotto gli eventi avversi e sulle conseguenti iniziative messe in atto (Tab.3).

La Relazione, il cui contenuto è parte integrante del PARM, è pubblicata sul sito internet della Struttura sanitaria e rendiconta le attività inerenti la gestione del Rischio Clinico nell'anno 2023.

	TIPOLOGIE DI EVENTO							Totale
	Near Miss	Evento Avverso	Caduta accidentale	Ricaduta	Aggressione operatore sanitario	Evento Sentinella	Infezione	
<b>2023</b>	7	1	24	0	38	1	13	<b>84</b>
<b>2022</b>	5	1	20	0	12	9	19	<b>66</b>
<b>2021</b>	5	0	18	0	16	0	13	<b>52</b>
<b>2020</b>	22	1	27	1	18	0	14	<b>83</b>
<b>Totale</b>	<b>39</b>	<b>3</b>	<b>89</b>	<b>1</b>	<b>84</b>	<b>10</b>	<b>59</b>	<b>285</b>

Tabella 3. Incident Reporting Aziendale 2020 - 2023



## Analisi degli Eventi Avversi – Anno 2023

Nel 2023 gli eventi (Tab.4) più segnalati riguardano le aggressioni agli operatori sanitari e le cadute accidentali dei pazienti ricoverati.

L'analisi dell'evento "violenza sugli operatori sanitari", realizzata attraverso audit con gli operatori coinvolti nel percorso assistenziale, ha messo in evidenza quali fattori contribuenti quelli organizzativi e procedurali.

È in corso di revisione la procedura per la prevenzione degli atti di violenza nei confronti degli operatori sanitari alla luce delle nuove indicazioni dell'Osservatorio Nazionale sulla Sicurezza degli Esercenti le Professioni Sanitarie e socio-sanitarie, istituito presso il Ministero della Salute. Per il personale afferente alle strutture a maggior rischio di aggressione - Dipartimento di Salute Mentale, Sanità Penitenziaria ed Emergenza Territoriale (118) - sono state acquistate le bodycam, che possono fungere da effettivo deterrente alle aggressioni o ad atti di violenza nei confronti del personale.

Dall'analisi degli "eventi caduta" si è potuto evidenziare che non sempre vengono applicati gli strumenti di valutazione del rischio caduta del paziente (scala di valutazione) e del rischio ambientale (check list di valutazione dispositivi e presidi, ambientale e strutturale).

In molti casi nonostante la corretta applicazione della procedura aziendale relativa al rischio caduta, l'evento avverso è favorito dalla politerapia a cui è sottoposto il paziente a seguito delle sue condizioni psicofisiche.

I Presidi e le Strutture Territoriali interessate dagli eventi segnalati sono 11 (Tab.5).

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	7 8%	0%	Strutturali (0%)	Strutturali (0%)	Sistema di reporting (100%)
* Eventi Avversi	76 86%	31%	Tecnologici (0%) Organizzativi (80%)	Tecnologici (0%) Organizzativi (80%)	
Eventi Sentinella	1 4%	0%	Procedure (20%)	Procedure (20%)	

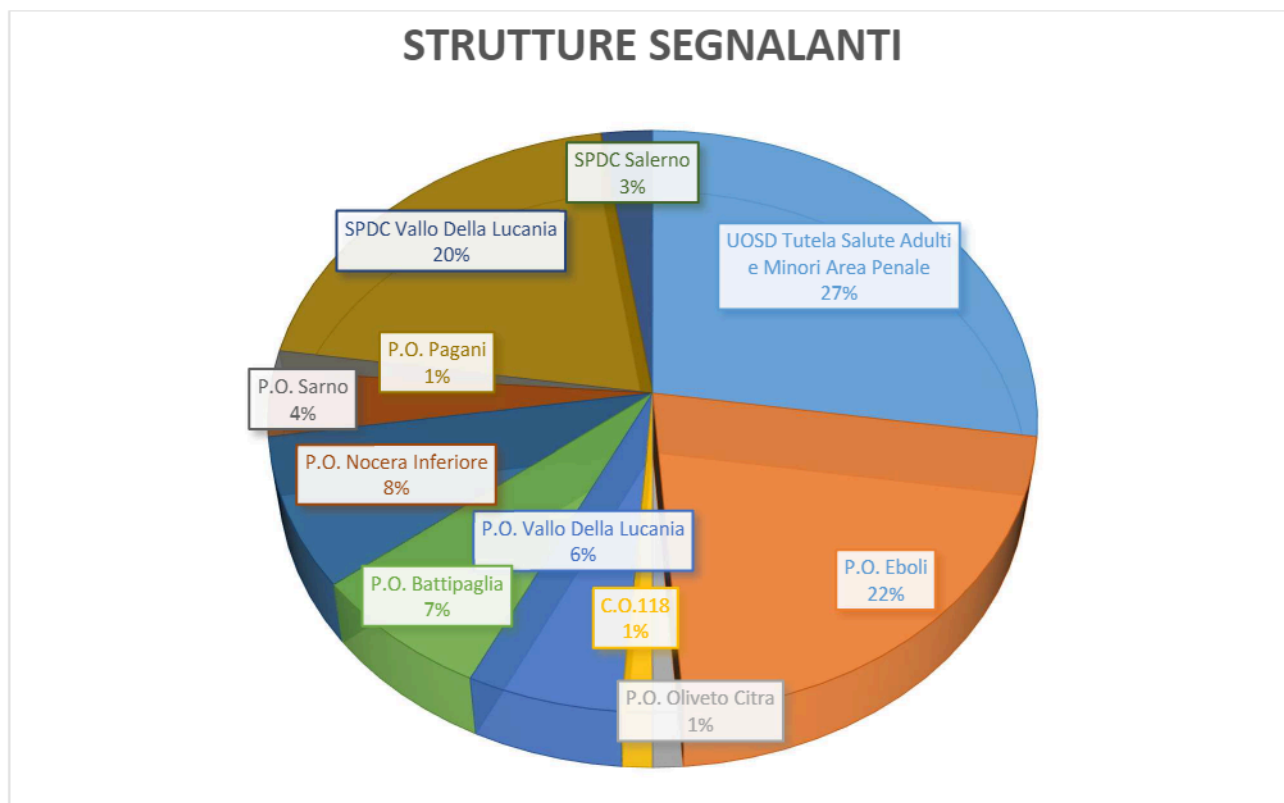
**Tabella 4. Tipologia eventi segnalati anno 2023**

\*Gli eventi avversi includono le cadute, le aggressioni ad operatore sanitario e le ICA

	Aggressione	Infezioni Correlate all'Assistenza	Caduta accidentale	Evento avverso	Near Miss	Eventi Sentinella	Totale
UOSD Tutela Salute Adulti e Minori Area Penale	23						23
P.O. Eboli	1	6	8	1	2		18
P.O. Oliveto Citra			1				1
C.O.118					1		1
P.O. Vallo Della Lucania	2		3				5
P.O. Battipaglia		5				1	6
P.O. Nocera Inferiore	2		3		2		7
P.O. Sarno	1	1			1		3
P.O. Pagani		1					1
SPDC Vallo Della Lucania	7		9		1		17
SPDC Salerno	2						2
<b>TOTALE</b>	<b>38</b>	<b>13</b>	<b>24</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>84</b>

Tabella 5. Presidio/Struttura Territoriale verso tipologia di evento

Il grafico evidenzia la percentuale delle segnalazioni pervenute sia dai Presidi Ospedalieri che dalle Strutture Territoriali.



Per ciò che riguarda l'evento "caduta del paziente", si evidenziano le dinamiche, i fattori legati alle cadute e la tipologia di danno riportato (Tab. 6-7-8).

	Caduta accidentale
Dal letto	4
Dal letto con spondine	3
Dalla sedia	2
Deambulando	15
<b>Totale</b>	<b>24</b>

*Tabella 6. Dinamiche caduta accidentale*

	Caduta accidentale
Letto	6
Mancata chiamata operatore	2
Pavimento	6
Paziente scalzo	1
Nessuno	9
<b>Totale</b>	<b>24</b>

*Tabella 7. Fattori legati alla caduta accidentale*

	Caduta accidentale
Contusioni	1
Escoriazione	3
Ferita lacerocontusa	4
Frattura di un arto	4
Frattura setto nasale	2
Rottura di un dente	1
Trauma cranico	2
Nessuna conseguenza	7
<b>Totale</b>	<b>24</b>

*Tabella 8. Tipologia del danno in seguito a caduta*

Gli eventi "violenza sugli operatori sanitari" si sono verificati in UU.OO. ad elevato rischio di aggressione: Sanità Penitenziaria, SPDC, Pronto Soccorso e 118 (Tab.9).

	Violenza sugli operatori sanitari
Sanità Penitenziaria	22
SPDC	9
118/Pronto Soccorso	3
Degenza/Ambulatorio	4
<b>Totale</b>	<b>38</b>

*Tabella 9. UU.OO. sede di violenza sugli operatori sanitari*

## Dati relativi ai sinistri liquidati nel quinquennio 2019/2023

Gli importi liquidati a titolo di risarcimento nell'ultimo quinquennio sono i seguenti:

- Importo pagato dall'azienda a seguito di transazioni (importi rientranti in franchigia) euro 2.020.665,64
- Importo pagato dalla compagnia a seguito di transazioni euro 6.877.032,01
- Importo pagato dall'azienda a seguito di sentenze/ordinanze (comprensivo di spesa capitale, spese di CTU, spese legali) euro 21.749.973,50

Richieste risarcimento pervenute nel 2023:

**Tabella 10. Tipologia del danno**

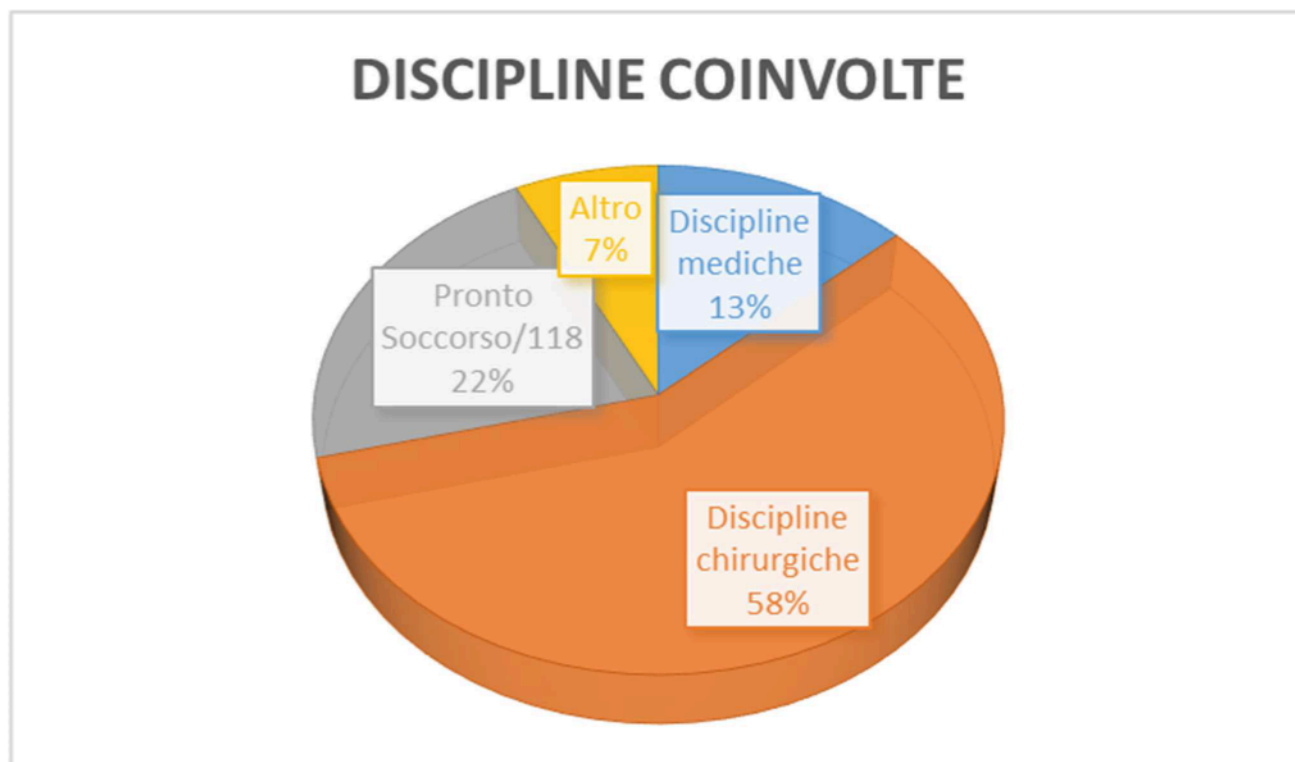
Tipologia Danno	
DECESSO	23
CADUTA	4
INFEZIONI	8
ALTRO (errata/ritardata diagnosi, errato intervento/terapia,	86
<b>Totale</b>	<b>121</b>

**Tabella 11. Macrocentri**

Macro centri	
DS 66 - Salerno	3
DEA EBOLI BATTIPAGLIA ROCCADASPIDE	31
DEA NOCERA-PAGANI- SCAFATI	33
DEA VALLO DELLA LUCANIA-AGROPOLI	21
P.O. SARNO	13
P.O. OLIVETO CITRA	6
P. O. SAPRI	5
P.O. POLLA	9
<b>Totale</b>	<b>121</b>

**Tabella 12. UU.OO. coinvolte**

UU.OO. coinvolte	
CARDIOLOGIA/UTIC	4
CHIRURGIA	23
EMATOLOGIA	1
GASTROENTEROLOGIA	3
MEDICINA GENERALE	2
NEONATOLOGIA/TIN	3
OCULISTICA	4
ONCOLOGIA	1
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	29
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	8
OTORINOLARINGOIATRIA	1
PRONTO SOCCORSO/118	26
RIANIMAZIONE	1
RADIOLOGIA	1
UROLOGIA	5
ALTRO	9
<b>Totale</b>	<b>121</b>



### ANDAMENTO DELLA GESTIONE REATTIVA

L'andamento delle attività di presa in carico delle segnalazioni (Gestione Reattiva degli Incident Reporting), al netto dei dati relativi alle infezioni correlate all'assistenza (ICA), per le quali è stato ricostituito il CIO aziendale come organo di coordinamento, programmazione e monitoraggio delle attività dei CIO presidiali, è evidenziato nella Tab.13.

Nella gestione reattiva delle segnalazioni sono stati coinvolti i professionisti interessati agli eventi analizzati e sono state programmate le azioni per prevenire il ripetersi degli eventi, intercettando i fattori contribuenti.

L'analisi dell'evento sentinella registrato nella nostra azienda ha evidenziato che le cause e i fattori contribuenti sono stati:

- fattori organizzativi (organizzazione del lavoro, conoscenze, competenze);
- inadeguata applicazione di Raccomandazioni, Protocolli Assistenziali e Procedure (insufficiente adesione);
- fattori legati alla comunicazione (difetto di comunicazione tra operatori sanitari e tra operatori sanitari e familiari)

Le attività intraprese a seguito della segnalazione di eventi avversi sono state:

- Audit reattivi con il coinvolgimento dei professionisti interessati;
- Audit reattivi in collaborazione con il servizio di Prevenzione e Protezione a seguito di segnalazioni di atti di violenza a danno di operatori sanitari;
- attività di addestramento, formazione e condivisione delle Procedure aziendali.

<b>SEGNALAZIONI</b>								
	<b>PERVENUTE</b>	<b>PRESE IN CARICO</b>	<b>SENZA SEGUITO*</b>	<b>PRESE IN CARICO CON AZIONI CORRETTIVA</b>	<b>PRESE IN CARICO CON RCA</b>	<b>PRESE IN CARICO CON SEA</b>	<b>PRESE IN CARICO CON ALTRE AZIONI</b>	<b>DA PRENDERE IN CARICO</b>
<b>2023</b>	84	84	15	3	0	0	62	0
<b>2022</b>	50	50	16	12	0	6	16	0
<b>2021</b>	39	37	14	8	0	5	11	2
<b>2020</b>	69	68	18	3	2	3	42	1
<b>Totale</b>	<b>242</b>	<b>239</b>	<b>63</b>	<b>26</b>	<b>2</b>	<b>14</b>	<b>131</b>	<b>3</b>

**Tabella 10. Gestione Reattiva degli Incident Reporting**

\*Le segnalazioni senza seguito si riferiscono ad eventi che non hanno avuto conseguenze per i pazienti o che non hanno fatto emergere particolari problemi organizzativo/assistenziali. Tali segnalazioni sono utilizzate come dato statistico ai fini dell'elaborazione del piano di miglioramento.

Nel 2023 gli 84 eventi segnalati nella Azienda Asl Salerno sono evidenziati con i relativi piani di miglioramento nella Tab.14

TIPOLOGIA EVENTI	n°	Descrizione degli eventi	Piano di miglioramento
NEAR MISS	7	Tra gli eventi segnalati in piattaforma aziendale: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 riguardano l'inosservanza delle procedure sulla gestione delle sacche di sangue;</li> <li>• 1 <i>near miss</i> del 118 mette in evidenza un inappropriato utilizzo delle barelle delle ambulanze;</li> <li>• 1 segnalazione riguarda i ricoveri in sovrannumero in reparti ad alto rischio di aggressioni</li> <li>• 1 <i>near miss</i> è inerente la non corretta identificazione madre-neonato durante il percorso assistenziale</li> <li>• 1 <i>near miss</i> riguarda il malfunzionamento di un dispositivo medico</li> <li>• 1 riguarda l'incompleta compilazione del foglio unico di terapia</li> </ul>	Per il <i>near miss</i> riguardante possibili errori nella terapia farmacologica sono state elaborate e distribuite istruzioni operative sulla corretta gestione del farmaco in ottemperanza alle Raccomandazioni Ministeriali. Per il <i>near miss</i> riguardante la non corretta identificazione madre-neonato è stata adottata una istruzione operativa aziendale. Per il <i>near miss</i> relativo ai ricoveri in sovrannumero, si è proceduto con un audit presso la UOC segnalante per evitare la ripetizione di un evento analogo
CADUTE ACCIDENTALI (CA)	24	Sono state segnalate 24 cadute di pazienti ricoverati e nello specifico: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 15 nella stanza di degenza;</li> <li>• 5 nel bagno;</li> <li>• 4 spazi comuni.</li> </ul>	Sono in programma giornate formative per gli operatori sanitari, dedicate alle Raccomandazioni Ministeriali. È prevista la realizzazione di opuscoli informativi e brochure allo scopo di sensibilizzare gli operatori sanitari e i familiari dei pazienti ricoverati sul rischio caduta.
AGGRESSIONE OPERATORE (AO)	38	Le aggressioni agli operatori sanitari sono avvenute nelle UU.OO. di seguito indicate: <ul style="list-style-type: none"> <li>• n. 23 presso la Sanità Penitenziaria;</li> <li>• n. 2 presso SPDC Salerno;</li> <li>• n. 3 presso Pronto Soccorso;</li> <li>• n. 7 SPDC Vallo della Lucania;</li> <li>• n. 3 degenze.</li> </ul>	È stata programmata un'attività di addestramento e formazione in collaborazione con il Servizio Prevenzione e Protezione per la prevenzione degli atti di violenza ed è stato acquistato un sistema di videosorveglianza (Bodycam) per le UU.OO. maggiormente a rischio (SPDC, Sanità Penitenziaria, 118). Sono stati realizzati inoltre audit per due delle aggressioni segnalate.
EVENTI AVVERSI	1	L'unico evento avverso segnalato si è verificato a causa del cattivo funzionamento di un sistema di termoregolazione della sala operatoria	Il caso è stato segnalato all'ufficio tecnico al fine di predisporre una verifica del sistema.
EVENTI SENTINELLA (ES)	1	È stato segnalato un unico evento sentinella: <ul style="list-style-type: none"> <li>- morte o grave danno a seguito di intervento chirurgico</li> </ul>	Per l'evento morte è stato condotto un audit con gli operatori coinvolti nel percorso assistenziale ed è stato elaborato un PDTA specifico
INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA)	13	Delle 13 ICA segnalate n. 6 sono infezioni del sito chirurgico, di cui 2 della Ostetricia e Ginecologia e 4 dell'Ortopedia.	È stato costituito il Comitato Aziendale per le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) con funzione di programmazione e monitoraggio per le attività dei CIO Presidiali. Sono stati effettuati sopralluoghi ed audit dedicati alle UUOO maggiormente coinvolte

**Tabella 11. Eventi segnalati 2023**

## RELAZIONE SORVEGLIANZA ICA 2023

Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) rappresentano una grave minaccia per la salute pubblica nel nostro Paese e nel mondo. Il fenomeno delle ICA va di pari passo con quello dell'antimicrobico resistenza (AMR). Le conseguenze che le ICA e l'AMR hanno sulla salute pubblica devono essere contenute con azioni di prevenzione e controllo. Tali azioni rappresentano una priorità per tutti i sistemi sanitari del mondo a tutti i livelli di assistenza. La Asl di Salerno è da anni impegnata, con attenzione e sensibilità, ad intraprendere e incentivare attività per il contrasto delle ICA.

Nel 2023 è stato ricostituito il CIO Aziendale quale organo di coordinamento delle attività dei CIO Presidiali (Delibera DG n. 150 del 14 febbraio 2023). Gli obiettivi del CIO sono stati quelli di monitorare le infezioni correlate all'assistenza e l'antibiotico resistenza a livello aziendale attraverso le seguenti attività:

- diffusione delle procedure aziendali relative alla prevenzione e sorveglianza delle ICA;
- promozione dell'uso appropriato degli antibiotici;
- formazione del personale.

Le modalità operative adottate a livello aziendale sono di seguito elencate:

- partecipazione allo Studio di Prevalenza sulle infezioni correlate all'assistenza e sull'uso degli antibiotici negli Ospedali per acuti: l'ASL Salerno partecipa dal 2011 allo Studio di Prevalenza, basato su un Protocollo europeo standardizzato. I dati raccolti permettono di descrivere pazienti, procedure invasive, infezioni (siti, microrganismi coinvolti inclusi i markers di resistenza antibiotica) e antibiotici prescritti (composti, indicazioni d'uso). Le rilevazioni previste dallo Studio di Prevalenza sono realizzate in tutte le Strutture Ospedaliere della Campania utilizzando il Protocollo ECDC 2016-2017. Questo studio è stato effettuato fino al 2019 e poi sospeso dalla Regione dal 2020 a causa della pandemia COVID-19;
- partecipazione alla Sorveglianza Nazionale delle Infezioni del Sito Chirurgico (Protocollo CCM del 2011). Il protocollo di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico prevede la rilevazione di dati mediante una apposita scheda, in modo prospettico per tutti i pazienti sottoposti a uno degli interventi chirurgici selezionati. La rilevazione dei dati è continuativa e sistematica: sono cioè inclusi tutti i pazienti che nel periodo di interesse rispondono ai criteri di inclusione, senza operare alcuna selezione. Le schede di sorveglianza, debitamente compilate vengono trasmesse alla UOC Sicurezza dei pazienti e Gestione Rischio Clinico per il conferimento dei dati alla piattaforma Regionale. L'ASL Salerno partecipa dal 2011 alla sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico e contribuisce ai Report Regionali pubblicati sul sito della Regione Campania. Nel 2023 sono stati sorvegliati 369 interventi chirurgici;
- partecipazione alla Sorveglianza delle antibiotico-resistenze: dal 2010 la Regione Campania si è dotata di un Sistema Regionale di Sorveglianza dell'Antibiotico Resistenza (Si.Re.Ar.), che assicura con regolarità le rilevazioni sull'antibiotico resistenza. Alla rete regionale aderiscono ad oggi 25 laboratori ospedalieri, che operano in tutte le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Campania: per l'ASL Salerno i dati di sorveglianza sulle antibioticoresistenze vengono trasmessi dal Laboratorio del PO "Umberto I" di Nocera, selezionato dalla Regione per il volume di attività, e confluiscono direttamente nella piattaforma Regionale Icaro Web. Il network campano Si.Re.Ar. è collegato alla rete europea "EARS-Net" per il tramite della rete sentinella nazionale "AR-ISS" dell'Istituto Superiore di



Sanità;

- controlli microbiologici: in tutte le aree ad alto rischio (Terapie intensive, UTIC e Sale operatorie) vengono effettuati controlli microbiologici periodici da parte di un laboratorio esterno certificato;
- campagna di sensibilizzazione e informazione ai cittadini sul corretto uso degli antibiotici attraverso la collaborazione delle Farmacie pubbliche e private Convenzionate, i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di libera Scelta.

## ANDAMENTO DELLA GESTIONE PROATTIVA

A seguito dell'Adesione al "Progetto MIGeRis Modello Italiano per la Gestione del Rischio in Sanità" - LUISS Libera Università Internazionale degli Studi Sociali Guido Carli, nell'ambito del rapporto di collaborazione tra LUISS e ASL Salerno, è stata eseguita una "fotografia" delle strutture per l'individuazione dei rischi dell'organizzazione nel suo complesso e delle fasi dei processi cui tali rischi sono collegati.

Per la realizzazione della "fotografia del rischio" sono stati predisposti strumenti di supporto per la raccolta delle informazioni e la valutazione delle performance. Tali strumenti sono stati suddivisi in tre categorie, relative alla loro funzionalità: questionari per l'analisi e la rilevazione dei requisiti strutturali e organizzativi; questionari strutturati, per l'analisi e la rilevazione dei comportamenti; schemi di interviste strutturate, per le valutazioni soggettive delle attività delle Unità Operative delle Funzioni Centrali (Servizio Prevenzione e Protezione, Gestione Rischio Clinico, Formazione, Gestione delle ICA).

Nello specifico la "fotografia del rischio" è stata realizzata nelle strutture di seguito elencate:

- 91 UU.OO.CC. nei Presidi Ospedalieri;
- 1 UOC nel DS 66 di Salerno;
- 1 UOC di Neuropsichiatria Infantile con sede ad Agropoli.

La fotografia è stata espletata attraverso la somministrazione di check list specifiche per tipologia di Unità Operativa.

Le Procedure aziendali revisionate ed implementate nel 2023, finalizzate alla sicurezza dei pazienti, sono state le seguenti:

- Procedura Operativa Aziendale per il cateterismo vescicale adottata con delibera del D.G.n.1090 del 04/08/2023;
- Procedura Operativa Aziendale per la prevenzione e gestione della polmonite associata a ventilazione meccanica adottata con delibera del D.G.n.1091 del 04/08/2023;
- Recepimento delle Linee d'indirizzo Regionali per l'attuazione dei programmi di Antimicrobial Stewardship adottata con delibera del D.G.n.1092 del 04/08/2023;

## **FORMAZIONE**

Le Attività Formative sono state le seguenti:

- Da settembre 2023 sono stati realizzati incontri formativi e di addestramento presso tutti i Presidi Ospedalieri per il corretto lavaggio delle mani attraverso l'utilizzo dell'Handinscan, apparecchio che monitora il corretto lavaggio delle mani;
- Nel 2023 è stato ricostituito il CIO Aziendale, quale organo di coordinamento dei CIO Presidiali. Il CIO Aziendale ha disposto la rotazione di ciascun dispositivo presso le UO considerate ad alto rischio di ICA: Rianimazione, Chirurgia generale, Ortopedia, Medicina Generale, Ostetricia e Ginecologia ed Ematologia con l'obiettivo di monitorare e tracciare il corretto lavaggio delle mani. L'azione intrapresa ha rilevato che nell' ASL Salerno è necessario proseguire nell'addestramento del personale sanitario sul corretto lavaggio delle mani associato ad una mirata attività di sensibilizzazione e di formazione programmata presso ciascun Macrocentro;
- Nel mese di novembre 2023 è stato organizzato e realizzato un Corso di Formazione in tre giornate "La misura della sicurezza e della qualità delle cure. Il monitoraggio continuo dei processi di clinical risk management. Tre esperienze a confronto nella realtà ospedaliera Campana".

## **OBIETTIVI AZIENDALI E LINEE DI INTERVENTO ANNO 2024**

Con le linee di indirizzo per la stesura del PARM la Regione Campania intende promuovere, pur tenendo conto delle peculiarità di ciascuna struttura e del contesto organizzativo locale, la massima condivisione dei principi del governo clinico, anche attraverso la definizione di azioni condivise, che consentano di valorizzare il ruolo e la responsabilità di tutte le figure professionali che operano in sanità, in un'ottica di gestione integrata del rischio clinico e del contenzioso.

Pertanto, gli obiettivi Aziendali, in linea con quanto previsto dal DD. n. 99 del 16/12/2022, sono:

- 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.

<b>Obiettivo 1. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure attraverso la formazione del personale sulla prevenzione e gestione del Rischio.</b>
<b>Attività 1. Progettazione ed effettuazione di un Corso aziendale sulla “Gestione del Rischio Clinico” mirato a valutare l’applicazione delle procedure aziendali implementate in riferimento alle Raccomandazioni Ministeriali</b>
<b>Indicatore 1.</b> <b>Esecuzione di una edizione del Corso entro Dicembre 2024</b>
<b>Standard =1</b>

<b>Obiettivo 2. Migliorare l’appropriatezza assistenziale ed organizzativa, promuovendo interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.</b>
<b>Attività 2.</b> <b>Monitoraggio near miss, eventi avversi, eventi sentinella e inserimento in piattaforma SIMES.</b>
<b>Indicatore 2.</b> <b>n. segnalazioni pervenute/numero segnalazioni prese in carico</b>
<b>Standard =100%</b>

<b>Obiettivo 3. Attività del Team Rischio clinico</b>
<b>Attività 3.</b> <b>Riunioni e confronti su tematiche di rischio clinico</b>
<b>Indicatore 3.</b> <b>n. di riunioni fatte/numero di riunioni programmate</b>
<b>Standard =100%</b>

**Obiettivo 4. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure attraverso la formazione del personale sulla prevenzione e gestione del Rischio Infettivo**

**Attività 1. Progettazione ed effettuazione di un Corso aziendale sulla Prevenzione delle Infezioni Correlate all'assistenza (ICA) e sull'uso appropriato degli antibiotici**

**Indicatore 1.**

**Esecuzione di una edizione del Corso entro Dicembre 2024**

**Standard =1**

**Obiettivo 5. Aggiornamento delle procedure Aziendali relative alla sicurezza delle cure**

**Attività 1. Adozione e/o revisione delle procedure Aziendali relative alla sicurezza delle cure**

**Indicatore 1.**

**n. di procedure revisionate / n. tot di procedure adottate**

**Standard >50%**

**Obiettivo 6. Monitoraggio delle azioni di miglioramento intraprese in seguito alla criticità emerse dalla fotografia del Rischio.**

**Attività1. Rivalutazione dei rischi associati alle attività assistenziali attraverso la somministrazione di check list specifiche per tipologia di UOC**

**Indicatore 1.**

**n. di UU.OO.CC. valutate/ n. di UU.OO.CC. presenti**

**Standard =50%**

## **MODALITA' DI ADOZIONE/DIFFUSIONE AZIENDALE DEL PARM**

Per il corretto svolgimento di tutte le attività previste dal PARM al fine del raggiungimento degli obiettivi prefissati la Direzione Aziendale assicura la diffusione attraverso:

- presentazione del PARM al Direttore Generale e sua approvazione con emanazione di Delibera Aziendale;
- pubblicazione del PARM sul sito aziendale e nella sezione dedicata alla Sicurezza dei Pazienti e Gestione rischio Clinico;
- trasmissione del PARM al Centro Regionale Gestione Rischio Sanitario e della Sicurezza dei pazienti;
- diffusione del PARM attraverso il sistema Talete.

## RIFERIMENTI NORMATIVI

- D. Lgs. 502/92: Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.D.P.R. 14/01/1997: Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private;
- D. Lgs 229/99: Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419;
- D. Lgs 254/00: Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari;
- D. Lgs 81/08: Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro - Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro;
- Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità (SIMES);
- Intesa Stato-Regioni 20 marzo 2008 punto 2. Le Regioni si impegnano a promuovere, presso le Aziende Sanitarie pubbliche e le Strutture sanitarie private accreditate, l'attivazione di una funzione aziendale permanentemente dedicata alla gestione del Rischio Clinico e la Sicurezza dei Pazienti, incluso il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi e l'implementazione delle buone pratiche della sicurezza, nell'ambito delle disponibilità e delle risorse aziendali, i singoli eventi avversi ed i dati elaborati saranno trattati in forma completamente anonima e confidenziale per le finalità prioritaria di analisi degli stessi e saranno trasmessi al sistema informativo sanitario attraverso uno specifico flusso (SIMES);
- Raccomandazioni ministeriali e Manuale per la Sicurezza in Sala Operatoria, Ministero della Salute, OMS: Safe Surgery;
- D.L. 13 settembre 2012 n. 158 convertito nella Legge 8 novembre 2012, n.189 art.3 bis, comma 1: "Gestione e monitoraggio dei rischi sanitari;
- Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)
- Legge 8 marzo 2017, n. 24. "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie".
- D.D. n 35 del 08/02/2021 oggetto "Istituzione del centro regionale per la gestione del rischio sanitario e della sicurezza del paziente".

- Legge Regione Campania n. 20 del 23 Dicembre 2015, “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)”.
- DD. N. 99 del 16/12/2022: “Linee di indirizzo per l’elaborazione e la stesura del PARM (Piano Annuale Risk Management)”.

## **BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA**

- Ministero della Salute: “Risk Management in Sanità- il problema degli errori” Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
- WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008“Safe Surgery Save Live”;
- The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997; Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997;
- Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770;
- Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:  
[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione);
- Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009:  
[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza).