

# Piano annuale di Risk Management (PARM) 2023

**RISULTATI ANNO 2022 – PIANO ANNO 2023**  
**Risk Manager dott.ssa Anna Bellissimo**

Indice	2
Introduzione	3
Contesto Organizzativo	5
Matrice delle responsabilità	7
Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati	8
Andamento della gestione reattiva	14
Andamento della gestione proattiva	16
Formazione	17
Obiettivi regionali	18
Obiettivi aziendali e linee di intervento per l'anno 2023	20
Riferimenti normativi	21
Bibliografia e sitografia	22

## 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 messe in atto, che devono essere messe in atto 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.

---

## 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 1.064.493 (dati ISTAT 2021) e rappresenta il 19% della popolazione regionale.

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	1.064.493 abitanti (dati ISTAT 2021)
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	50
Dipartimenti strutturali	3
SPDC	3
Altri Posti letto	
DATI DI ATTIVITÀ AGGREGATI	
Indicatore	Riferimento
Ricoveri ordinari	44173
Accessi PS	250.722
Branche Specialistiche	26
Ricoveri diurni	2316
Neonati o Parti	Neonati 3474 e Parti 3439
Prestazioni ambulatoriali erogate da presidi pubblici	891.222

## MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Il PARM riconosce responsabilità relative alle fasi di redazione, adozione, monitoraggio dell'applicazione, analisi e valutazioni:

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.

La seguente tabella riporta lo schema di matrice delle responsabilità

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

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

## RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

La Legge n. 24/2017 ha introdotto - all'art. 2, comma 5 - l'obbligo di predisposizione di 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.

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 precedente alla nuova edizione del PARM.

L'ASL Salerno dispone di uno specifico applicativo del sistema informatico denominato TaleteWeb (SW-TW), per la gestione del Rischio Clinico. Tutte le segnalazioni di incident reporting vengono fatte dal personale sanitario utilizzando forms 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, sia nel 2021 che nel 2022, è stato reso disponibile un corso base sulle segnalazioni di Incident Reporting aperto a tutti gli operatori sanitari dell'azienda.

Le tabelle seguenti sono prodotte in modo automatizzato dal sistema SW-TW attraverso l'elaborazione dei dati relativi alle segnalazioni di incident reporting pervenute. L'utilizzo del gestionale è in fase di progressivo consolidamento e si sta rilevando uno strumento determinante per un'efficace gestione dei processi di clinical risk management.

**Tabella 01 – Incident Reporting Aziendale dal 2019 al 2022**

	Tipologie di evento							TOTALE
	NEAR MISS	EVEN TO AVVERSO	CADUTA ACCIDENTALE	RICADUTA	AGGRESSIONE AD OPERATORE SANITARIO	EVEN TO SENTINELLA	INFEZIONE	
<b>2022</b>	5	1	20	0	20*	9	19	74
<b>2021</b>	5	0	18	0	16	0	13	52
<b>2020</b>	22	1	27	1	18	0	14	83
<b>2019</b>	24	1	9	0	1	0	1	36
<b>Totale</b>	56	3	74	1	55	0	47	245

\* su un totale di 20 aggressioni 8 sono state segnalate al SIMES come eventi sentinella e sono in corso di validazione da parte del Ministero della Salute.



## Analisi degli eventi avversi – anno 2022

Nel 2022 gli eventi più segnalati riguardano le cadute accidentali dei pazienti ricoverati e le aggressioni agli operatori sanitari.

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).

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

Le azioni messe in campo sono finalizzate a: rafforzare la formazione degli operatori con corsi mirati, mettere a punto procedure/istruzioni operative finalizzate alla corretta comunicazione tra gli operatori e tra operatore e paziente.

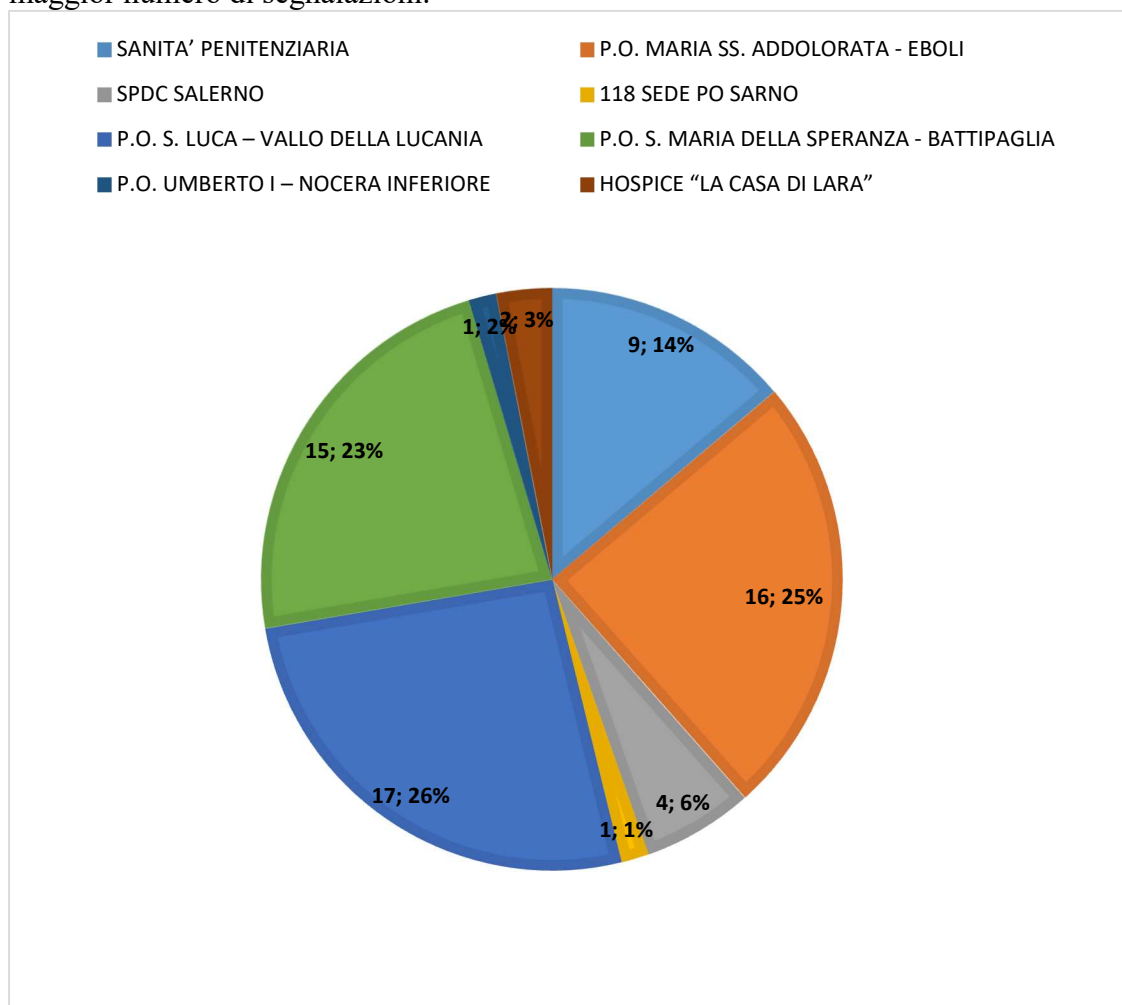
**Tabella 02 – Tipologia eventi segnalati anno 2022**

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	5	0%	Strutturali (0%)	Strutturali (0%)	Sistema di reporting (100%)
	14%			Tecnologici (0%)	
Eventi Avversi	20	100%	Organizzativi (80%)	Tecnologici (0%)	
	60%			Organizzativi (80%)	
Eventi Sentinella	9	0%	Procedure (20%)	Procedure (20%)	
	26%				

**Tabella 03 – Presidio/struttura territoriale verso tipologia di evento**

	Aggressione	Infezioni	Caduta accidentale	Evento avverso	Near Miss	Totale
SANITA' PENITENZIARIA	9					9
P.O. MARIA SS. ADDOLORATA - EBOLI		6	6	1	3	16
SPDC SALERNO	4					4
118 SEDE P.O. SARNO	1					1
P.O. S. LUCA – VALLO DELLA LUCANIA	6	1	8		2	17
P.O. S. MARIA DELLA SPERANZA - BATTIPAGLIA		11	4			15
P.O. UMBERTO I – NOCERA INFERIORE			1			1
HOSPICE "LA CASA DI LARA"		1	1			2
<b>TOTALE</b>	<b>20</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>65</b>

Il grafico evidenzia la percentuale delle segnalazioni pervenute sia dai Presidi Ospedalieri che dalle strutture territoriali. I presidi di Eboli e Vallo della Lucania sono quelli che hanno fatto pervenire il maggior numero di segnalazioni.



Per ciò che riguarda l'evento "caduta del paziente", nelle tabelle 02,03,04, sono riportate le dinamiche, i fattori legati alle cadute e la tipologia di danno riportato.

**Tabella 04 - Dinamiche caduta accidentale**

	Caduta accidentale
Dal letto	7
Dal letto con spondine	2
Dalla sedia	1
Deambulando	9
Letto operatorio	1
<b>Totale</b>	<b>20</b>

**Tabella 05 - Fattori legati alla caduta accidentale**

	Caduta accidentale
Contenzione	1
Letto	1
Mancata chiamata operatore	3
Pavimento	1
Paziente scalzo	1
Nessuno	13
<b>Totale</b>	<b>20</b>

**Tabella 06– Tipologia del danno in seguito a caduta**

	Caduta accidentale
Contusioni	4
Ematoma	2
Escoriazione	2
Ferita lacerocontusa	1
Frattura di un arto	3
Rottura di un dente	1
Trauma cranico	3
Nessuna conseguenza	4
<b>Totale</b>	<b>20</b>

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

**Tabella 07 – UU.OO. sede di violenza sugli operatori sanitari**

	Violenza sugli operatori sanitari
Sanità Penitenziaria	9
SPDC Salerno	4
118 sede P.O. Sarno	1
SPDC Vallo della Lucania	6
<b>Totale</b>	<b>20</b>

## Risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio

Importi pagati a titolo di risarcimento nell'ultimo quinquennio:

- Importo pagato dall'azienda a titolo di franchigia di polizza € 2.079.318,40
- Importo pagato dalla compagnia € 5.958.736,38
- Importo pagato dall'azienda a seguito di sentenze/ordinanze € 17.716.991,54  
(comprensivo di spesa capitale, spese di CTU, spese legali)

Le Unità Operative maggiormente coinvolte e gli eventi più frequentemente denunciati riguardano L'Ortopedia, la Chirurgia e la Medicina Generale.

Le discipline chirurgiche risultano essere al primo posto per richieste di risarcimento.

Le attività del CAVS hanno evidenziato, in linea con l'andamento Nazionale riportato nel Rapporto MEDMAL XIII edizione, il peso delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) proprio in ortopedia (infezioni di protesi), ma anche in chirurgia e in terapia intensiva.

Il fenomeno delle infezioni correlate all'assistenza è solo in parte osservabile attraverso i database dei sinistri, in quanto una quota rilevante di tali eventi non viene denunciata, ma è comunque presente all'interno delle strutture sanitarie rappresentando, quindi, un costo per l'Azienda non solo per le cause sopra descritte ma anche in termini di cure necessarie alla gestione del fenomeno infettivo e rischio aggiuntivo di potenziale altro evento avverso.

**Tabella 08 – Tipologia del danno**

Tipologia Danno	
DECESSO	30
LESIONI PERSONALI	56
ALTRO	1
<b>Totale</b>	<b>87</b>

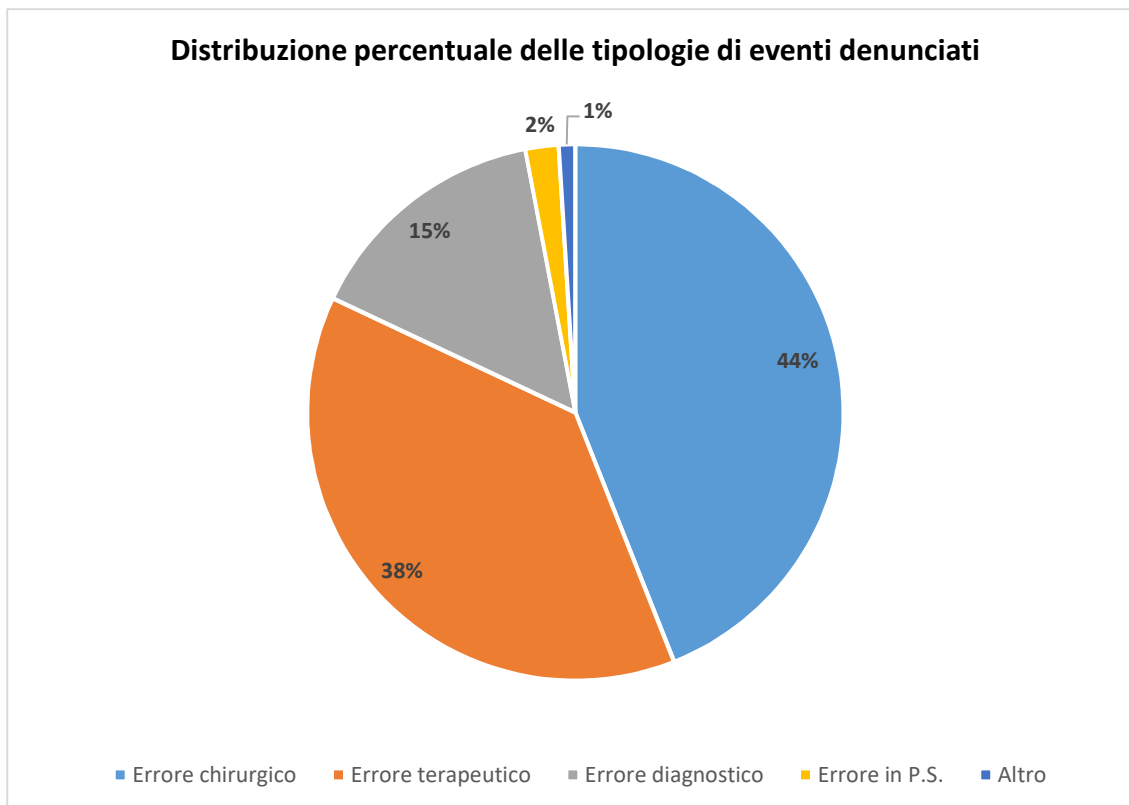
**Tabella 09 – Macro centri**

Macro centri	
DSM	3
DEA EBOLI BATTIPAGLIA ROCCADASPIDE	24
DEA NOCERA-PAGANI- SCAFATI	23
DEA VALLO DELLA LUCANIA-AGROPOLI	18
DS 61	2
P.O. MARTIRI DI VILLA MALTA SARNO	4
P.O. S. FRANCESCO D ASSISI OLIVETO CITRA	5
PRESIDIO OSPEDALIERO 'IMMACOLATA' SAPRI	6
PRESIDIO OSPEDALIERO LUIGI CURTO- POLLA	2
<b>Totale</b>	<b>87</b>

**Tabella 10 – UU.OO. coinvolte**

UU.OO. coinvolte	
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	4
CARDIOLOGIA	7
<b>CHIRURGIA GENERALE</b>	<b>15</b>
DERMATOLOGIA	1
GASTROENTEROLOGIA	1
<b>MEDICINA GENERALE</b>	<b>10</b>
NEUROCHIRURGIA	5
NEUROLOGIA	1
OCULISTICA	1
ONCOLOGIA	1
<b>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>	<b>17</b>
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	6
PEDIATRIA	1
UNITA' CORONARICA	1
UROLOGIA	3
ALTRO	13
<b>Totale</b>	<b>87</b>

In conformità a quanto emerso dal rapporto MEDMAL XIII ed., le tipologie di eventi denunciati vedono al primo posto gli errori chirurgici, seguiti dagli errori terapeutici e diagnostici.



## ANDAMENTO DELLA GESTIONE REATTIVA

La tabella 9 è relativa all'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.

Le segnalazioni di Incident Reporting sono state prese in carico dal Risk Manager generando **6 Significant Event Audit (SEA)** oltre che ad azioni di miglioramento.

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.

I dati della presa in carico si riferiscono sia alle segnalazioni pervenute tramite la piattaforma TaleteWeb, che alle segnalazioni cartacee pervenute alla U.O.C. Sicurezza dei pazienti e gestione Rischio Clinico e alla U.O.C. Servizio Prevenzione e Protezione.

	SEGNALAZIONI PERVENUTE	SEGNALAZIONI PRESE IN CARICO	SEGNALAZIONI SENZA SEGUITO*	SEGNALAZIONI PRESE IN CARICO CON AZIONI CORRETTIVA	SEGNALAZIONI PRESE IN CARICO CON RCA	SEGNALAZIONI PRESE IN CARICO CON SEA	SEGNALAZIONI PRESE IN CARICO CON ALTRE AZIONI	SEGNALAZIONI DA PRENDERE IN CARICO
<b>2022</b>	50	50	16	12	0	6	16	<b>0</b>
<b>2021</b>	39	37	14	8	0	5	11	<b>2</b>
<b>2020</b>	69	68	18	3	2	3	42	<b>1</b>
<b>2019</b>	35	26	2	1	1	2	20	<b>9</b>
<b>Totale</b>	<b>193</b>	<b>181</b>	<b>50</b>	<b>24</b>	<b>3</b>	<b>16</b>	<b>89</b>	<b>12</b>

Tabella 11 – 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.

Nella Tabella 12 si riportano gli eventi segnalati nel 2022 e i relativi Piani di Miglioramento:

Tabella 12- eventi segnalati 2022

TIPOLOGIA EVENTI	n°	Descrizione degli eventi	Piano di miglioramento
NEAR MISS	5	Tra gli eventi segnalati in piattaforma aziendale: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 su 5 eventi riguardano possibili errori legati alla terapia farmacologica per mancata utilizzazione del Foglio Unico di Terapia e per la presenza di farmaci LASA;</li> <li>• 1 <i>near miss</i> riguarda la mancata sanificazione di un dispositivo medico al termine dell'intervento operatorio, che non ha generato danno, in quanto è stato impedito da un altro operatore, che ha provveduto a sanificare il dispositivo.</li> </ul>	Per i <i>near miss</i> riguardanti 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 mancata sanificazione del dispositivo medico, trattandosi di un caso isolato, si procederà con un audit presso la struttura in caso di ripetizione di evento analogo.
CADUTE ACCIDENTALI (CA)	20	Sono state segnalate 20 cadute di pazienti ricoverati e nello specifico: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 14 nella stanza di degenza;</li> <li>• 5 nel bagno;</li> <li>• 1 in sala operatoria.</li> </ul>	Sono state realizzate 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)	20	Le aggressioni agli operatori sanitari sono avvenute nelle UU.OO. di seguito indicate: <ul style="list-style-type: none"> <li>• n. 9 presso la Sanità Penitenziaria;</li> <li>• n. 4 presso SPDC Salerno;</li> <li>• n.1 presso 118;</li> <li>• n.6 SPDC Vallo della Lucania.</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 stata proposta un sistema di videosorveglianza per le UU.OO. maggiormente a rischio (SPDC, Sanità Penitenziaria, 118 e Pronto Soccorso).
EVENTI AVVERSI	1	L'unico evento avverso segnalato si è verificato a causa del cattivo funzionamento di un rubinetto di connessione a tre vie stopcock, che è scoppiato sotto pressione e ha determinato l'apertura della via di infusione della terapia.	Il caso è stato esaminato in collaborazione con la Farmacia, al fine di proporre una sostituzione del dispositivo difettoso.
EVENTI SENTINELLA (ES)	9	Sono stati segnalati 9 eventi sentinella: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 8 atti di violenza a danno di operatore (delle 20 aggressioni segnalate);</li> <li>• 1 evento "morte di un feto di peso superiore a 2500 grammi".</li> </ul>	Per gli eventi sentinella "Violenza su operatore sanitario" è stata programmata un'attività di addestramento e formazione in collaborazione con il Servizio Prevenzione e Protezione per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari. Per l'evento morte di un feto di peso superiore a 2500 grammi è stato condotto un audit con gli operatori coinvolti nel percorso assistenziale.
INFEZIONI	19	Delle 19 infezioni segnalate n. 8 sono comunitarie, mentre altre n. 11 sono Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA). I batteri più comuni rilevati sono: clostridium difficile, acinetobacter baumannii legionella, salmonella e klebsiella.	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. È stato programmato un percorso formativo dedicato alla prevenzione e sorveglianza delle ICA.

## ANDAMENTO DELLA GESTIONE PROATTIVA

L'analisi degli eventi sentinella registrati nella nostra azienda ha evidenziato che le cause e i fattori predisponenti più frequentemente individuati sono:

- fattori umani e fattori organizzativi (organizzazione del lavoro, conoscenze, competenze, formazione/addestramento);
- inadeguata applicazione di Raccomandazioni, Protocolli Assistenziali e Procedure (insufficiente adesione);

Le azioni attuate a seguito della segnalazione di eventi avversi sono state:

- l'attivazione di Significant Event Audit (SEA) per gli eventi di maggiore gravità;
- il coinvolgimento del servizio di Prevenzione e Protezione nelle attività di Audit a seguito di violenza a danno di operatori sanitari;
- attività di addestramento, formazione e condivisione delle Procedure aziendali.

Le Procedure aziendali revisionate ed implementate nel 2022, finalizzate alla sicurezza dei pazienti, sono state le seguenti:

- Procedura aziendale relativa alla Raccomandazione Ministeriale n. 9: “Raccomandazione per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali”, adottata con delibera del D.G.n.276 del 28/02/2022;
- PDTA” *Patient Blood Management*”, adottato con delibera del D.G. n.738 del 31/05/2022;
- Istruzioni Operative relative alla Raccomandazione Ministeriale n. 1: “*Raccomandazione sul corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio - KCL - ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio*” e alla Raccomandazione Ministeriale n.12: “*Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci “Look-Alike/Sound-Alike*”, adottate con delibera del DG n.1135 del 26/09/2022;
- Procedura Aziendale per l'impiego dei medicinali *off-label*, adottata con delibera del DG n.1299 del 16/11/2022;
- “*Istruzione Operativa per la PREVENZIONE DEGLI ERRORI IN TERAPIA FARMACOLOGICA*” – Raccomandazioni Ministeriali n. 7, n. 18, n. 19 e ISTRUZIONE OPERATIVA PER LA RICONCILIAZIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA- Raccomandazione Ministeriale n. 17. adottate con delibera n.1497 del 31/12/2022.



## **FORMAZIONE**

Le Attività Formative sono state le seguenti:

- Nel mese di giugno 2022 è stato organizzato e realizzato un Corso teorico pratico per la prevenzione delle Aggressioni a danno degli Operatori Sanitari a cui hanno partecipato circa 100 operatori delle UU.OO. ad alto rischio di aggressioni (Pronto Soccorso, Reparti Psichiatrici, Case Circondariali).
- Nel mese di novembre 2022 è stato organizzato e realizzato un Corso di Formazione “La gestione informatizzata del Rischio Clinico” per diffondere l’implementazione del software Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico a cui hanno partecipato 100 operatori sanitari individuati dalle Direzioni Sanitarie dei Presidi Ospedalieri, dei Distretti Sanitari e dei Dipartimenti Strutturali.

## OBIETTIVI REGIONALI

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 regionali 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.

**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 valutare l'applicazione delle procedure aziendali implementate in riferimento alle Raccomandazioni Ministeriali**

**Indicatore 1.**

**Esecuzione di una edizione del Corso entro Dicembre 2023**

**Standard =1**

**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.***

**Attività 2.**

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

**Indicatore 2.**

**n. segnalazioni pervenute/numero segnalazioni prese in carico**

**Standard =100%**

<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>

## OBIETTIVI AZIENDALI LINEE DI INTERVENTO PER L'ANNO 2023

Il PNCAR 2022-2025 (Piano Nazionale di Contrasto dell'antibiotico resistenza) prevede la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezze che favoriscano l'adozione delle misure di contrasto dell'antibiotico resistenza. Inoltre il PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza), nella missione 6 Salute ha previsto lo sviluppo “delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario” e l'avvio di un piano straordinario di formazione per tutto il personale sanitario e non sanitario degli ospedali relativo alle infezioni ospedaliere. In tale ottica, questa azienda ha partecipato a tavoli tecnici regionali inerenti l'organizzazione di tale piano formativo che sarà implementato entro Dicembre 2023.

**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)**

**Indicatore 1.**

**Esecuzione di una edizione del Corso entro Dicembre 2023**

**Standard =1**

**Obiettivo 5. Prevenzione delle ICA (infezioni correlate all'assistenza)**

**Attività 1. Aggiornamento dei percorsi e procedure aziendali per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Ospedaliere**

**Indicatore 1.**

**n. di procedure implementate e/o revisionate / n. tot di procedure**

**Standard >50%**

**Obiettivo 6. Individuazione dei rischi associati ai processi Aziendali –fotografia del Rischio**

**Attività 1. Allo scopo di individuare correttamente i rischi associati ai processi, viene eseguita una valutazione nelle UU.OO.CC. dei Presidi Ospedalieri utilizzando opportuni strumenti per la raccolta di informazioni riguardo l'organizzazione, le strutture, le tecnologie e le risorse umane dell'Azienda.**

**Indicatore 1.**

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

**Standard =50%**

---

## 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)