



Deliberazione del Direttore Generale N. 233 del 28/03/2026

Proponente: Il Direttore UOC GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Oggetto: Piano Annuale Risk Management (P.A.R.M.) 2026

PUBBLICAZIONE

In pubblicazione dal 30/03/2026 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 ad interim Luigia Infante

ELENCO FIRMATARI

Gennaro Volpe - DIREZIONE GENERALE

Vincenzo Giordano - DIREZIONE SANITARIA

Chiara Di Biase - DIREZIONE AMMINISTRATIVA

Danilo Lisi - UOC GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Per delega del Direttore della UOC AFFARI GENERALI, Dr. Pasquale Cecere

Oggetto: Piano Annuale Risk Management (P.A.R.M.) 2026

Direttore UOC GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

A conclusione di specifica istruttoria, descritta nella narrazione che segue e i cui atti sono custoditi presso la struttura proponente, rappresenta che ricorrono le condizioni e i presupposti giuridico-amministrativi per l'adozione del presente provvedimento, ai sensi dell'art. 2 della Legge n. 241/1990 e s.m.i. e, in qualità di responsabile del procedimento, dichiara l'insussistenza del conflitto di interessi, allo stato attuale, ai sensi dell'art. 6 bis della legge 241/90;

Premesso

- **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;
- **che** il "Piano Annuale Risk Management (P.A.R.M.) 2026" è stato presentato al Collegio di Direzione nel corso della riunione del 26.03.2026, 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.) 2026".

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.

Considerato

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

Ritenuto

che è necessario adottare il "Piano Annuale Risk Management (P.A.R.M.) 2026" sulla base dei nuovi obiettivi pianificati sia in funzione delle criticità emerse nel corso dell'analisi degli Eventi segnalati alla u.o.c. Gestione del Rischio Clinico nell'anno 2025, sia in funzione di esigenze organizzative subentranti.

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.

Attestata

la conformità del presente atto alle norme sul trattamento dei dati di cui al D.lgs. 196/2003, così come integrato con le modifiche prodotte dal D.lgs. 101/2018 per l'adeguamento della normativa nazionale al Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e dalle successive introduzioni previste dalla legge 27 dicembre 2019 n. 160, che contiene principi e prescrizioni per il trattamento dei dati personali, anche con riferimento alla loro “diffusione”, e dichiarato di aver valutato la rispondenza del testo, compreso gli eventuali allegati, destinato alla diffusione per il mezzo dell'Albo Pretorio alle suddette prescrizioni e ne dispone la pubblicazione nei modi di legge;

PROPONE

1. di adottare il “Piano Annuale Risk Management (P.A.R.M.) 2026” che, allegato alla presente delibera, ne costituisce parte integrante e sostanziale;
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, agli Incaricati di Funzione Organizzativa ed a tutto il personale delle uu.oo. agli stessi afferenti che provvederanno a darne massima diffusione per la conseguente implementazione;
3. di rendere lo stesso immediatamente eseguibile, stante l'urgenza.

Il Direttore u.o.c. Gestione del Rischio Clinico

Dr. Dott. Danilo Lisi

(f.to Digitalmente)

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. Gennaro Volpe

individuato con D.G.R.C. n. 591 del 06/08/2025

immesso nelle funzioni con D.P.G.R.C. n. 109 del 08/08/2025

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

Acquisiti i pareri favorevoli del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo sotto riportati:

Il Direttore Sanitario Dr. Vincenzo Giordano (f.to digitalmente)

Il Direttore Amministrativo Avv. Chiara Di Biase (f.to digitalmente)

DELIBERA

per le causali in premessa, che qui si intendono integralmente richiamate e trascritte, di prendere atto della proposta di deliberazione che precede e, per l'effetto, di:

ADOTTARE il "Piano Annuale Risk Management (P.A.R.M.) 2026" che, allegato alla presente delibera, ne costituisce parte integrante e sostanziale;

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, agli Incaricati di Funzione Organizzativa ed a tutto il personale delle uu.oo. agli stessi afferenti che provvederanno a darne massima diffusione per la conseguente implementazione;

RENDERE lo stesso immediatamente eseguibile, stante l'urgenza.

Il Direttore Generale

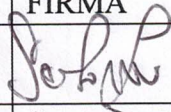
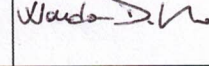
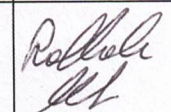
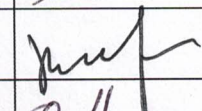
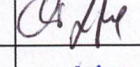
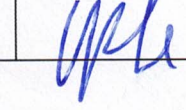
Dr. Gennaro Volpe

(f.to digitalmente)

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.) 2026

	NOME	FUNZIONE	FIRMA
REDAZIONE	Dott. Danilo Lisi	Direttore u.o.c Gestione del Rischio Clinico	
	Dott.ssa Wanda Di Vico	Dirigente Medico u.o.c. Gestione del Rischio Clinico	
	Dott. Raffaele Misefari	Incaricato di Posizione Professionale u.o.c Gestione del Rischio Clinico	
VERIFICA	Dott. Vincenzo Giordano	Direttore Sanitario	
	Avv. Chiara Di Biase	Direttore Amministrativo	
APPROVAZIONE	Dott. Gennaro Volpe	Direttore Generale	

INDICE

Introduzione

1 Ambito di applicazione

2. Struttura del PARM

2.1 Contesto organizzativo

2.2 Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

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

2.3 Sinistrosità e risarcimenti

2.4 Resoconto attività 2025

3. Matrice delle responsabilità

4. Obiettivi regionali

5. Obiettivi aziendali

6. Modalità di adozione aziendale del PARM

7. Riferimenti normativi

Introduzione

Il Piano Annuale di Risk Management (P.A.R.M.) rappresenta lo strumento per promuovere e realizzare iniziative per l'identificazione e gestione dei rischi all'interno dell'A.O.R.N. "Sant'Anna e Sebastiano" di Caserta.

L'Azienda è orientata a migliorare la sicurezza della pratica clinico-assistenziale a tutela dell'interesse del paziente/utente.

Con il presente atto vengono definiti, per l'anno in corso, gli obiettivi inerenti l'attività di Gestione del Rischio Clinico, pianificati sia in funzione delle criticità emerse nel corso dell'analisi degli Eventi segnalati alla u.o.c. Gestione del Rischio Clinico nell'anno 2025, sia in funzione di esigenze organizzative subentranti, per le quali si è reso necessario elaborare strategie operative atte a prevenire e gestire i rischi ed a garantire una maggiore sicurezza dei pazienti e degli operatori sanitari.

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

1. Ambito di applicazione

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

2. Struttura del PARM

2.1 Contesto organizzativo

Il contesto organizzativo dell'A.O.R.N. "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta, è sinteticamente descritto nella tabella 1 di seguito riportata.

Tabella 1- Dati strutturali e dati di attività

A.O.R.N. "SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO"	
DATI STRUTTURALI	
Indicatore	Riferimento
Estensione territoriale	/
Popolazione Residente	Bacino di utenza circa 1.000.000
Distretti Sanitari	/
Presidi Ospedalieri Pubblici	/
Posti letto Ordinari totali	418 (+13 posti letto tecnici culle per l'Assistenza Neonatale)
Posti letto Ordinari area medica	242
Posti letto Ordinari area chirurgica	176
Posti letto Diurni	68
Servizi Trasfusionali	1
Blocchi Operatori	3
Sale Operatorie	12
Terapie intensive	4 (uu.oo. Anestesia e Rianimazione, Anestesia e Terapia Intensiva Cardiovascolare, TIN, UTIC)
UTIC	1
Dipartimenti strutturali	8
SPDC	0
Altri Posti letto	13 culle per l'Assistenza Neonatale (posti letto tecnici)
DATI DI ATTIVITÀ AGGREGATI	
Indicatore	Riferimento
Ricoveri ordinari	12.969
Accessi PS	66.639
Branche Specialistiche	26
Ricoveri diurni	3.798
Neonati o Parti	1.073
Prestazioni ambulatoriali erogate da presidi pubblici	295.510

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

2.2 Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

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".

Art. 1 comma 539, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, come integrato dall'art.2, comma 5, della legge 8.3.2017 n. 24 "Le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivano un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (Risk Management), per l'esercizio

dei seguenti compiti: predisposizione di 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 internet della struttura sanitaria".

Il sistema di Incident Reporting ha consentito di raccogliere le segnalazioni relative ai Near Miss, agli Eventi Avversi e agli Eventi Sentinella occorsi in Azienda nel corso dell'anno 2025 e che di seguito si riportano.

Il numero totale delle segnalazioni pervenute alla u.o.c. Gestione del Rischio Clinico sono state 51, di cui 24 Near Miss, 21 Eventi Avversi e 6 Eventi Sentinella.

Tale trend è aumentato rispetto all'anno precedente, dimostrando una maggiore sensibilizzazione alla segnalazione degli eventi da parte degli operatori sanitari compresi i quasi eventi o Near Miss. Questo risultato è stato conseguito attraverso l'attività formativa posta in essere durante l'anno dal personale della u.o.c. Gestione del Rischio Clinico attraverso le varie edizioni del corso residenziale dal titolo "Corso teorico pratico: Applicazione nella pratica quotidiana delle procedure per la gestione del rischio clinico".

Le segnalazioni dei Near Miss, degli Eventi Avversi nonché degli Eventi Sentinella hanno, inoltre, rappresentato occasioni per effettuare Audit con gli operatori sanitari allo scopo di realizzare una ulteriore formazione sulle Procedure in uso in Azienda.

La tipologia di evento più frequentemente segnalato si conferma la caduta del paziente; nella maggioranza dei casi, la caduta non ha avuto conseguenze per il paziente (22 Near Miss) o è esitata in danno lieve (14 Eventi Avversi). Solo in una minoranza di casi (4 Eventi Sentinella) la caduta ha avuto esito lesivo maggiore. Analizzando gli eventi "caduta" classificati come Near Miss/Eventi Avversi è emerso che, nella maggioranza dei casi, i fattori contribuenti individuati sono stati fattori di rischio intrinseci riguardati condizioni di salute del paziente (condizioni generali precarie, deterioramento dello stato cognitivo, disturbi dell'equilibrio...). Tali pazienti erano stati correttamente valutati per rischio caduta secondo quanto previsto dalla Procedura Aziendale, predisponendo le opportune misure preventive personalizzate. Inoltre, i pazienti e/o i familiari erano stati informati del rischio di caduta e resi edotti sulle precauzioni e raccomandazioni da adottare durante il ricovero attraverso l'apposito modulo informativo, secondo quanto previsto dalla citata Procedura. Nonostante ciò, l'evento caduta si è verificato per la mancata osservanza da parte del paziente delle indicazioni fornite dal personale sanitario.

Gli Eventi Sentinella, di cui si riportano le specifiche nella sottostante tabella, sono stati inseriti sulla piattaforma telematica Ministeriale (NSIS-SIMES) mediante compilazione di scheda A e Scheda B e sono stati segnalati alla Direzione Generale per la Tutela della Salute Regionale della Giunta Regionale Campana. Near Miss: per quanto concerne i Near Miss non pertinenti l'evento "caduta" le segnalazioni hanno riguardato un near miss trasfusionale e un quasi errore in terapia farmacologica. In entrambi i casi il fattore

legato al sistema è stato individuato come responsabile dell'errore, proponendo come azione di miglioramento l'opportunità di apportare migliorie ai relativi sistemi applicativi in uso in Azienda.

Eventi Avversi: escludendo le “cadute”, le segnalazioni di Eventi Avversi hanno riguardato due casi di aggressione verbale al personale sanitario per i quali non sono state individuate possibili azioni di miglioramento essendo attribuibile l'evento all'imprevedibilità del gesto da parte dei familiari del paziente. Per i casi di allontanamento volontario del paziente e di contenzione fisica in occasione degli eventi sono stati effettuati dei refresh formativi rispettivamente sulla “Procedura per la prevenzione e la gestione dell'allontanamento volontario del paziente” di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. 1184 del 29/12/2023 e sul “Protocollo Operativo Aziendale per la tutela del paziente in caso di contenzione fisica” di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. 1163 del 12/11/2024. In merito allo stravasamento di chemioterapico, la non corretta applicazione della “Procedura per la prevenzione e la gestione degli stravasi di farmaci antitumorali” di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. 698 del 25/07/2023, è stato individuato come fattore contribuente al verificarsi dell'errore, predisponendo un refresh formativo sulla detta procedura. Una segnalazione ha riguardato il malfunzionamento di un dispositivo medico (protesi autoespandibile per sostituzione della valvola aortica), per il quale la Ditta Produttrice del device ha avviato la procedura di segnalazione per le relative attività in merito all'analisi del caso.

NEAR MISS

Descrizione	N.
Caduta	22
Near miss trasfusionale	1
Tempo di somministrazione farmacologico errato	1
Totale	24

EVENTI AVVERSI

Descrizione	N.
Caduta	14
Aggressione verbale ad operatore sanitario	2
Allontanamento volontario del paziente	2
Paziente contenuto tenta di bruciare i mezzi di contenzione	1
Malfunzionamento di dispositivo medico	1
Stravasamento di chemioterapico	1
Totale	21

EVENTI SENTINELLA

N.	Categoria evento	Azioni di miglioramento
1	Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richieda un successivo intervento o ulteriori procedure	Monitoraggio sulla corretta applicazione della Procedura Aziendale per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico
2	Morte o grave danno causato da violenza verso o nei confronti di operatore	In corso di istruttoria, con partecipazione di quasi il totale del personale assegnato alla u.o.c. in questione, è stata richiamata l'attenzione al corretto utilizzo delle azioni da intraprendere circa il corretto passaggio di consegne tra operatori sanitari e la corretta applicazione della procedura interna sulla contenzione fisica del paziente; per i prossimi tre mesi il personale della u.o.c. Gestione del Rischio Clinico effettuerà, almeno due volte al mese, safety walk around presso la sopracitata u.o.c. al fine di continuare ad aggiornare il personale sulla corretta applicazione delle procedure aziendali nonché a verificarne i comportamenti
3	Morte o grave danno per caduta di paziente	Non sono state accertate le cause e i fattori contribuenti a determinare l'Evento Sentinella.
4	Morte o grave danno per caduta di paziente	Nel corso dell'Audit effettuato con gli operatori coinvolti nell'evento e dall'analisi della documentazione clinica acquisita, si è avuto modo di appurare che la paziente, individuata come a rischio caduta, durante la degenza non è stata mai rivalutata relativamente a quanto previsto dalla Procedura Aziendale per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente. L'occasione è stata utile per informare il personale circa il recente aggiornamento della suddetta procedura. Pertanto, per i prossimi tre mesi, il personale della u.o.c. Gestione del Rischio Clinico effettuerà, almeno due volte al mese, Safety Walk Around presso la u.o.c. interessata al fine di continuare ad aggiornare il personale sulla corretta applicazione delle procedure aziendali nonché a verificarne i comportamenti.
5	Morte o grave danno per caduta di paziente	A seguito dell'analisi della documentazione clinica relativa al caso e nel corso dell'Audit esperito con gli operatori coinvolti nell'evento è emerso che gli stessi non hanno applicato il "Protocollo Operativo Aziendale per la tutela del paziente in caso di contenzione fisica". Pertanto, per i prossimi tre mesi il personale della u.o.c. Gestione del Rischio Clinico effettuerà, almeno due volte al mese, Safety Walk Around presso la u.o.c. interessata al fine di continuare ad aggiornare il personale sulla corretta applicazione delle procedure aziendali nonché a verificarne i comportamenti.
6	Morte o grave danno per caduta di paziente	Non sono state accertate le cause e i fattori contribuenti a determinare l'Evento Sentinella.

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	24 (47%)	22 (92%)	Tecnologici (6%)	Tecnologici (6%)	Incident reporting (100%)
Eventi Avversi	21 (41%)	14 (67%)	Organizzativi (0%)	Organizzativi (0%)	
			Procedure (12%)	Procedure (12%)	
Eventi Sentinella	6 (12%)	4 (67%)	Legati al paz (78%)	Legati al paz (78%)	
			Nessuno (4%)	Nessuno (4%)	

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

- ✓ Modifica dei Componenti del Comitato, Gruppo Operativo e Facilitatori di reparto del Comitato di Controllo – Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA), *Delibera del Direttore Generale n. 147 del 20.10.2025.*
- ✓ Modifica dei componenti del Programma Aziendale di Antimicrobial Stewardship - Adempimenti del "Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza"– *Delibera del Direttore Generale n. 229 del 13.11.2025.*
- ✓ Ampliato il sistema di *sorveglianza microbiologica attiva* a tutti i pazienti all'ingresso in reparto in regime di ricovero, mediante tamponi nasali per la ricerca di *Staphylococcus aureus* meticillino resistente e tamponi rettali per la ricerca di Enterobatteri resistenti ai carbapenemi.
- ✓ Pianificate n°38 edizioni, in ognuna delle quali sono stati previsti circa 35 discenti per il "Corso PNRR Missione 6 Componente 2 Sub Investimento 2.2 - Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario- Corso di formazione in Infezioni Ospedaliere". La Regione ha previsto per la nostra Azienda un Target di n° 874 discenti. Al 24 settembre (38 edizione e ultima pianificata per il 2025) sono stati formati 759 discenti.
- ✓ 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 ordinarie e straordinarie.
- ✓ È in fase di aggiornamento il sistema di informatizzazione del processo di segnalazione /isolamento dei germ alert denominato GAN (*Germ Alert Notification*).
- ✓ È in corso l'aggiornamento del cruscotto microbiologico epidemiologico che permette una reportistica degli esami microbiologici in tempo reale. L'implementazione permetterà di supportare

in modo più efficace i programmi di sorveglianza, rendendo immediatamente disponibili informazioni quali:

- numero di colture;
- microorganismi isolati;
- risultati degli antibiogrammi;
- profili di resistenza agli antibiotici.

✓ Revisionata e deliberata la Procedura Operativa per il “Controllo della diffusione di Clostridioides difficile in ambito ospedaliero” (*delibera del Direttore Generale n° 243 del 21/11/2025*).

✓ In corso di revisione le seguenti procedure operative:

- Aspirazione endotracheale e igiene del cavo orale;
- Tricotomia preoperatoria;
- Misure di Isolamento e precauzioni da adottare per i patogeni sentinella e microorganismi multiresistenti in ambiente ospedaliero: procedura aziendale e sezioni di approfondimento;
- Gestione accessi vascolari;
- Prevenzione infezioni ferita chirurgica;
- Prevenzione delle infezioni del tratto urinario;
- Corretta esecuzione dell'emocoltura;
- Pulizia, Sanificazione e Disinfezione ambientale dell'AORN;
- La gestione del paziente con tubercolosi.

✓ In corso di approvazione

- Regolamento CC-ICA
- Procedura di Sorveglianza: monitoraggio Microbiologico ambientale

✓ Ricognizione del fabbisogno di dispositivi, di verificata efficacia, finalizzati al contenimento delle ICA e successivo invio di richiesta per l'acquisto:

- *Soapy Clean Machine*: sistema automatizzato per l'igiene delle mani, utile a standardizzare le procedure e migliorare l'aderenza alle pratiche di decontaminazione;
- *Care Fort*: sistema automatico per l'isolamento e la gestione sicura dei rifiuti ospedalieri potenzialmente infetti;
- *Tende divisorie antibatteriche*: barriere fisiche trattate con agenti antimicrobici, finalizzate a

ridurre il rischio di trasmissione crociata negli ambienti assistenziali.

(Dati forniti dal Referente I.C.A. Aziendale e dall'Incaricato di Funzione Professionale Monitoraggio 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
2021	56	24	2.067.333,56	Assicurazione con franchigia aggregata annua
2022 (dal 17.02.2022)	40	30	1.925.700,98	Autoassicurazione
2023	39	46	7.441.241,87	Autoassicurazione
2024	55	33	3.748.765,85	Autoassicurazione
2025 (dal 01.01.2025)	42	35	4.719.300,00	Assicurazione Full Risk senza franchigia
Totale	232	168	19.902.342,26	

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

2.4 Resoconto delle attività 2025

OBIETTIVO 1

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

Attività 1

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

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

Standard = 1

Realizzata: Si,

- ✓ Applicazione nella pratica quotidiana delle procedure per la gestione del rischio clinico
(24.03.25, 05.05.25, 08.09.25, 06.10.2025)

Attività 2

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

Indicatore: Partecipazione ad almeno un evento formativo

Standard = 1

Realizzata: Si,

- ✓ PNRR Missione 6, Componente C2, Investimento 2.2b- Modulo B pratico
- ✓ Il consenso ai trattamenti sanitari
- ✓ Corso di formazione di primo livello in materia di dispositivo vigilanza
- ✓ Gestione e prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori
- ✓ Nuove tecnologie in sala operatoria

Attività 3

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

Indicatore: Numero di Giornate Nazionali/Regionali svolte

Standard : 100% dei coinvolgimenti

Realizzata: Si, partecipazione alla giornata nazionale sicurezza delle cure del 17.09.2025 (cfr prot n. del Prot. 0026015/u del 07/08/2025)

Attività 4

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

Indicatore: Numero di eventi avversi/sentinella registrati

Standard = 100%

Realizzata: Si, 27 Eventi Avversi/Sentinella registrati/27 Audit

Attività 5

Promozione della cultura dell'Audit: effettuazione di Audit Proattivi

Indicatore: Numero di Audit Proattivi programmati

Standard = 100%

Realizzata: Si, 08 Audit proattivi

OBIETTIVO 2

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

Attività 1

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

Indicatore: n. segnalazioni pervenute/numero prese in carico

Standard = 100%

Realizzata: Si, n. 51 segnalazioni/ 51 prese in carico

Attività 2

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

Indicatore: Procedure Aziendali individuate per la revisione

Standard: n° procedure revisionate uguale a quelle individuate

Realizzata: Si, n. 2 procedure individuate/ n. 2 procedure revisionate

- ✓ Procedura per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente (Revisione n° 1 Deliberazione del Direttore Generale n° 279 del 28 novembre 2017) - Deliberazione del Direttore Generale n. 335 del 28/03/2025.
- ✓ Procedura sulla prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0 – Revisione Deliberazione n. 211 del 16.09.2020 / Istruzioni operative utilizzo del sistema BIOTRAC- Deliberazione del Direttore Generale n. 703 del 02/07/2025.
- ✓ Piano Aziendale di Potenziamento ed Efficientamento del Pronto Soccorso dell'AORN di Caserta (Revisione Deliberazione del Direttore Generale n. 1067 del 29.12.2022 ai sensi del D.G.R.C. n. 37 del 05.02.2025)-Deliberazione del Direttore Generale n. 315 del 15.12.2025).

Attività 3

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

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

Standard: SI / NO

Realizzata: Modello organizzativo aziendale per la gestione del rischio clinico (Revisione Delibera n. 143 del 08.03.2018)- Deliberazione del Direttore Generale n. 16 del 12.01.2026

Attività 4

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

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

Standard : 90%

Realizzata: Si, monitoraggio effettuato attraverso il sistema CSA

Attività 5

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

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

Standard : 90%

Realizzata: Si, monitoraggio effettuato attraverso il sistema CSA

Attività 6

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

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

Standard : 90%

Realizzata: si, monitoraggio effettuato attraverso il sistema CSA

OBIETTIVO 3

Attività del Team Rischio Clinico

Attività 1

Partecipazione alle attività regionali in tema di rischio clinico

Indicatore: Partecipazione alle attività

Realizzata: Si, adozione delle buone pratiche rispondenti alla "Call 2025" sul tema internazionale "Safety care for every new born and every Child" (cfr Prot. 0023505/u del 15/07/2025)

Attività 2

Monitoraggio attività rischio clinico 2025

Indicatore: n. monitoraggi regionali richiesti

Standard : 100%

Realizzata: Si, Monitoraggio Nazionale AgeNas recato dal D.M. 19 dicembre 2022-Edizione 2025 (cfr. Prot. 0034106/u del 30/10/2025)

Attività 3

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

Indicatore: Pubblicazione

Standard : SI / NO

Realizzata: Si

Attività 4

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

Indicatore: Pubblicazione

Standard : SI / NO

Realizzata: Si

Attività5

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

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

Standard: 100%

Realizzata: Si, n. 3 Procedure, Protocolli, Istruzioni operative e Raccomandazioni aziendali prodotte nell'anno 2025/ n. 3 Procedure, Protocolli, Istruzioni operative e Raccomandazioni aziendali pubblicate nell'anno 2025

- ✓ Procedura per la conservazione e il trasporto di campioni per esami istologici (Deliberazione del Direttore Generale n. 280 del 14.03.2025)
- ✓ Piano Annuale Risk Management (P.A.R.M.) 2025 (Deliberazione del Direttore Generale n. 334 del 28/03/2025)
- ✓ Documento di indirizzo Aziendale per la gestione del Consenso Informato ai trattamenti sanitari (Deliberazione del Direttore Generale n. 148 del 20/10/2025)

Attività 6

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

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

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

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

Realizzata: Si, n. 6 segnalazioni inserite sul SIMES entro 5 gg / n. 6 totale di segnalazioni pervenute
n. 6 segnalazioni gestite ed inviate entro 45 gg / n. 6 totale di segnalazioni aperte

Attività 7

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

Indicatore: Tutte le raccomandazioni

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

Realizzata: Si, Monitoraggio relativo al 2024 (Prot. 0025503/u del 01/08/2025)

Attività 8

Partecipazione alle riunioni del Comitato Valutazione Sinistri

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

Standard: 90%

Realizzata: Si

Attività 9

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

Indicatore: n. denunce inserite nel Sistema Informativo Simes

Standard : 100%

Realizzata: Si

3. Matrice delle responsabilità

Tabella 3- Matrice delle responsabilità

Azione	u.o.c. Gestione del Rischio Clinico	Direttore Sanitario	Direttore Generale	Direttore Amministrativo
Redazione	R	C	C	C
Adozione	C	C	R	C
Monitoraggio	R	C	C	C
Analisi e Valutazioni	R	C	C	C

Legenda: R = Responsabile C = Coinvolto

4. Obiettivi Regionali

Operando secondo le linee guida regionali per la stesura del PARM, sono stati portati gli obiettivi strategici da declinare in linee di attività da implementare nel corso dell'anno 2026.

Gli obiettivi strategici definiti a livello regionale sono i seguenti:

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

5. Obiettivi Aziendali

Al fine del raggiungimento degli obiettivi strategici stabiliti a livello regionale, l'A.O.R.N. "S. Anna e S. Sebastiano" di Caserta ha programmato per il 2026 le attività di seguito illustrate, definendo per ognuna di esse gli indicatori e gli standard.

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

OBIETTIVO 1

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

Attività 1

Progettazione ed effettuazione di un nuovo corso di formazione relativo alla "Gestione del Rischio Clinico" mirato a migliorare l'applicazione delle procedure aziendali in linea con le Raccomandazioni Ministeriali

Indicatore Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il Dicembre 2026

Standard = 1

Attività 2

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

Indicatore: Partecipazione ad almeno un evento formativo entro il Dicembre 2026

Standard = 1

Attività 3

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

Indicatore: Numero di Giornate Nazionali/Regionali svolte

Standard : 100% dei coinvolgimenti

Attività 4

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

Indicatore: n. di riunioni programmate/numero di riunioni eseguite

Standard : 1

Attività 5

Promozione della cultura dell'Audit: effettuazione di Audit Proattivi su tematiche di Rischio Clinico

Indicatore: n. di riunioni programmate/numero di riunioni eseguite

Standard: 1

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.

Indicatore: n. segnalazioni pervenute/numero prese in carico

Standard = 1

Attività 2

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

Indicatore:

n. procedure individuate per la revisione / n. procedure revisionate

Standard: $\geq 90\%$

Attività 3

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

Indicatore: Definizione del documento entro il 31/12/2026 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: $\geq 90\%$

Attività 5

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

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

Standard: $\geq 90\%$

Attività 6

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

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

Standard: $\geq 90\%$

OBIETTIVO 3

Attività del Team Rischio Clinico

Attività 1

Partecipazione alle attività regionali in tema di rischio clinico

Indicatore: Partecipazione alle attività

Standard: 100%

Attività 2

Monitoraggio attività rischio clinico 2026

Indicatore: n. monitoraggi regionali richiesti

Standard: 100%

Attività 3

Relazione Risarcimenti erogati anno 2026 (Legge 8 marzo 2017 n. 24, art. 4 comma 3)

Indicatore: Pubblicazione sul sito internet aziendale

Standard : SI / NO

Attività 4

Relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi anno 2026 (Legge 8 marzo 2017 n. 24, art. 2 comma 5)

Indicatore: Pubblicazione sul sito internet aziendale

Standard: SI / NO

Attività 5

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

Indicatore: n. Procedure, Protocolli, Istruzioni operative e Raccomandazioni aziendali prodotte nell'anno 2026/ n. Procedure, Protocolli, Istruzioni operative e Raccomandazioni aziendali pubblicate nell'anno 2026

Standard: 1

Attività 6

Tempestiva trasmissione dei flussi al sistema SIMES: Segnalazione dell'Evento Sentinella mediante Scheda A e conseguente trasmissione della Scheda B entro 60 giorni solari dall'invio della Scheda A

Indicatore: numero eventi sentinella segnalati/n. eventi sentinella inseriti in piattaforma SIMES nei tempi

Standard: 1

Attività 7

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

Indicatore: Tutte le raccomandazioni

Standard: 100%

Attività 8

Partecipazione alle riunioni del Comitato Valutazione Sinistri

Indicatore: n. partecipazioni alle riunioni / n. di riunioni organizzate dalla u.o.c. Affari Legali

Standard: $\geq 90\%$

Attività 9

Gestione del Flusso informativo NSIS – SIMES anno 2026 (Monitoraggio degli Errori in Sanità)

Indicatore: n. denunce inserite nel Sistema Informativo Simes

Standard: 100%

6. Modalità' di adozione aziendale del PARM

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

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

7. Riferimenti normativi

1. Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”;
2. Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante “Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”
3. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
4. Legge regionale 23 dicembre 2015, n. 20. “Misure per introdurre la cultura della responsabilità nell’organizzazione sanitaria nonché migliorare i servizi ai cittadini. Modifiche alla legge regionale 3 novembre 1994, n. 32 (Decreto legislativo 30/12/1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, riordino del servizio sanitario regionale)
5. Decreto 51 del 04/07/2019 Regione Campania: Integrazione requisiti per l’accreditamento istituzionale delle strutture pubbliche e private;
6. DGRC n.19 del 18.1.2020 prende atto e recepisce il Piano triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art.2 comma 88, della Legge 23 Dicembre 2009 n.191, approvato con Decreto Commissario ad Acta (DCA) n.6 del 17.1.2020;
7. DGRC n.35 del 08.2.2021 – Istituzione del Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente. Legge 8 marzo 2017, n. 24.
8. DD n. 99 del 16.12.2022 ad oggetto “Approvazione Linee di indirizzo per l’elaborazione del PARM”
9. Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie”.
10. Delibera n.325 del 26/04/2022-Piano Annuale di Risk Management PARM 2022 A.O.R.N S. Anna e S. Sebastiano di Caserta
11. Delibera n. 290 del 29/03/2023 - Piano Annuale di Risk Management (P.A.R.M.) 2023 A.O.R.N S. Anna e S. Sebastiano di Caserta
12. Delibera n.421 del 03/04/2024 - Piano Annuale Risk Management (P.A.R.M.) 2024 A.O.R.N S. Anna e S. Sebastiano di Caserta
13. Deliberazione del Direttore Generale n. 334 del 28/03/2025- Piano Annuale Risk Management (P.A.R.M.) 2025 A.O.R.N S. Anna e S. Sebastiano di Caserta
13. Ministero della Salute, Dipartimento della programmazione, dei dispositivi medici, del farmaco e delle politiche a favore del SSSN ex Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, Ufficio 3 - Qualita', Rischio Clinico e Programmazione Ospedaliera-Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella-luglio 2024.