

Piano annuale di Risk Management (PARM) 2026

RISULTATI ANNO 2025 – PIANO ANNO 2026

Risk Manager dott.ssa Anna Bellissimo



INDICE

Introduzione	pag. 3
Contesto Organizzativo	pag. 6
Matrice delle responsabilità	pag. 8
Relazione consuntiva sulle attività di risk management	pag. 9
Incident reporting aziendale 2021-2025	pag. 11
Andamento della gestione reattiva	pag.12
Andamento della gestione proattiva	pag.15
Relazione sorveglianza ICA 2025	pag.16
Dati relativi ai sinistri liquidati nel 2025	pag.18
Formazione 2025	pag.19
Obiettivi aziendali e linee di intervento per l'anno 2026	pag.20
Modalità di adozione/diffusione aziendale del PARM	pag.22
Riferimenti normative	pag.22
Bibliografia e sitografia	pag.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 producono nell'insieme 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 siano 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” ai 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*", ha 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.

L'ASL Salerno in linea con le indicazioni regionali di monitoraggio delle poste di bilancio inerenti il fondo rischi a copertura dei contenziosi, adottate con deliberazione della Direzione Generale Tutela della Salute n. 938/2024, ha avviato le attività finalizzate al miglioramento degli aspetti economico finanziari nelle tre direttrici delle note di credito, esigibilità crediti e due diligence fondo rischi. Obiettivo della misura è garantire le risorse per fronteggiare contenziosi e assicurare quanto necessario per le ordinarie attività assistenziali. L'attività consente di evitare incongrue esposizioni di rischio e migliora anche la fiducia di operatori e stakeholders circa l'utilizzo delle risorse.

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 D.D. N. 99 del 16/12/2022 ha approvato le linee d'indirizzo per l'elaborazione, la trasmissione alla Regione e la pubblicazione sul sito aziendale del PARM dando indicazioni a tutte le Aziende sanitarie pubbliche, le strutture private di ricovero, accreditate e non, e gli Ospedali Classificati.

Il piano è elaborato 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. La Legge n. 24/2017, inoltre, 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.

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 2025.

Sempre in ottemperanza a quanto previsto dal D.D. n. 99 del 16/12/2022 nel PARM 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.

L'ASL Salerno partecipa agli adempimenti LEA rischio clinico, al monitoraggio AGENAS per l'implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali sulla sicurezza dei pazienti, al monitoraggio Rilevazione Sicurezza come previsto dal DM 19/12/2022. Inoltre, conferisce i dati al SIMES per gli eventi sentinella, partecipa alla Sorveglianza della mortalità materna, progetto dell'Istituto Superiore di Sanità.

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 km², 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 1.055.372 (dati ISTAT al 1° gennaio 2025) e rappresenta il 19% della popolazione regionale (Tab.1).

Nella provincia di Salerno insistono 158 comuni:

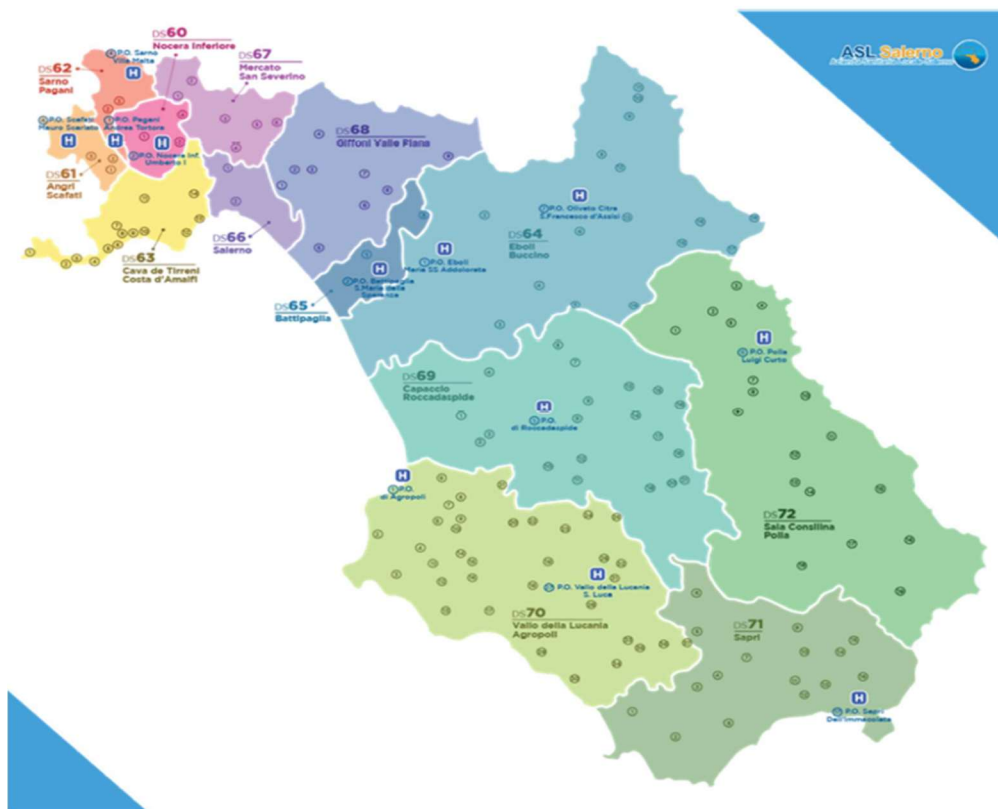
- 19 con un elevato grado di urbanizzazione e una popolazione residente pari al 61% del totale;
- 27 con un livello medio di urbanizzazione e una popolazione residente pari al 20%;
- 112 con un basso livello di urbanizzazione e una popolazione residente pari al 19%.

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 ²
Popolazione Residente	1.055.372 (dati ISTAT al 1° gennaio 2025)
Distretti Sanitari	13
Presidi Ospedalieri Pubblici	12
Posti letto Ordinari totali	1811
Posti letto Ordinari attivi	1287
Posti letto ordinari area medica	684
Posti letto ordinari area chirurgica	603
Posti letto Diurni	217
Servizi Trasfusionali	5
Blocchi Operatori	10
Sale Operatorie	46
Terapie intensive	11
UTIC	6
Dipartimenti strutturali	3
SPDC	3
Altri Posti letto	
DATI DI ATTIVITÀ AGGREGATI	
Indicatore	Riferimento
Ricoveri ordinari	46.133
Accessi PS	262.612
Branche Specialistiche	26
Ricoveri diurni	20.485
Neonati o Parti	Neonati 3434 e Parti 3419
Prestazioni ambulatoriali erogate da presidi pubblici	104.117

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;
- **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 e valutazione del PARM;
- **Direttore Generale**: si impegna a 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' di RISK MANAGEMENT.

Incident reporting aziendale

Nel corso del 2025 le segnalazioni di incident reporting sono pervenute all'email dell'U.O.C. RISK MANAGEMENT: sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico, nelle more del perfezionamento della procedura amministrativa per l'acquisizione del sistema informatico per la gestione del rischio clinico.

In totale sono pervenute 62 segnalazioni (Grafico 1), in particolare:

- n.9 near miss;
- n.6 eventi avversi;
- n.6 cadute accidentali;
- n. 30 aggressioni;
- n. 1 infezione;
- n. 5 eventi sentinella.

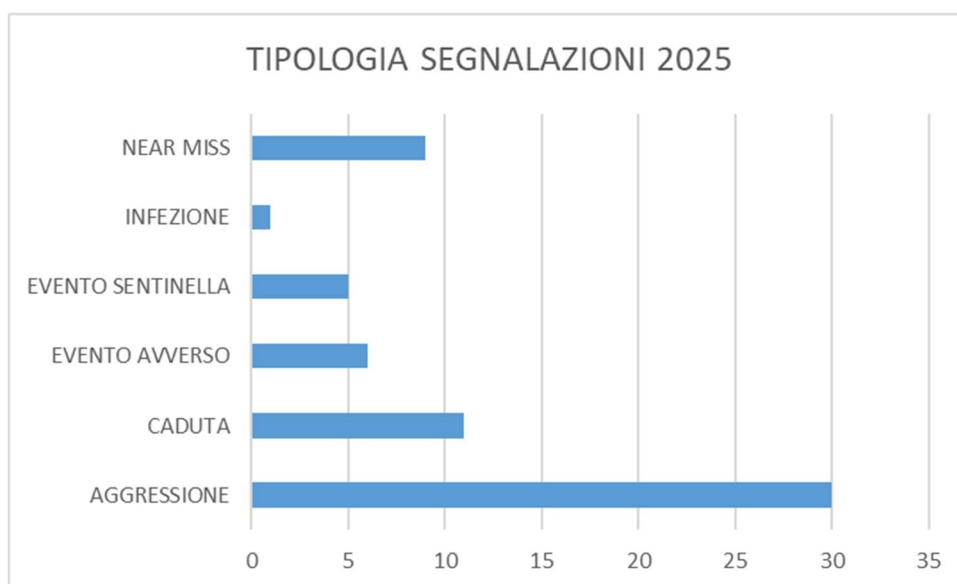


Grafico 1. Tipologia delle segnalazioni pervenute nel 2025

In particolare, gli eventi più segnalati sono le aggressioni a danno degli operatori sanitari. Delle 30 segnalazioni pervenute 19 sono di tipo verbale, 7 di tipo verbale e fisico e 4 fisiche (Grafico 2).

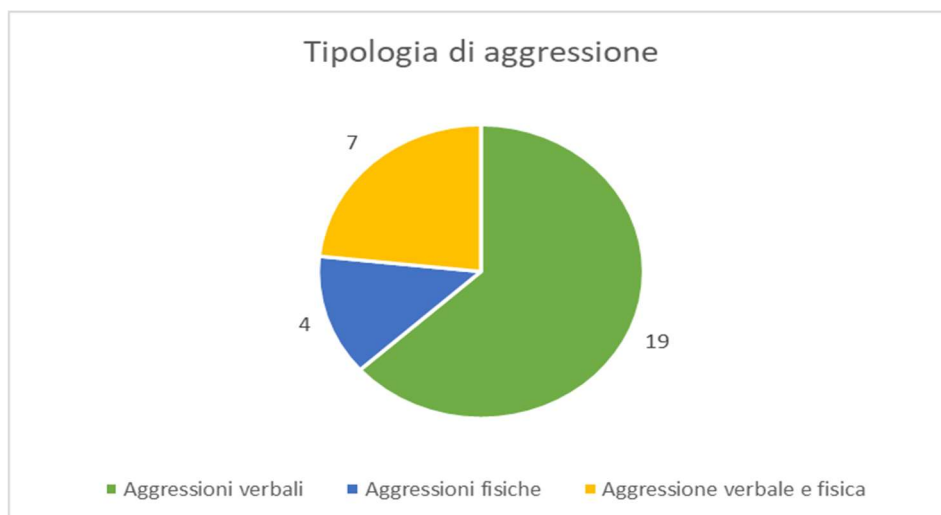


Grafico 2. Tipologia di aggressioni



Nella Tabella n.3 sono riportate i dati relativi ai presidi/strutture territoriali segnalanti e nel grafico n.3 sono specificate le relative percentuali.

Presidi/strutture territoriali	Cadute	Aggressioni	Near miss	Eventi sentinella	ICA	Evento avverso	Tot
P.O Umberto I, Nocera Inferiore	2	0	5	2	0	3	12
P.O. Martiri di Villa Malta, Sarno	4	7	0	1	0	0	12
P.O. Andrea Tortora, Pagani	0	2	1	0	0	0	3
P.O. Santa Maria della Speranza, Battipaglia	1	1	1	0	0	1	4
P.O. Maria SS Addolorata, Eboli	2	0	1	1	1	0	5
P.O. Luigi Curto, Polla	0	0	0	0	0	0	0
P.O. Agropoli	0	0	0	0	0	0	0
P.O. Roccadaspide	1	0	0	0	0	1	2
P.O. Mauro Scarlato, Scafati	0	0	0	0	0	0	0
P.O. San Luca, Vallo della Lucania	0	2	1	1	0	0	4
P.O. San Francesco d'Assisi, Oliveto Citra	1	0	0	0	0	1	2
Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), P.O. Vallo della Lucania	0	2	0	0	0	0	2
Ser.D. (Servizi dipendenze)	0	8	0	0	0	0	8
118	0	1	0	0	0	0	1
U.O.S.D. Tutela Salute Adulti e Minori Area Penale - Salerno	0	7	0	0	0	0	7
Totale	11	30	9	5	1	6	62

Tabella n.3 Presidi e strutture territoriali segnalanti

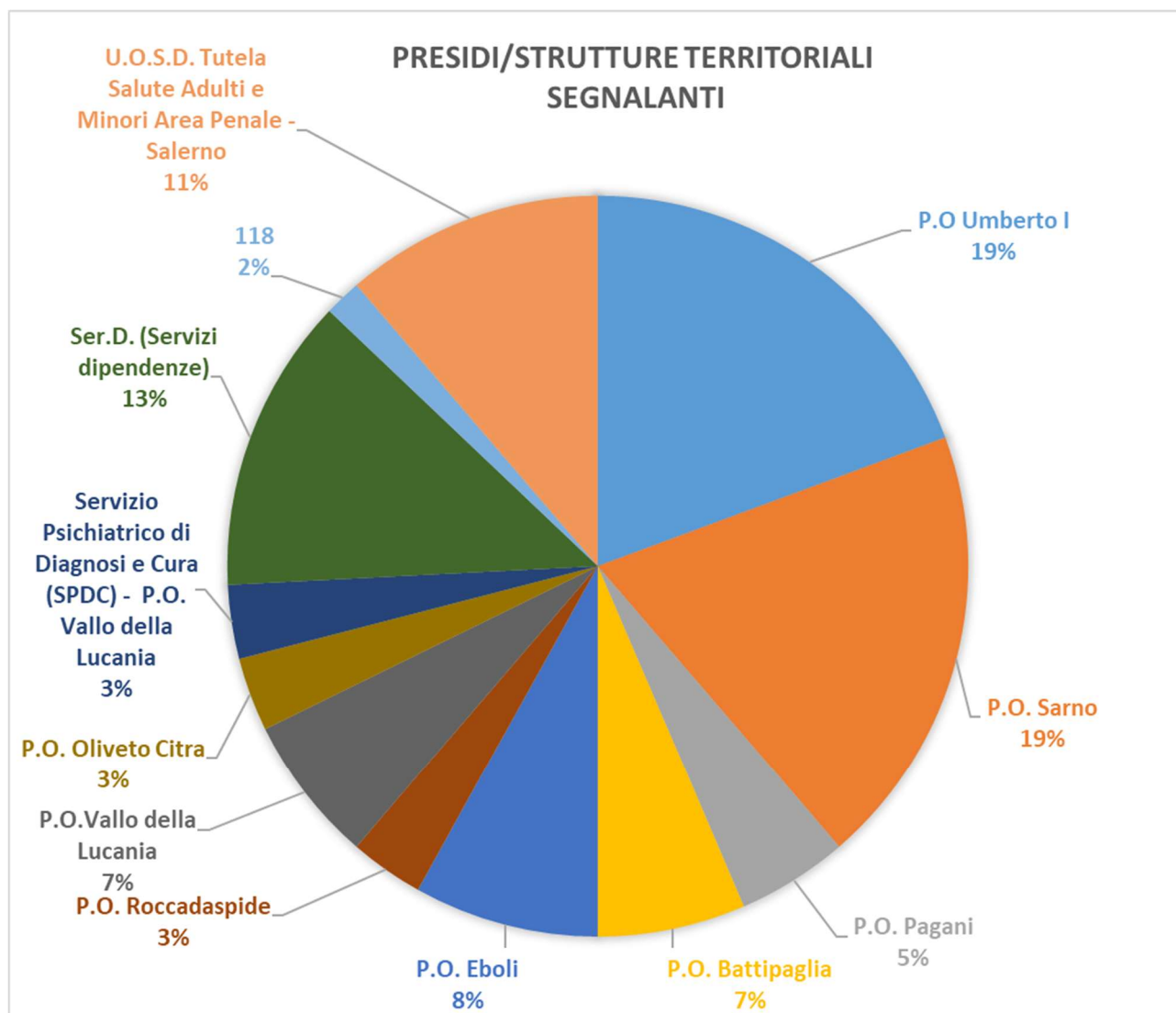


Grafico n.3 Presidi e strutture territoriali segnalanti in percentuale

Andamento dei dati relativi all'incident reporting aziendale 2021-2025

Dal confronto con i dati relativi all'incident reporting aziendale 2021-2025 (Tab.4 e grafico 4) si evince quanto segue:

- sono diminuite le segnalazioni relative alle cadute accidentali dei pazienti verosimilmente perché è stata adottata la scheda valutazione rischio caduta per i pazienti di età superiore a 65 anni che è parte integrante della cartella clinica. Tuttavia, 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,
- sono diminuite le segnalazioni di infezioni correlate all'assistenza poiché la loro gestione è in capo ai CIO Presidiali;
- le segnalazioni di aggressioni sono aumentate, ma risultano diminuite quelle nelle strutture a maggior rischio di aggressione che sono attualmente dotate di Bodycam (Dipartimento di Salute Mentale, Sanità Penitenziaria ed Emergenza Territoriale-118). Questi dispositivi hanno funzionato da effettivo deterrente per gli atti di violenza nei confronti del personale sanitario.

Il maggior numero di segnalazioni di aggressione è pervenuto dal dipartimento dipendenze per il quale si è già attivata la procedura per l’acquisizione delle Bodycam.

Anno	Near miss	Evento avverso	Caduta accidentale	Aggressioni	Evento sentinella	Infezioni	Totale
2025	9	6	11	30	5	1	62
2024	32	2	30	25	1	10	100
2023	7	1	24	38	1	13	84
2022	5	1	20	12	9	19	66
2021	5	0	18	16	0	13	52
Totale	58	10	103	121	16	56	364

Tabella 4. Incident Reporting Aziendale 2021 – 2025

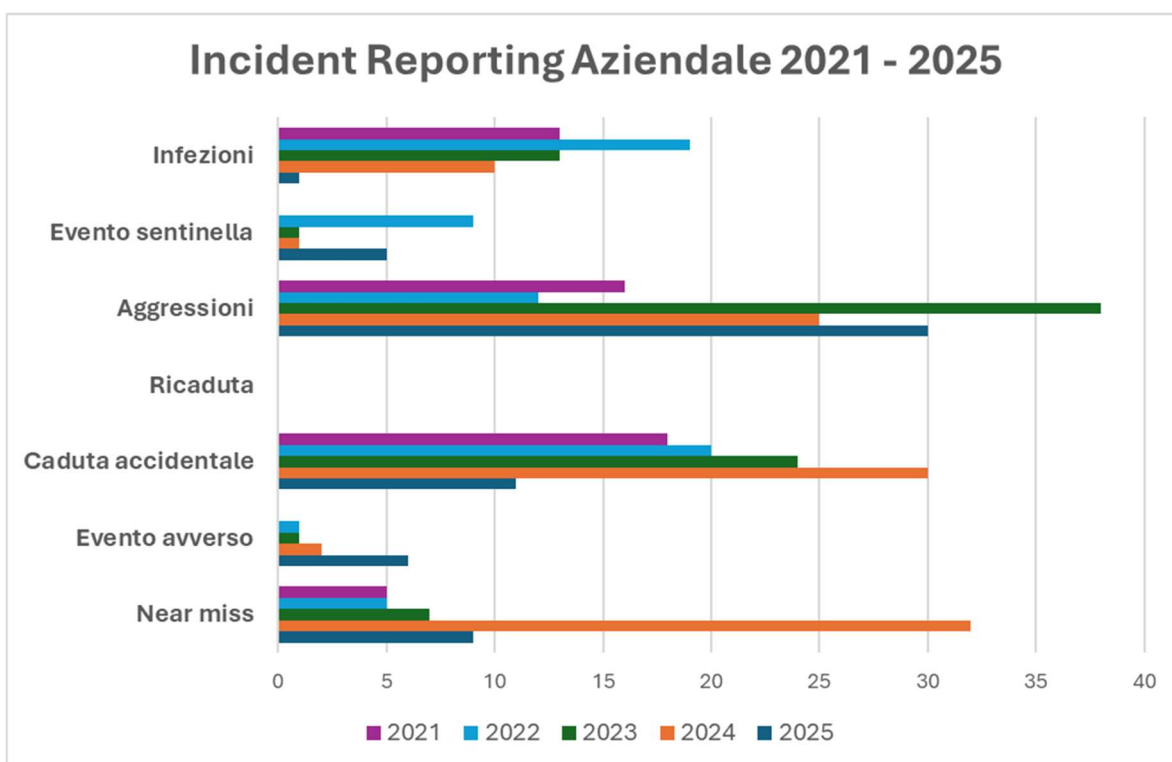


Grafico 4 Incident Reporting Aziendale 2021 – 2025

ANDAMENTO DELLA GESTIONE REATTIVA

L’andamento dell’attività di presa in carico nel quinquennio 2021-2025 è riportato nella Tabella n.5. Le segnalazioni pervenute nell’anno 2025 sono state prese tutte in carico.

In particolar modo:

- n. 9 non hanno avuto seguito;
- n. 16 sono state prese in carico con azioni correttive;
- n. 9 sono state prese in carico con Audit reattivi ed il coinvolgimento dei professionisti interessati;
- n. 28 sono state prese in carico con altre azioni di miglioramento quali attività di addestramento, formazione e condivisione delle Procedure aziendali.



Gli eventi sentinella occorsi sono stati presi in carico tramite Audit e sono stati segnalati sulla piattaforma SIMES (Sistema Informativo Monitoraggio Errori in Sanità) del Ministero della Salute con i relativi piani di miglioramento.

SEGNALAZIONI								
	PERVENUTE	PRESE IN CARICO	SENZA SEGUITO	PRESE IN CARICO CON AZIONI CORRETTIVA	PRESE IN CARICO CON RCA	PRESE IN CARICO CON AUDIT REATTIVO	PRESE IN CARICO CON ALTRE AZIONI	DA PRENDERE IN CARICO
2025	62	62	9	16	0	9	28	0
2024	104	104	4	18	0	18	64	0
2023	84	84	15	3	0	0	66	0
2022	50	50	16	12	0	6	16	0
2021	39	37	15	8	0	5	11	2
Totale nel quinquennio	339	337	59	57	0	38	185	2

Tabella 5. Andamento dell'attività di presa in carico nel quinquennio 2021-2025

La tipologia degli eventi segnalati ed i relativi piani di riferimento nell'anno 2025 sono evidenziati nella Tab. n. 6



TIPOLOGIA EVENTI	n°	Descrizione degli eventi	Piano di miglioramento
NEAR MISS	9	Tra gli eventi segnalati: <ul style="list-style-type: none"> • inosservanza procedura aziendale isolamento paziente infetto • ricovero inappropriato in medicina • malfunzionamento clampaggio cordone ombelicale • caduta pannello culla • errata somministrazione dosaggio farmaco • assenza aspiratori oro tracheali • dati paziente errati nella richiesta di emocomponenti • pazienti psichiatrici ricoverati direttamente in SPDC senza adeguato triage in PS 	Refresh delle procedure già esistenti ed implementazione di nuove istruzioni operative
CADUTE ACCIDENTALI	11	Sono state segnalate 11 cadute di pazienti ricoverati avvenute nella maggior parte dei casi nelle camere di degenza, in particolare dal letto	Nelle unità operative segnalanti sono stati effettuati dei safety walkaround in collaborazione con il Servizio di Prevenzione e Protezione e sono state individuate e concordate specifiche azioni di miglioramento strutturali ed organizzative
AGGRESSIONE OPERATORE	30	Le aggressioni agli operatori sanitari sono state come di seguito indicate: <ul style="list-style-type: none"> • n. 19 di tipo verbale; • n.7 di tipo verbale e fisico; • n.4 di tipo fisico 	Si utilizzano Bodycam presso la Sanità Penitenziaria, SPDC e 118. Nel 2026 è prevista l'implementazione anche presso il SERD. Inoltre, presso le UU.OO. di Pronto Soccorso è stato istituito il servizio di psicologia per attività di mediazione comunicazione tra professionisti sanitari e pazienti/caregivers
EVENTI AVVERSI	6	<ul style="list-style-type: none"> • n.1 cannula spezzata in accesso venoso • n.1 lesione arteria poplitea, complicanza prevista nel consenso informato • n.1 ferita durante trasferimento carrozzina/letto • n.1 puntura accidentale arteria omerale durante prelievo venoso • n. 2 eventi avversi relativi alla non corretta attribuzione del codice triage 	Gli eventi segnalati sono stati presi in carico tempestivamente per evitarne il riaccadimento degli stessi. Per l'errata attribuzione del codice triage è prevista una specifica formazione nonché l'aggiornamento della Procedura Aziendale
EVENTI SENTINELLA	5	<ul style="list-style-type: none"> • n.1: Errore trasfusionale correlato ad incompatibilità ABO, Rh, Duffy, Kell, Lewis; • n.1: Morte o grave danno in neonato sano a termine (≥ 37 settimane) non correlata a malattie congenite; • n.1: Morte o grave danno per caduta di paziente; • n. 2: Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale 	A seguito degli eventi sentinella occorsi sono stati realizzati Audit. Gli eventi sono stati segnalati sulla piattaforma SIMES (Sistema Informativo Errori in Sanità) del Ministero della Salute con i relativi piani di miglioramento
INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA)	1	n.1 infezione da Rickettsia	L'infezione segnalata è stata trattata tempestivamente e presa in carico dal CIO Presidiale

Tab. 6: Tipologia eventi segnalati e relativi piani di miglioramento – anno 2025

Nella tab. n. 7 sono rappresentati i fattori causali/ contribuenti agli eventi analizzati:

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	9 (14,52%)	/	Strutturali (5%)	Strutturali (5%)	Sistema di reporting (100%)
Eventi Avversi	47 (75,8%)	99,95%	Tecnologici (5%) Organizzativi (60%)	Tecnologici (5%) Organizzativi (60%)	
Eventi Sentinella	5 (8,06%)	0,05%	Procedure (30%)	Procedure (30%)	

Tab. n. 7: Fattori contribuenti degli eventi 2025 sottoposti ad analisi

ANDAMENTO DELLA GESTIONE PROATTIVA

Le Procedure aziendali revisionate ed implementate nel 2025, finalizzate alla sicurezza dei pazienti, sono state le seguenti:

- Delibera DG n.49 del 21.01.2025 - Recepimento Accordo Stato - Regioni sul documento "Linee Di Indirizzo per il Governo del Percorso del Paziente Chirurgico Programmato " - Recepimento ed istituzione gruppo Strategico e di Programmazione;
- Delibera DG n. 231 del 26.02.2025 "Istruzione Operativa Aziendale per la corretta acquisizione del consenso informato" e contestuale istituzione del Tavolo Tecnico Permanente;
- Delibera DG n. 520 del 08.04.2025 Approvazione "Istruzione Operativa Aziendale per la recisione e il clampaggio del cordone ombelicale alla nascita";
- Delibera DG n.1105 del 17.07.2025 Adozione Linee di indirizzo Aziendali per l'antibiotico profilassi perioperatoria.



RELAZIONE SORVEGLIANZA ICA 2025

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.

Il Piano Nazionale per il Contrasto all'Antibiotico-Resistenza 2022-2025, nell'ambito della Sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza, stabilisce come azione quella di *“Proseguire e rafforzare le attività iniziate per il triennio 2017-2020 per estendere prioritariamente a livello nazionale le sorveglianze esistenti”*. La sorveglianza è un aspetto essenziale dei programmi mirati a ridurre il rischio di infezioni correlate all'assistenza.

La Asl di Salerno è da anni impegnata, con attenzione e sensibilità, ad intraprendere e incentivare attività per il contrasto delle ICA.

Nel 2024 è stato ricostituito il CIO Aziendale quale organo di coordinamento delle attività dei CIO Presidiali (Delibera DG n. 861 del 30/05/2024). Gli obiettivi del CIO Aziendale 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;
- rafforzamento del controllo e della sorveglianza dei pazienti colonizzati/infetti da organismi resistenti;
- formazione del personale.

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

- 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 Risk Management: 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.
- 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 e 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.



Nella Tab. n. 8 vengono riportati i dati relativi al numero di interventi sorvegliati nell'anno 2025 nei PP.OO. afferenti all'ASL Salerno, suddivisi per specialità:

Interventi sorvegliati	Chirurgia	Ostetricia	Ortopedia	Totale
Presidi				
P.O. Umberto I, Nocera Inferiore	31	36	17	84
P.O. Martiri di Villa Malta, Sarno	136	167	0	303
P.O. Andrea Tortora, Pagani	0	/	/	0
P.O. Santa Maria della Speranza, Battipaglia	155	166	0	321
P.O. Maria SS Addolorata, Eboli	0	/	0	0
P.O. Roccaspide	0	/	0	0
P.O. Luigi Curto, Polla	53	30	56	139
P.O. San Luca, Vallo della Lucania	24	0	154	178
P.O. San Francesco d'Assisi, Oliveto Citra	91	/	154	245
P.O. Dell'immacolata, Sapri	94	51	93	238
Totale	584	450	474	1508

Tab. n. 8: Interventi sorvegliati nel 2025

Gli interventi maggiormente sorvegliati nel 2025 riguardano: protesi anca, colecistectomia e taglio cesareo.

Dati relativi ai sinistri liquidati nel 2025

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

- importi pagati dall'azienda a titolo di risarcimento (2021-2025) a seguito di transazioni, relativamente alla polizza che copriva il rischio RTC dell'azienda in vigore dal 20/04/2015 al 20/04/2019 (importi rientranti in franchigia) **euro 2.343.351,77**;
- importo pagato dalla compagnia a seguito di transazioni **euro 7.648.370,35**;
- Importo pagato dall'azienda a seguito di sentenze/ordinanze (comprensivo di spesa capitale, spese di CTU, spese legali), **euro 32.549.610,54**.

Richieste risarcimento pervenute nel 2025:

Tabella 8. Tipologia del danno

Tipologia Danno	
Decesso	24
Caduta	3
Infezione	15
Altro	87
Totale	129

Tabella 9. Macrocentri

Macro-centri	
P.O Umberto I, Nocera Inferiore	30
P.O. Martiri di Villa Malta, Sarno	18
P.O. Andrea Tortora, Pagani	4
P.O. Santa Maria della Speranza, Battipaglia	10
P.O. Maria SS Addolorata, Eboli	17
P.O. Luigi Curto, Polla	3
P.O. Agropoli	1
P.O. Roccadaspide	3
P.O. Mauro Scarlato, Scafati	1
P.O. San Luca, Vallo della Lucania	18
P.O. San Francesco d'Assisi, Oliveto Citra	4
P.O. Dell'immacolata, Sapri	8
118	6
Distretto 67	1
Saut	1
Altro	4
Totale	129

Tabella 10. UU.OO. coinvolte

UU.OO. coinvolte	
Assistenza primaria	1
Cardiologia	4
Chirurgia generale	21
Neurochirurgia	4
Gastroenterologia	1
Medicina Generale	2
Medicina trasfusionale	1
Neonatologia	1
Ostetricia e ginecologia	6
Oculistica	3
Ortopedia	28
Otorino	1
Pronto Soccorso	28
Urologia	1
Neurologia	3
Oncologia	1
Altro	23
Totale	129

FORMAZIONE

Le Attività Formative del 2025 sono state le seguenti:

- Corso PNRR- Missione 6, Componente C2 -Investimento 2.2b relativo alla sorveglianza e prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA);
- Corso di formazione, con crediti ECM, dal titolo “Sorveglianza e consapevolezza: la sfida delle infezioni del sito chirurgico”;
- Corso teorico-pratico per infermieri strumentisti di sala operatoria progetto formativo realizzato presso il Centro di Simulazione Aziendale;
- Attività di addestramento sul corretto lavaggio delle mani attraverso il dispositivo Semmelweiss presente in tutti i presidi ospedalieri;
- Corso di formazione dal titolo “Wound care tra presente e futuro”, relativo alla corretta gestione delle piaghe da decubito.



OBIETTIVI AZIENDALI E LINEE DI INTERVENTO ANNO 2026

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.

Obiettivo 1. <i>Diffondere la cultura della sicurezza delle cure attraverso la formazione del personale sulla prevenzione e gestione del Rischio.</i>
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 2026
Standard =100%

Obiettivo 2. <i>Migliorare l’appropriatezza assistenziale ed organizzativa, promuovendo interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.</i>
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%



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

Obiettivo 4. <i>Diffondere la cultura della sicurezza delle cure attraverso la formazione del personale sulla prevenzione e gestione del Rischio Infettivo</i>
Attività 4. Progettazione ed effettuazione di un Corso aziendale sulla Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) e sull'uso appropriato degli antibiotici
Indicatore 4. Realizzazione di una edizione del Corso entro dicembre 2026
Standard =100%

Obiettivo 5. Aggiornamento delle procedure Aziendali relative alla sicurezza delle cure
Attività 5. Adozione e/o revisione delle procedure Aziendali relative alla sicurezza delle cure
Indicatore 5. n. di procedure revisionate / n. tot di procedure adottate
Standard = >20%

Obiettivo 6. <i>Diffondere la cultura della sicurezza delle cure attraverso la formazione del personale sull'importanza dell'incident reporting</i>
Attività 6. Progettazione ed effettuazione di un Corso aziendale teorico-pratico sull'importanza dell'incident reporting
Indicatore 6. n. di incontri formativi / n. di Presidi Ospedalieri
Standard =100%



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 nella sezione “Amministrazione trasparente” 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.

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;
- Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2024:
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3462_allegato.pdf.