



452

31 MAR. 2025

DELIBERAZIONE N. _____ DEL _____

OGGETTO: Adozione Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2025 e Piano Annuale Infezioni correlato all'assistenza (PAICA) 2025

IL DIRETTORE SANITARIO

a seguito di specifica istruttoria, descritta nella narrazione che segue ed i cui atti sono detenuti presso la Struttura proponente, rappresenta che ricorrono le condizioni di ammissibilità ed i presupposti giuridico - amministrativi finalizzati all'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, allo stato attuale, l'insussistenza del conflitto di interessi, ai sensi dell'art. 6 bis della legge 241/90 e della Misura M04 del Piano triennale della prevenzione della corruzione e trasparenza;

PREMESSO che

- la 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” stabilisce all'art.1 comma 2 che “ la sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitari e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative”;
- la 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 il Decreto Commissario ad Acta (DCA) n.6 del 17.1.2020 nel quale, in particolare nei n.3 – Leve strategiche del SSR e il Programma n.4 – Strumenti per la Qualità del SSR sono delineate le strategie per un approccio multidisciplinare per la gestione della sicurezza del paziente;
- la prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) rappresenta un aspetto cruciale per la sicurezza delle cure e, pertanto, necessita la pianificazione di attività concordate e monitorate al fine di verificarne l'efficacia;

CONSIDERATO

- il documento denominato “ Linee di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale Risk Management (PARM) ” D.D. n. 99 del 16/12/2022, elaborato dalla Regione Campania al fine di dare indicazioni univoche alle Aziende per la stesura del Piano Annuale Risk Management (PARM), in attuazione degli adempimenti previsti dalla Legge 24/2017;
- che il Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi sentinella del Ministero della Salute, pubblicato in luglio 2024, ha aggiornato l'elenco degli Eventi Sentinella introducendo, tra gli altri, l'evento “Morte causata o concausata da infezioni correlate alle pratiche assistenziali ospedaliere” (n.16), con lo scopo di migliorare la sicurezza delle cure anche attraverso la valutazione e gestione del rischio di infezioni correlate all'assistenza e l'adozione di azioni correttive laddove possibile;

CONSIDERATA, altresì, la necessità di pianificare le azioni e gli interventi per migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, in linea con gli obiettivi indicati dal Piano Regionale della prevenzione (PRP) e dal Piano Nazionale di contrasto dell'Antibiotico Resistenza (PNCAR) al fine di armonizzare le attività di sorveglianza, prevenzione e controllo delle ICA e garantire standard comuni sia in ambito ospedaliero che territoriale;

VISTI

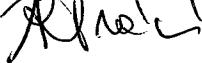
- la D.G.R.C. n.1688 del 26.11.2005;
- legge 8 marzo 2017 n. 24;
- D.C.A. n.6 del 17.1.2020;
- D.G.R.C. n. 19 del 18.1.2020;
- D.D. n. 99 del 16/12/2022;
- DM n.232/2023;
- la Circolare Ministero Sanità n.52/1985 Lotta Contro Le Infezioni Ospedaliere;
- il Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 della Regione Campania;
- Piano Nazionale di contrasto dell'Antibiotico Resistenza (PNCAR) 2022-2025;
- Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi sentinella del Ministero della Salute, luglio 2024;
- deliberazione dell'ASL AV n.1758 del 30.12.2024 ad oggetto “Comitato Aziendale per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (C.I.C.A.)”.

RILEVATA la necessità di adottare i documenti dal titolo “ Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2025 ” e“ Piano annuale delle infezioni correlate all'assistenza (PAICA) 2025 ” allegati al presente provvedimento, a formarne parte integrante e sostanziale;

ATTESTATA la legittimità della presente proposta, conforme alla normativa vigente ed ai regolamenti aziendali;

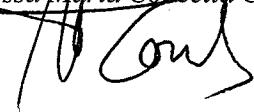
Il Direttore UOC QA - RC e Formazione

Dott.ssa Maria Rosaria Troisi



Il Direttore Sanitario

Dott.ssa Maria Concetta Conte



IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante

nominato con D.G.R.C. n. 324 del 21/06/2022

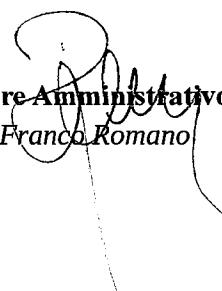
immesso nelle funzioni con D.P.G.R.C. n. 101 del 04/08/2022

immesso in servizio con la Delibera n. 1685 del 09/08/2022

- vista la proposta di deliberazione che precede, a firma del Direttore Sanitario;
- Con il parere favorevole reso, alla luce di tutto quanto sopra riportato ed attestato, dal Direttore Amministrativo con la sottoscrizione della presente proposta di provvedimento:

Il Direttore Amministrativo

Dott. Franco Romano

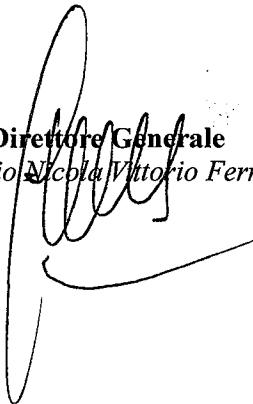


DELIBERA

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** i documenti denominati “ Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2025 ” e “ Piano annuale delle infezioni correlate all’assistenza (PAICA) 2025 ”, che allegati al presente provvedimento, ne formano parte integrante e sostanziale;
- **di trasmettere** copia del presente atto al Collegio Sindacale, come per legge, alla Direzione Aziendale proponente per la notifica alle Macrostrutture e ai servizi interessati per il seguuito di competenza;
- **di dare atto** che il provvedimento de quo è immediatamente eseguibile, al fine di ottemperare ai successivi adempimenti.

Il Direttore Generale
Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante



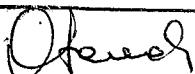
PUBBLICAZIONE E TRASMISSIONE

La pubblicazione del presente atto è a cura della UOSD Affari Generali e la sua durata è di giorni 15 dalla effettiva data di pubblicazione (caricamento sull'albo pretorio on line).

La trasmissione di copia della presente Deliberazione a Enti/Organi/interessati esterni all'ASL, espressamente indicati nell'atto, viene effettuata nelle modalità previste dalla normativa vigente dalla Struttura Proponente.

L'inoltro alle UU.OO. aziendali e/o ai destinatari interni all'ASL avverrà in modalità digitale, in ossequio alle disposizioni vigenti.

ASL AVELLINO
UO AFFARI GENERALI
Pubblicato il
31 MAR. 2025





PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT
2025

PG QA/RC n. 01
Rev: 01
Data: marzo 2025

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT
2025

Revisione del	Distribuzione controllata
Motivo Revisione	Presidio Ospedaliero di Ariano I.
Redazione	Presidio Ospedaliero di Sant'Angelo dei L. SPS di Bisaccia – Distretto di Sant'Angelo dei L. Hospice di Solofra- Distretto di Atripalda Strutture Residenziali Distretti Sanitari Cure Domiciliari
Verifica	Direttore Sanitario Direttore Amministrativo
Approvazione	Direttore Sanitario
Autorizzazione	Direttore Generale



PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT 2025

PG QA/RC n. 01
Rev: 01
Data: marzo 2025

SOMMARIO

1. PREMESSA

1.1 Ambito Di Applicazione

2. STRUTTURA DEL PARM

2.1 Contesto Organizzativo

2.2 Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

2.3 Descrizione della posizione assicurativa

3. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

4. OBIETTIVI

5. LINEE DI INTERVENTO

6. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARM

7. RIFERIMENTI NORMATIVI



1. PREMESSA

La legge 24/2017 stabilisce che la sicurezza delle cure è un elemento fondamentale del diritto alla salute, perseguita nell'interesse sia dell'individuo che della collettività. Rappresenta l'insieme di azioni volte a migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e a garantire la sicurezza dei pazienti. La Regione Campania con decreto il DD. N. 99 del 16.12.02.22 ha approvato le linee d'indirizzo per l'elaborazione del PARM dando indicazioni a tutte le strutture sanitarie pubbliche e private (accreditee e non) di elaborare il Piano Annuale di Risk Management e pubblicarlo sul sito aziendale istituzionale (art.4 comma 3 della L.8.3.2017 n.24). Il presente Piano Annuale di Risk Management (PARM) anno 2025 aggiorna l'atto istituzionale (PARM 2024) pubblicato con Delibera n. 489 del 02.04.2024.

Molti degli adempimenti in esso proposti rispondono a precisi obblighi normativi in tema di gestione del rischio clinico sia nazionali che regionali. L'obiettivo è ridurre le potenzialità di errore attivo nell'organizzazione, nonché di contenere la sinistrosità delle strutture e le relative richieste di risarcimento danni. Il PARM è frutto di un'attività integrata, per questo tutte le strutture aziendali deputate alla valutazione e alla riduzione degli eventi di rischio (UO QA/RC e Formazione - URP, UOSD Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale, UOSD Rapporti e Contenziosi Strutture Accreditate - Rapporti Assicurativi, etc.) collaborano alla rilevazione ed elaborazione delle informazioni necessarie alla definizione del Piano.

Il PARM della Asl Avellino si fonda su due principali elementi:

- Gestione del rischio clinico per garantire la sicurezza del paziente
- Monitoraggio e Sorveglianza delle procedure operative

1.1 Ambito di applicazione

Ai sensi di quanto previsto dalla Legge n. 24 - 8 marzo 2017, questo documento è rivolto a tutte le strutture ed articolazioni organizzative della ASL di Avellino, coinvolte nei processi di prevenzione e gestione del Rischio Clinico sia ospedaliero che territoriali (SPS, Strutture Residenziali, Cure Domiciliari), e potrà essere rimodulato alla luce di mutate e soprattute esigenze organizzative e normative.

2. STRUTTURA DEL PARM

2.1 Contesto organizzativo

L'Azienda Sanitaria Locale di Avellino, è un ente, senza fini di lucro, con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale, parte integrante del Sistema Sanitario della Regione Campania, avente la finalità di assicurare nel proprio territorio, corrispondente all'intera provincia, la tutela della salute della popolazione in conformità alla normativa nazionale e regionale, agli obiettivi stabiliti dalla Regione e ai livelli di assistenza definiti a livello nazionale e regionale.

L'Azienda garantisce la promozione, il mantenimento, la cura ed il recupero dello stato di salute della popolazione del territorio di competenza, attraverso l'erogazione di servizi sanitari e socio sanitari che soddisfano la richiesta ed il bisogno, secondo criteri di efficacia, efficienza ed appropriatezza. L'attuale organizzazione aziendale si articola, con un'uniforme ed integrata distribuzione dei servizi, in livelli di assistenza ospedaliera e territoriale ed è frutto della rimodulazione prevista dal nuovo Atto



PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT 2025

PG QA/RC n. 01
Rev: 01
Data: marzo 2025

Aziendale adottato in via definitiva con Delibera ASL AV n. 1094 del 24 luglio 2023 in esecuzione della DGRC. N. 389 del 30 giugno 2023 e successiva delibera ASL AV n. 1118 del 28 luglio 2023.

L'Assistenza Ospedaliera

L'Azienda, ai sensi del DCA 8/2018 e il DCA 29/2018, opera mediante 2 presidi a gestione diretta (P.O. Ariano Irpino e P.O. S. Angelo dei Lombardi) e n. 7 Case di Cura Accreditate con il SSR (Pineta Grande- ex Villa Ester, Villa Maria - Baino, S. Rita ,Villa Maria - Mirabella Eclano, Montevergine, Malzoni Villa dei Platani, Villa dei Pini). Si sottolinea che la Casa di Cura Pineta Grande (ex Villa Ester) ha terminato le attività il 21.06.2024.

I posti letto gestiti direttamente, secondo il DCA 103/2018 sono complessivamente n. 356 (n. 330 degenze ordinarie di area medica e chirurgica, n.18 di SPDC – attualmente ubicati presso l'AORN S.G. Moscati di Avellino, n.8 di DH Psichiatrico) di cui n. 111 (cod 75 e 56) sono gestiti dalla Fondazione Don Gnocchi sulla base di apposita convenzione di sperimentazione pubblico/privato. I posti letto del privato accreditato, in base al DCA 103/2018, DCA 45/2019, DCA 81/2019 e delibera ASL n. 609/2020 sono attualmente 518. L'assistenza ospedaliera, allineandosi alle direttive regionali, è stata programmata in considerazione di un incremento della complessità dei ricoveri ordinari e nel rispetto del giusto setting assistenziale.

L'Assistenza Territoriale

L'Azienda ha previsto il completamento e l'allineamento dell'assistenza territoriale secondo quanto previsto dal DM 77/2022 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale".

Il territorio dell'Azienda Sanitaria Locale di Avellino è suddiviso in 6 Distretti Sanitari (Distretto 01 - Ariano I., Distretto 02 - Monteforte I., Distretto 03 - S. Angelo dei Lombardi, Distretto 04 - Avellino, Distretto 05 - Atripalda, Distretto 06 - Baiano).

La ASL è impegnata nell'attuazione degli interventi previsti dal PNRR, quale potenziamento e riqualificazione del territorio e delle cure primarie, individuando nell'organizzazione degli Ospedali di Comunità e delle Case di Comunità, il livello intermedio di integrazione proprio tra ospedale e territorio ed ha, pertanto attivato le COT previste dal relativo Piano degli interventi, in linea con il cronoprogramma regionale.

Mediante le proprie strutture territoriali a gestione diretta, sono assicurate: l'attività clinica, la diagnostica strumentale e per immagini, l'attività di laboratorio, le attività consultoriali, l'assistenza psichiatrica, ai tossicodipendenti, agli anziani, ai disabili psichici, ai malati terminali ed ai detenuti nelle carceri. Inoltre sono garantite la programmazione, il coordinamento, il monitoraggio delle attività dell'Assistenza Primaria (MMG, PLS, CA, Specialistica ambulatoriale) che rappresenta la prima porta d'accesso ai servizi sanitari e socio sanitari del territorio dell'Assistenza farmaceutica attraverso le farmacie convenzionate.

La Prevenzione collettiva

La ASL AV promuove, attraverso il Dipartimento di Prevenzione (DP), azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti e con gli altri dipartimenti/ UU.OO. / Servizi, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline.



PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT 2025

PG QA/RC n. 01
Rev: 01
Data: marzo 2025

A partire dalle funzioni sopramenzionate il DP, per la sua missione di supporto tecnico-scientifico alle autorità sanitarie locali e regionali, è chiamato a garantire attività trasversali quali la preparazione e risposta rapida alle crisi/emergenze di natura infettiva, ambientale, ecc.
Di seguito si riportano i principali dati strutturali e di attività aziendali riferiti all'anno 2023.

DATI STRUTTURALI anno 2024

Indicatore	Riferimento
Estensione territoriale	In Kmq 2806,07
Popolazione residente	Numero 396.973*+14.807 (popolazione stranieri residenti)*
Distretti Sanitari	n. 6
Presidi Ospedalieri Pubblici	n. 2
Posti letto Ordinari totali	n. 356 (di cui n. 111 gestiti in collaborazione con la Fondazione Don Gnocchi)
Posti letto Ordinari area medica	n. 101
Posti letto Ordinari area chirurgica	n. 115
Posti letto Diurni	n. 8 SPDC a valenza diurna n. 4 DH Oncologia
Servizi Trasfusionali	Unità di Raccolta n.1
Blocchi Operatori	n. 2 (1 P.O. di Ariano I. e 1 P.O. di S. Angelo dei Lombardi)
Sale Operatorie	n. 5 (3 P.O. di Ariano I. e 2 P.O. di S. Angelo dei Lombardi)
Terapie Intensive	n. 1
Posti letto UTIC	n. 6
Dipartimenti strutturali	n. 2 (Salute Mentale e Prevenzione)
Posti letto SPDC	n. p.l. 18

DATI DI ATTIVITA' AGGREGATI

Indicatore	Riferimento
Ricoveri ordinari	n. 5.505
Accessi PS	n. 26.612
Branche Specialistiche	n. 27
Ricoveri diurni	n. 1.256
Neonati o Parti	n. 177



Prestazioni ambulatoriali erogate da presidi pubblici	n. 369.828
---	------------

2.2 Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

In riferimento agli adempimenti previsti dall'art. 2 comma 5 della Legge n.24 del 8 marzo 2017 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”, che prevede l’elaborazione di una relazione annuale sugli Eventi Avversi verificatesi all’interno delle strutture sanitarie, sulle cause che li hanno originati e sulle misure correttive adottate dall’Azienda, si comunica quanto segue: Nell’anno 2024 non sono pervenute segnalazioni di Eventi Sentinella/Eventi Avversi da parte delle strutture sanitarie aziendali.

Il sistema di sorveglianza aziendale include anche uno strumento di Incident Reporting, che permette la raccolta strutturata delle segnalazioni relative ad eventi indesiderati e/o near miss (quasi eventi), nonché il monitoraggio delle successive relative fasi di analisi, prevenzione e miglioramento, con l’obiettivo di ridurre il rischio di eventi futuri.

Si segnala che sono stati registrati i seguenti near miss :

- in data 08/02/2024 presso il P.O. Ariano Irpino - UOC Gastroenterologia (Tipologia: Puntura accidentale)
- in data 09/06/2024 - UOC Emergenza Territoriale (Tipologia: Atti di violenza a danno esercenti Professioni sanitarie)
- in data 21/10/2024 - DS Sant’Angelo dei Lombardi (Tipologia: Atti di violenza a danno esercenti Professioni sanitarie)

Si ribadisce che l’Azienda continua ad operare in ottica preventiva rispetto agli Eventi Sentinella e al monitoraggio previsto dalla normativa vigente, avviando diverse iniziative per la Gestione del Rischio Clinico.

Nel 2024, in particolare, sono state adottate le seguenti azioni:

- L’implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali:
 - Deliberazione n.251 del 13.02.2024 avente ad oggetto: Procedura Aziendale per l’osteonecrosi della mandibola/mascela da bifosfonati (Raccomandazione n.10 del Ministero della Salute);
 - Deliberazione n.1064 del 26.07.2024 avente ad oggetto: “Procedura Aziendale per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura” (Raccomandazione n.3 del Ministero della Salute);
 - Deliberazione n.1635 del 5.12.2024 avente ad oggetto: Procedura Aziendale per “Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all’interno del sito chirurgico” (Raccomandazione n.2 del Ministero della Salute).
- Presa d’atto dei seguenti protocolli:
 - Deliberazione n.1537 del 18.10.2024 avente ad oggetto: Presa d’atto “Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella- luglio 2024” a cura del Ministero della Salute.



PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT 2025

PG QA/RC n. 01
Rev: 01
Data: marzo 2025

- Nell'ottica dell'integrazione tra organismi aziendali deputati al coordinamento delle attività di prevenzione e gestione del rischio in ambito sanitario sono state elaborate in collaborazione con l'ex CIO Aziendale (CICA) le seguenti procedure operative:
 - Deliberazione n.336 del 6.03.2024 avente ad oggetto: Prevenzione delle infezioni delle vie urinarie;
 - Deliberazione n.515 del 9.04.2024 avente ad oggetto: Procedura per la prevenzione della polmonite associata a ventilazione artificiale VAP;
 - Deliberazione n.516 del 9.04.2024 avente ad oggetto: Procedura "Igiene delle mani".

Inoltre, sono stati realizzati, in collaborazione con gli operatori sanitari, con particolare attenzione all'ambito chirurgico, audit riguardanti:

- *Audit Organizzativo* sul "Manuale per sicurezza in sala operatoria" presso il P.O. di Ariano Irpino, con programmazione della revisione delle Raccomandazioni Ministeriali n. 2 "Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico" e n. 3 "Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura";
- *Audit Clinico* sul tema "Riduzione del tasso dei Tagli Cesari Primari" presso il P.O. di Ariano Irpino, con analisi a campione delle cartelle cliniche, mirata a individuare i casi di potenziale inappropriatezza a rischio secondo la classificazione di Robson.

Si conferma, infine, l'impegno dell'Azienda nella continua promozione della sicurezza delle cure e nella Gestione del Rischio Clinico, con particolare attenzione agli Eventi Sentinella e alle azioni di prevenzione.

Tabella 2 - Eventi segnalati nel 2024 (art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	03	0	Strutturali () Tecnologici () Organizzativi () Procedure/ Comunicazione (X)	Addestramento personale neo assunto su procedure operative / Raccomandazioni Ministeriali.	Sistema di reporting (100%)
Eventi Avversi	0	0		Sensibilizzazione sulla segnalazione degli eventi sentinella	
Eventi Sentinella	0	0			

Per quanto riguarda i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati dall'Azienda nell'ultimo quinquennio, come previsto dall'articolo 4 comma 3 della Legge 24/2017, si riportano di seguito, i valori forniti dalla UOSD Rapporti e Contenziosi Strutture Accreditate - Rapporti Assicurativi, cui è affidata la gestione flussi sinistri.



PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT 2025

PG QA/RC n. 01
Rev: 01
Data: marzo 2025

Tabella 3- Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (art. 4, c. 3 della L. 24/2017)

anno	n. di sinistri aperti	n. di sinistri liquidati	Risarcimenti erogati in euro
2020	38	6	367.130,00
2021	15	5	243.186,20
			1.426.145,48 (non rientranti nella garanzia assicurativa)
2022	11	4	511.485,95
2023	13	11	362.851,48
			49.368,80 (non rientranti nella garanzia assicurativa)
2024	22	21	1.050.368,13 1.742.712,95 (non rientranti nella garanzia assicurativa)
totale	99	47	5.793.248,99 (di cui 2.575.021,76 in regime assicurativo ed 3.218.222,23 non rientranti nella garanzia assicurativa)

2.3 Descrizione della posizione assicurativa

ANNO	Polizza (scadenza)	Compagnia Assicurativa	Premio in euro	Franchigia in euro	Brokeraggio
2020	RCH00010000003	AM TRUST ASS.NI spa	3.348.625,00	Art. 19 100.000 (R.M.)	NO
2021	RCH00010000003 Scad. 31/12/2022	AM TRUST ASS.NI spa	3.348.625,00	Art. 19 100.000 (R.M.)	NO
2022	RCH00010000003 Scad. 31/12/2023	AM TRUST ASS.NI spa	3.348.625,00	Art. 19 100.000 (R.M.)	NO
2023	RCH00010000003 Scad. 31/12/2024	AM TRUST ASS.NI spa	3.348.625,00	Art. 19 100.000,00 (R.M.)	NO



PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT 2025

PG QA/RC n. 01
Rev: 01
Data: marzo 2025

2024	RCH0001000003 Scad. 31/12/2025	AM TRUST ASS.NI spa	3.348.625,00 100.000,00 (R.M.)	Art. 19	NO
------	-----------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---------	----

3. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Si definiscono responsabilità relative alle fasi di:

Azione	Referente 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

In attuazione di quanto indicato nel citato documento regionale di indirizzo, DD n.99/2022, l’Azienda assume, quali obiettivi strategici per l’anno 2025, i seguenti, in continuità di quelli indicati nel Piano dell’anno precedente:

- 4.1 Diffondere la cultura della sicurezza delle cure attraverso la formazione del personale sulla prevenzione e gestione del rischio.
- 4.2 Migliorare l’appropriatezza assistenziale e organizzativa, promuovendo interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e/o contenimento degli eventi avversi.
- 4.3 Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.
- 4.4. Favorire la partecipazione alle attività regionali in tema di risk management.

Il raggiungimento di detti obiettivi prevede la massima condivisione dei principi del governo clinico da parte di tutti gli attori coinvolti nel piano degli interventi e delle azioni, in un’ottica integrata del rischio e del contenzioso.



5. LINEE DI INTERVENTO

Sulla base degli obiettivi riportati nel punto precedente, l’Azienda intende sviluppare e consolidare, per l’anno 2025, le seguenti linee di intervento:

5.1 Diffondere la cultura della Sicurezza delle cure.

5.1.1 Progettazione ed esecuzione nel 2°-3° trimestre 2025 del corso di formazione per la gestione e la prevenzione dalle aggressioni in collaborazione con UOSD Prevenzione e Protezione Aziendale.

5.1.2 Prosecuzione attività previste nel PARM 2024, relativamente agli incontri di sensibilizzazione del personale, particolarmente del personale neo assunto, sulle modalità di segnalazione degli eventi avversi.

Relativamente a questo punto, considerando la rilevante presenza sul territorio aziendale di strutture residenziali a gestione diretta, l’Azienda estende il sistema di segnalazione anche all’ambito territoriale. Il reporting degli eventi avversi, dei near miss e degli eventi sentinella, tradizionalmente sperimentato ed utilizzato in ambito ospedaliero, rappresenta un importante fonte informativa per la funzione di risk management anche nell’assistenza territoriale; infatti, i documenti tecnici di attuazione delle Raccomandazioni Ministeriali sono trasmessi e applicati anche a livello territoriale. La Struttura Polifunzionale per la Salute di Bisaccia rappresenta la prima struttura territoriale in cui è stato implementato questo sistema.

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

5.2.1 Aggiornamento e implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali, in particolare:

- Prosecuzione revisione del Manuale per la Sicurezza in Sala Operatoria: Raccomandazioni e checklist
- Raccomandazione n.5: Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO
- Raccomandazione n.6: Raccomandazione per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto

5.2.2 Esecuzione di almeno 4 Audit in ambito ospedaliero ed 1 in ambito territoriale.

5.2.3 Presa in carico degli Incident Reporting: near miss, aventi avversi e eventi sentinella.

5.2.4 Implementazione di un programma di PBM (patient blood management)

5.2.5 Adozione delle seguenti procedure operative/assistenziali a maggior rischio di errore e inappropriatezza, anche in riferimento all’attuazione delle azioni di disincentivazione al taglio cesareo:

- Procedura management dell’ipertensione in gravidanza



- Procedura prevenzione dell'emorragia post partum
- Utilizzo ossitocina nell'induzione e accelerazione del travaglio
- Strategie per uniformare gestione della PROM
- Strategie per la gestione della gravidanza protetta

5.2.5 Attuazione delle indicazioni regionali in materia di sicurezza degli operatori sanitari, in collaborazione con la UOSD Prevenzione e Protezione Aziendale;

5.3 Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.

5.3.1 Regolamento di organizzazione e funzionamento del Team Rischio clinico, con eventuale inserimento di nuove figure professionali.

5.3.2 Prosecuzione degli eventi formativi per il controllo ed la prevenzione delle ICA in coerenza con quanto previsto per la realizzazione dell'intervento PNRR Piano Operativo Regionale-Missione 6 Salute – componente 2 –Sub investimento 2.2. (b) Corso di formazione Infezioni Ospedaliere.

5.4 Favorire la partecipazione alle attività regionali in tema di risk management.

L'Azienda, attraverso la UOC QA/RC e Formazione, partecipa sistematicamente alle attività proposte dal Coordinamento Regionale Rischio Clinico, ed in particolare:

- Organizza la Giornata Nazionale sulla Sicurezza
- Esegue il monitoraggio periodico dell'implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali
- Monitoraggio degli Eventi Sentinella tramite SIMES
- Relaziona sulle Attività di monitoraggio degli eventi sentinella
- Partecipa al Progetto Near Miss Ostetrici
- Gestione flussi informativi ministeriali
- Effettua il monitoraggio periodico sulla stesura/pubblicazione del PARM da parte delle Strutture di ricovero Private Accreditate.

6. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARM

Al fine di consentire un corretto svolgimento di tutte le attività previste e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la Direzione Aziendale assicura la diffusione del PARM a tutti i livelli dell'organizzazione attraverso specifiche modalità informative quali:

- 1) Presentazione del Piano al Direttore Generale e approvazione dello stesso attraverso emanazione delibera aziendale;
- 2) Pubblicazione del Piano sul Sito Aziendale;
- 3) Presentazione del Piano durante lo svolgimento di riunioni Aziendali e di Presidio;
- 4) Presentazione del Piano durante le attività formative
- 5) trasmissione del PARM alla struttura Regionale di Coordinamento del Risk Management.

7. RIFERIMENTI NORMATIVI

1. Relazione sulla Performance Anno 2024 ASL AV - Deliberazione n. 384 del 17.03.2025.



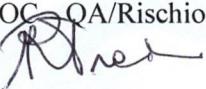
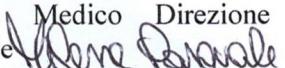
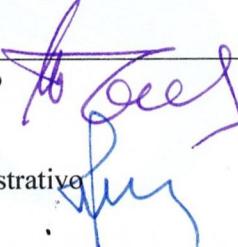
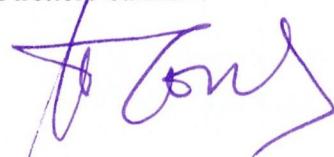
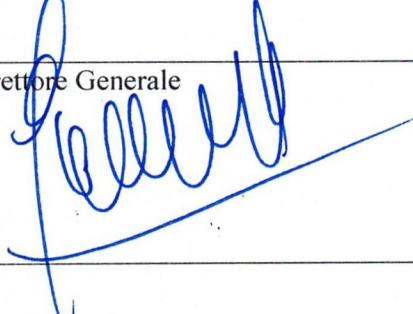
PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT
2025

PG QA/RC n. 01
Rev: 01
Data: marzo 2025

2. PIAO ASL AV 2025-2027 - Deliberazione n. 167 del 30.01.2025.
3. Presa d'atto "Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella-luglio 2024 a cura del Ministero della Salute - Deliberazione n.1537 del 18 nov.2024.
4. DM n.232/2023.
5. Determinazione Dirigenziale N. 99 del 16.12.2022 recante "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)".
6. DCA n. 51 del 04.07.2021 Regione Campania: "Integrazione requisiti per l'accreditamento istituzionale delle strutture pubbliche e private".
7. DGRC n. 35 del 08.02.2021 "Istituzione del Centro Regionale per la gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del paziente - Legge 8 marzo 2017 n. 24.
8. 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" e DM n.232/2023.
9. Legge 28 dicembre 2015, n. 208 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)".
10. Decreto Ministero della Salute del 11.12.2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità.
11. Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro".
12. Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008 recante "Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131.
13. DGRC n. 1688 del 26.11.2005 Implementazione e sviluppo nelle aziende sanitarie di strumenti per la gestione del Rischio Clinico.
14. 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".
15. D.P.R. 14 gennaio 1997 recante "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".
16. 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".

PIANO ANNUALE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

2025

Revisione del		Distribuzione controllata
Motivo Revisione		Presidio Ospedaliero di Ariano I.
Redazione	<p>Gruppo di Lavoro:</p> <p>Direttore UOC QA/Rischio Clinico e Formazione </p> <p>Dirigente Medico Direzione Sanitaria Aziendale </p>	<p>Presidio Ospedaliero di Sant'Angelo dei L.</p> <p>SPS di Bisaccia – Distretto di Sant'Angelo dei L.</p> <p>Hospice di Solofra- Distretto di Atripalda</p> <p>Strutture Residenziali</p> <p>Distretti Sanitari</p> <p>Cure Domiciliari</p>
Verifica	<p>Direttore Sanitario </p> <p>Direttore Amministrativo </p>	
Approvazione	<p>Direttore Sanitario </p>	
Autorizzazione	<p>Direttore Generale </p>	

	PIANO ANNUALE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA	PG ICA n. 01 Rev: 0 Data: marzo 2025
---	---	--

Sommario

ACRONIMI	3
1. PREMESSA	4
2. AMBITO DI APPLICAZIONE	6
2.1 Contesto organizzativo	6
2.2 Destinatari del documento	8
2.3 Costituzione del C.I.C.A.	8
2.4 Formazione del personale sanitario	9
3. SORVEGLIANZA	10
4. ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP PER UN USO PRUDENTE DEGLI ANTIBIOTICI	11
5. RESTITUZIONE DATI IN OTTICA DI UN MIGLIORAMENTO CONTINUO	12
6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	12
7. OBIETTIVI	12
7.1 Obiettivi specifici	13
8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PAICA	15
9. RIFERIMENTI	16

	PIANO ANNUALE INFETZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA	PG ICA n. 01 Rev: 0 Data: marzo 2025
---	--	--

ACRONIMI

ABR = Antibiotico-Resistenza

AMR = Antimicrobico-Resistenza

AFT = Aggregazione Funzionale Territoriale

CAUTI = (Catheter-associated urinary tract infection) Infekzioni delle vie urinarie associate all'uso di catetere

C.I.C.A. = Comitato Aziendale per il controllo delle infekzioni correlate all'assistenza

CIO = Comitato di Infekzioni Ospedaliere

CLABSI = (central line associated bloodstream infection) batteriemie associate all'uso di catetere venoso centrale

CRE = Enterobatteri Resistenti a Carbapenemi

CVC = Catetere venoso centrale

CVP = Catetere venoso periferico

DDD = Dosi definite giornaliere

ECDC = Centro Europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie

GDO = Giornate di degenza Ordinaria

ICA = Infekzioni Correlate all'Assistenza

MMG = Medico di medicina Generale

NSG = Nuovo Sistema di garanzia

OMS = Organizzazione Mondiale della Sanità

P.L. = Posti letto

PLS = Pediatra di Libera scelta

PNCAR = Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza

PNP = Piano Nazionale di prevenzione

PNPV = Piano di Nazionale di Prevenzione Vaccinale

SSI = (Surgical Site Infections) Infekzioni del sito chirurgico

VAP = (Ventilator Associated Pneumonia) Polmoniti associate a ventilazione meccanica



PIANO ANNUALE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

PG ICA n. 01
Rev: 0
Data: marzo 2025

1. PREMESSA

Le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) si definiscono come infezioni causate da batteri, funghi, virus o altri agenti patogeni meno comuni, contratte durante l'assistenza sanitaria. Le ICA, per definizione, al momento dell'ingresso nella struttura o prima dell'erogazione dell'assistenza non erano manifeste clinicamente, né erano in incubazione.

Rappresentano in tal senso un indicatore di qualità dell'assistenza sanitaria erogata, potendo verificarsi in qualsiasi contesto assistenziale (ospedali, ambulatori di chirurgia, centri di dialisi, lungodegenze, assistenza domiciliare, strutture residenziali territoriali).

Negli ultimi anni, si è registrata un'attenzione maggiore nell'ambito della prevenzione e controllo di questa tipologia di infezioni, anche a causa di un trend epidemiologico in costante crescita con forti ripercussioni sulla salute degli assistiti, oltre che sugli aspetti psicologici e finanziari che si traducono in: prolungamento della durata di degenza, disabilità a lungo termine, maggiore mortalità, diffusione dell'antibiotico resistenza, ecc.

L'espandersi delle ICA è influenzato da diversi fattori, tra cui ad esempio la diffusione di microrganismi resistenti agli antibiotici e la progressiva introduzione di nuove tecnologie sanitarie, che se da una parte garantiscono la sopravvivenza a pazienti in gravi condizioni, dall'altra consentono l'ingresso dei microrganismi anche in sedi corporee normalmente sterili.

La trasmissione dell'infezione durante l'assistenza sanitaria richiede tre elementi:

- 1) la fonte di microrganismi infettanti,
- 2) un ospite suscettibile,
- 3) un mezzo di trasmissione dal microrganismo all'ospite.

Le vie di trasmissione sono diverse:

- **contatto diretto** tra una persona sana e una infetta, soprattutto tramite le mani degli operatori;
- **via droplet**, contatto tramite le goccioline emesse con tosse e starnuti da una persona infetta;
- **via aerea**, attraverso microrganismi di piccole dimensioni che rimangono sospesi nell'aria per lunghi periodi di tempo;
- **contatto indiretto** attraverso un veicolo contaminato (per esempio endoscopi o strumenti chirurgici), infusione, ecc).

I soggetti a rischio di contrarre un'ICA sono soprattutto i pazienti e, con minore frequenza, il personale coinvolto nell'assistenza. I fattori che rendono questi soggetti a rischio di contrarre una ICA possono essere estrinseci, intrinseci o correlati a pratiche assistenziali predisponenti. Tra i fattori di rischio estrinseci si annovera la durata della degenza, l'utilizzo di dispositivi invasivi (CVP, CVC, catetere vescicale, intubazione), il ricovero in terapia intensiva, gli interventi chirurgici. Tra i fattori di rischio intrinseci, si consideri l'età (neonati, anziani), il genere (uomini), altre infezioni o gravi patologie concomitanti (tumori, immunodeficienza, diabete, disabilità, obesità, problemi respiratori o gastrici ..), traumi, ustioni e alterazioni dello stato di coscienza.

Tra le ICA a maggior impatto epidemiologico si annoverano :

- le infezioni del sito chirurgico (ISC),
- polmonite correlata alla ventilazione meccanica (VAP) ,



PIANO ANNUALE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

PG ICA n. 01
Rev: 0
Data: marzo 2025

- infezioni delle vie urinarie correlata a catetere vescicale (CAUTI),
- infezioni correlate a inserimento e mantenimento di CVP o CVC,
- infezioni correlate al ricovero in terapia intensiva.

Più della metà delle ICA sono prevenibili, attraverso la pianificazione di programmi di prevenzione e controllo della trasmissione di infezioni. La prevenzione e il controllo delle ICA in tutte le strutture assistenziali rappresentano interventi irrinunciabili per ridurre l'impatto di queste infezioni e, più in generale, per ridurre la diffusione dei microrganismi antibiotico-resistenti. Uno dei punti cruciali per il contrasto alle ICA è la definizione e l'applicazione di buone pratiche di assistenza e di altre misure, secondo un programma integrato che deve essere adattato a ogni ambito assistenziale.

Le misure chiave ritenute più rilevanti sono: il lavaggio corretto delle mani (che rimane una delle più importanti ed efficaci), la riduzione delle procedure diagnostiche e terapeutiche non necessarie, il corretto uso degli antibiotici e dei disinfettanti, la sterilizzazione dei presidi, il rispetto dell'asepsi nelle procedure invasive, il controllo del rischio di infezione ambientale, la protezione dei pazienti con utilizzo appropriato della profilassi antibiotica e la somministrazione delle vaccinazioni raccomandate, la vaccinazione degli operatori sanitari, le attività di sorveglianza delle infezioni, l'identificazione e il controllo tempestivo delle epidemie, l'eventuale isolamento dagli altri pazienti, il rinforzo delle misure che già di norma devono essere adottate per evitare la trasmissione tra i pazienti.

Il Piano Annuale Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA) della Asl Avellino nasce a tale scopo, nel solco tracciato dai programmi di prevenzione delle infezioni elaborati da organismi internazionali quali OMS e ECDC e nazionali (PNCAR 2022-2025). In un'ottica di approccio multidisciplinare e di One Health si propone come fine di diffondere la cultura della prevenzione delle infezioni nosocomiali, tendendo ad una standardizzazione delle attività nei diversi presidi e strutture della ASL, con implementazione di flussi di dati che possano nel breve periodo fornire un dataset per analisi di trend allo scopo di prevenire le infezioni correlate all'assistenza e gestire al meglio le nuove resistenze emergenti.



PIANO ANNUALE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

PG ICA n. 01
Rev: 0
Data: marzo 2025

2. AMBITO DI APPLICAZIONE

2.1 Contesto organizzativo

Il territorio dell’Azienda Sanitaria Locale di Avellino comprende:

- **N. 6 Distretti Sanitari:**

DS 01 – Ariano Irpino;
DS 02 – Monteforte Irpino ;
DS 03 – Sant’ Angelo dei Lombardi;
DS 04 – Avellino;
DS 05 – Atripalda;
DS 06 – Baiano.

- **Rete Ospedaliera Aziendale** costituita da due ospedali:

Ospedale “S. Ottone Frangipane” di Ariano Irpino;
Ospedale “Criscuoli – Frieri” di S. Angelo dei Lombardi;

- **Struttura Polifunzionale per la Salute – SPS di Bisaccia;**

- **Dipartimento di Salute Mentale** è il riferimento ed il garante per la presa in carico dei bisogni di salute mentale della popolazione, anche detenuta. All’interno del Dipartimento sono inseriti Servizi per la Tutela della Salute Mentale e Riabilitazione dell’Età Infantile ed Evolutiva ed i Servizi per le Dipendenze Patologiche;

- **Dipartimento di Prevenzione** è la principale articolazione di riferimento per il macro livello dei LEA – Area “Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro” ed assicura le funzioni di screening sul territorio.

L’Azienda, inoltre, opera mediante **strutture private accreditate**, presenti nel territorio provinciale: Case di Cura, hospice, RSA, strutture ambulatoriali, rete laboratoristica, strutture riabilitative ex art. 26 L. 833/1978, strutture riabilitative psichiatriche, stabilimenti termali (Tab.1).



PIANO ANNUALE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

PG ICA n. 01
Rev: 0
Data: marzo 2025

Tab. 1 Articolazioni aziendali

La Rete Ospedaliera della ASL		
Presidio Ospedaliero S. Ottone Frangipane di Ariano I.		n. p. l. totale 330 +
Presidio Ospedaliero Criscuoli Frieri di S. Angelo dei L.		18 SPDC + 8 DH SPDC totale n. 356 p.l.
Le Strutture Territoriali		
Struttura Polifunzionale per la Salute (SPS) di Bisaccia		
Pain Control Center Hospice		n. 10 p.l. per adulti
RSA pubblica R3D disabili		n. 20 p.l.
Speciali Unità per l'Accoglienza Permanente – SUAP per i pazienti in SV e di MC		n. 10 p.l. per adulti
Struttura Intermedia Residenziale per il trattamento di pazienti psichiatrici Estensiva - SIRE		n. 18 p.l.
Ospedale di Comunità - OdC		n. 10 p.l.
Hospice	Pain Control Center Hospice di Solofra	n. 12 p.l.
SIRE pubblica	S. Nicola Baronia	n. 10 p.l.
RSA pubblica	RSA Anziani di Nusco e Modulo Demenze n. 48 p.l. in corso processo di riconversione in R3 n. 40p.l. ed R2D n. 8 pl. e CDCD	n. 48 p.l.
Centro Alzheimer Pubblico	Centro Diurno di Avellino	n. 10 posti
Centro per l'Autismo	Centro diurno per l'Autismo di S. Angelo dei L.	n. 20 posti giovani adulti + 10 posti adolescenti
Centro Riabilitazione	Centro Riabilitazione Età Evolutiva - Centro Australia di Avellino	ambulatoriale
REMS	REMS di S. Nicola Baronia	n. 20 p.l.
Strutture per l'Assistenza Penitenziaria	Articolazione funzionale del Carcere di Sant'Angelo dei Lombardi	n.10 p.l.
CAD pubblico	Centro Antidiabetico di Lioni Centro Antidiabetico di Montoro	ambulatoriale
Postazioni 118	n. 16 di cui 1 PSAUT presso SPS Bisaccia n. 15 postazioni STIE n. 1 CMR	
Consultori	n. 15	
Ambulatori vaccinali	n. 18	



PIANO ANNUALE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

PG ICA n. 01
Rev: 0
Data: marzo 2025

Convenzionati	MMG (gennaio 2025)	n. 250
	PLS (gennaio 2025)	n. 36
	Medici Continuità Assistenziale (gennaio 2025)	n. 86 titolari n. 135 sostituti
	Specialisti ambulatoriali distrettuali	ore totali n. 4.256
	Medici SAUT (gennaio 2025)	n. 11 convenzionati

Strutture Private Accreditate con il SSR

Strutture	Case di Cura *	n. 6 *
	Laboratori	n. 24
	Aggregazioni Laboratoristiche	n. 4
	Radiodiagnostica	n. 7
	Radioterapia	n. 1
	Medicina Nucleare in vivo	n. 1
	Diagnostica Cardiovascolare	n. 2
	Centro specialistico Neurologico	n. 1
	Centro Odontoiatrico	n. 1
	Centri Antidiabetici	n. 3
	Centri di Dialisi	n. 8
	Strutture residenziali Psichiatriche SIRE e SIRI	n. 3
	Riabilitazione ex Art. 26	n. 12
	Recupero e Riabilitazione Funzionale FKT	n. 9
	Speciali Unità di Accoglienza Permanente SUAP	n. 1
	Strutture per le Dipendenze	n. 3
	RSA Anziani	n. 6
	RSA Demenza	n. 2
	RSA Disabili	n. 4
	RSA R2	n. 1
	Centro Diurno Disabili	n. 4
	Cure Termali	n. 1

* n. 7 al 21.06.2024

2.2 Destinatari del documento

Ai sensi di quanto previsto dalla 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", il documento è rivolto a tutte le strutture pubbliche e private del Servizio Sanitario Regionale.

2.3 Costituzione del C.I.C.A.



PIANO ANNUALE INFETZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

PG ICA n. 01
Rev: 0
Data: marzo 2025

Presso l'ASL Avellino si è provveduto con atto deliberativo n.1758 del 30.12.2024, a istituire e rimodulare la composizione del Comitato per il controllo delle Infekzioni Controllo delle Infekzioni Correlate all'Assistenza (C.I.C.A.), nonché la composizione dei Gruppi Operativi dello stesso.

L'attività del C.I.C.A. è intesa come un intervento multidisciplinare che coinvolge diverse figure, ciascuna con le proprie competenze e responsabilità che concorrono con il fine comune di promuovere una qualità dell'assistenza. Le principali attività sono:

- Monitoraggio delle malattie infettive, valutazione dell'ecosistema microbico nei Presidi Ospedalieri e del livello delle resistenze antibiotiche dei vari microrganismi alert;
- Verifica di tutti i casi epidemici e disposizione di linee guida, protocolli, azioni di miglioramento e attività formative necessarie a controllare e a ridurre la trasmissione dei microrganismi durante le procedure assistenziali;
- Sorveglianza attiva;
- Conduzione e implementazione continua della politica di antimicrobial stewardship a livello ospedaliero e territoriale.

2.4 Formazione del personale sanitario

La formazione interna è integrata con l'adesione alla missione 6 componente 2 subinvestimento 2.2 (b) del PNRR “sviluppo delle competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario. Corso di formazione in infekzioni ospedaliere”, rivolto al personale dipendente coinvolto in attività assistenziali presso presidi ospedalieri e territoriali, attraverso una formazione dedicata articolata in 3 moduli (A,B,C) e un quarto modulo dedicato ai componenti del C.I.C.A. .

Si prevede l'inserimento, nel piano formativo aziendale, di corsi specifici dedicati a tematiche ritenute critiche sulla base dei dati di monitoraggio dell'anno precedente. L'approccio formativo sarà multidisciplinare con il coinvolgimento di tutte le tipologie di professionisti interessati. Si prevede, inoltre, di inserire esperienze formative sul campo, con metodi di apprendimento attivo rivolti al personale sanitario, soprattutto mediante verifica del corretto lavaggio delle mani utilizzando strumenti di training e valutazione.

È prevista, nell'ottica di una formazione continua del personale sanitario impegnato in attività assistenziale sia a livello ospedaliero che territoriale, la creazione di una sezione del sito aziendale dedicata con inserimento di procedure aziendali dedicate e ogni altro materiale utile come schede di notifica.



PIANO ANNUALE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

PG ICA n. 01
Rev: 0
Data: marzo 2025

3. SORVEGLIANZA

Tra le strategie di prevenzione delle ICA, rientra la sorveglianza che consiste nella raccolta di dati in modo continuo e sistematico, nella loro analisi e nella produzione di informazioni utili a guidare azioni. Il fine non ultimo è quello di mantenere alto il livello di attenzione, definire dimensioni e caratteristiche del problema, indirizzare gli interventi, monitorare i progressi mediante l'utilizzo di indicatori specifici e individuare tempestivamente eventi sentinella e epidemie. Nel caso delle ICA, in particolare, la sorveglianza si basa sulla ricerca attiva di determinati eventi rispondenti alla definizione di caso nei reparti di degenza e nella conseguente segnalazione da parte di personale specializzato nel controllo infezioni.

Nell'ASL AV la sorveglianza, a livello ospedaliero e territoriale, è articolata in diverse aree di lavoro.

1) Sorveglianza microbiologica

Sorveglianza microrganismi alert a livello ospedaliero come da procedura operativa “Sorveglianza e controllo infezione da Enterobatteri resistenti a carbapenemici (CRE) e gestione dei pazienti con colonizzazione/infezione da germi multiresistenti”

2) **Sorveglianza ICA con uso del registro** notifiche malattie infettive CM 1990 e successivo decreto ministeriale 7 Marzo 2022. Inoltre, al momento attuale, presso i P.O. è in atto la sorveglianza all'adesione della “igiene delle mani”, come da procedura approvata con Deliberazione n. 516 del 09 Aprile 2024 che prevede:

- Raccolta dati trimestrale per singolo reparto;
- Adesione alla sorveglianza nazionale del consumo di soluzione idroalcolica per l'igiene delle mani in ambito ospedaliero;

3) **Sorveglianza consumo antibiotici:** a livello territoriale è in uso una piattaforma di monitoraggio con dettaglio dati Produzione report periodici, con dettaglio per AFT/MMG e pazienti ;

4) Sorveglianza microbiologica ambientale

- Monitoraggio legionella mediante: campionamenti ambientali come da procedura
- Sorveglianza acqua dialisi
- Monitoraggio ambienti a carica controllata mediante il servizio in outsourcing di convalida cicli di sterilizzazione, alta disinfezione e di convalida degli ambienti a contaminazione controllata

5) Monitoraggio servizi outsourcing

Controllo mensile nei setting/reparti/servizi di

- Rifiuti
- Sanificazione



PIANO ANNUALE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

PG ICA n. 01
Rev: 0
Data: marzo 2025

4. ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP PER UN USO PRUDENTE DEGLI ANTIBIOTICI

La Antimicrobial Stewardship si riferisce agli interventi che mirano a promuovere e guidare l'uso ottimale degli antibiotici, inclusa la scelta del farmaco, il suo dosaggio, la sua via di somministrazione e la durata della stessa. Il fine è il controllo della antibiotico-resistenza, fenomeno in rapida crescita, fenomeno naturale di adattamento di alcuni microrganismi che acquisiscono la capacità di sopravvivere o di crescere in presenza di una concentrazione di un agente antimicrobico (es. antifungino, antivirale, antibatterico) che è generalmente sufficiente ad inibire o ad uccidere microrganismi della stessa specie.

L'utilizzo appropriato degli antibiotici rappresenta un elemento essenziale per il contrasto all'antibiotico resistenza (ABR). In questo contesto si pongono i programmi di stewardship antibiotica, come visto, insieme delle attività volte a promuovere l'uso appropriato degli antibiotici. Tali attività, che comprendono anche il monitoraggio della prescrizione e del consumo di antibiotici e l'organizzazione di eventi formativi diretti al personale sanitario e alla popolazione generale, necessitano di essere integrate e coordinate con la implementazione delle pratiche di prevenzione e controllo delle infezioni.

Nel controllo dell'appropriatezza prescrittiva diverse sono le attività vigenti presso l'Asl Avellino. In particolare, il Nucleo Operativo per l'Appropriatezza Farmaceutica ha un ruolo cruciale nel garantire l'uso ottimale delle risorse disponibili per l'erogazione dei livelli essenziali e appropriati di assistenza, intensificando i controlli sull'appropriatezza prescrittiva e riducendo al minimo gli sprechi. Questo approccio non solo migliora gli esiti clinici, ma contribuisce anche a una sostenibilità economica, ottimizzando l'impiego dei farmaci e riducendo il rischio di prescrizioni inappropriate. Prosegue, inoltre, il continuo e dinamico confronto tra i farmacisti e la medicina territoriale al fine del miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva con incontri formativi da parte dei farmacisti UCAD con i MMG di ciascun distretto per confrontarsi sulle Linee Guida esistenti e analizzare i dati di prescrizione. Vengono effettuate reportistiche sulle modalità prescrittive prodotte su 4 livelli distinti: ASL, distretto, MMG e PLS, AFT, al fine di evidenziare nel dettaglio le categorie terapeutiche soggette ad iperprescrizione e non aderenti alle Linee Guida AWARE, fondamentali per combattere il fenomeno in crescita dell'antibiotico-resistenza.

Già nell'anno 2023, l'insieme delle attività poste in essere dalla ASL Avellino, ha determinato una progressiva riduzione nel consumo di antibiotici. Tale andamento si conferma anche nel 2024, come dimostrato dall'andamento dell'indicatore NSG di area distrettuale – D14C “Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1000 abitanti. Antibiotici”

INDICATORE	VALORE SOGLIA	2023	2024
D14 C	< 7263	7.155	5760,6
	<6500		

5. RESTITUZIONE DATI IN OTTICA DI UN MIGLIORAMENTO CONTINUO

La restituzione dei dati in ottica di miglioramento continuo rappresenta un elemento fondamentale per il successo delle strategie di controllo delle infezioni all'interno delle strutture sanitarie. In questo contesto, gli incontri con i componenti del CICA/GO assumono un ruolo cruciale. Durante tali incontri, i dati raccolti vengono condivisi e analizzati in modo collaborativo, al fine di identificare aree di intervento e ottimizzare i processi già in atto. Il confronto costante permette di fornire feedback mirati agli operatori sanitari, stimolando il miglioramento delle pratiche quotidiane e l'adozione di soluzioni innovative per la prevenzione e il controllo delle infezioni. Questo processo di comunicazione continua favorisce una maggiore consapevolezza tra i professionisti e contribuisce a consolidare una cultura della sicurezza e dell'eccellenza nella cura del paziente.

6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direttore Generale	Direttore Sanitario	Direttore Amministrativo	CICA/GRUPPI OPERATIVI
REDAZIONE	C	R	C	C
ADOZIONE	R	C	C	I
MONITORAGGIO	C	R	C	R
ANALISI E VALUTAZIONI	C	R	C	C

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessati

7. OBIETTIVI

Il presente documento costituisce supporto indispensabile ad ogni struttura sanitaria aziendale considerato che il management assume importanza fondamentale nell'assunzione di responsabilità in ciascuna decisione che possa interessare e influire sulla sicurezza dell'operatore sanitario e del paziente.

Si fonda sulle linee di indirizzo nazionali e regionali con il fine di promuovere la massima condivisione dei principi di governo clinico e della loro applicazione, definendo specifiche azioni condivise, valorizzando il ruolo di ciascuna figura professionale in un'ottica di gestione integrata del rischio clinico e del contenzioso.



PIANO ANNUALE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

PG ICA n. 01
Rev: 0
Data: marzo 2025

Di seguito vengono elencati quattro obiettivi strategici definiti in modo da includere quelli del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e del Piano Nazionale di Contrastodel'Antimicrobico Resistenza (PNCAR):

- A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;**
- B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo,** attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE);
- C) Migliorare la consapevolezza** della popolazione e promuovere la formazione degli operatori sanitari sul contrasto all'ABR (Antibiotico-resistenza).

7.1 Obiettivi specifici

- A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo:**

Obiettivi	Indicatore	Benchmark
Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA da destinarsi al personale delle cooperative impegnate in attività assistenziali nel territorio della ASL AV	Numero di discenti che hanno seguito il corso/Numero di discenti programmato	85%
Formazione del personale dipendente [Subinvestimento: M6C2 2.2 (b) Corso di formazione in infezioni ospedaliere]	% dipendenti che hanno completato la formazione prevista dal corso PNRR ICA / tot. Dipendenti destinatari Entro giugno 2026	85 %
Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sull'uso degli antibiotici.	Numero di eventi aziendali organizzati	Almeno 3/anno
Numero giri per la sicurezza del paziente/audit	Numero di giri per la sicurezza effettuati	Almeno 3/anno
Distribuzione del consumo di soluzione idroalcolica L/1000 GDO	Consumo di soluzione idroalcolica = xxL/1000 GDO	20L/1000 GDO (Standard OMS)



PIANO ANNUALE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

PG ICA n. 01
Rev: 0
Data: marzo 2025

Osservazione igiene delle mani da parte del personale delle Unità Operative	Adesione per trimestre Rilevazione a campione	Adesione>100%
---	--	---------------

B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da CRE:

Obiettivi	Indicatore	Benchmark
Esecuzione di almeno una indagine di prevalenza sulle principali ICA (SSI, VAP, CAUTI, infezioni da Clostridium difficile e da CRE)	Numero di indagini di prevalenza eseguite nell'arco di 4 anni	1 indagine di prevalenza
Elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo	Numero di procedure aziendali relative al controllo delle ICA riviste	Almeno 5/anno
Monitoraggio protocolli di prevenzione ICA (Sorveglianza, Isolamento, monitoraggio antibiotici) Richiesta ed analisi sulle attività previste dai protocolli di prevenzione ICA	1 relazione per presidio/anno per ogni P.O.	100%

D) Migliorare la consapevolezza della popolazione e promuovere la formazione degli operatori sanitari sul contrasto all'ABR

Obiettivi	Indicatore	Benchmark
Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sull'uso degli antibiotici.	Numero di eventi aziendali	Almeno 2/anno
Appropriatezza prescrittiva territoriale - Progetto AWARE	Indicatore 13b: Utilizzo di Famaci Antibiotici (ATC II J01)	max 6500/anno
	Indicatore 13q: antibiotici J01 classificati come Access sul totale J01-ddd consumate	Min 60 %



PIANO ANNUALE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

PG ICA n. 01
Rev: 0
Data: marzo 2025

Obiettivi previsti potranno essere oggetto di rimodulazione in caso di variazioni della normativa o delle priorità epidemiologiche e organizzative che dovessero emergere nel corso di audit.

Si prevede, nell'arco dei 3 anni, di:

- Implementare la revisione e implementazione di procedure operative aziendali relative a :
 - a) Protocolli relativi alla disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione di ambienti e materiali;
 - b) Protocolli con indicazione delle modalità di raccolta, lavaggio e disinfezione della biancheria;
 - c) Indicazione delle forme di smaltimento dei rifiuti solidi e liquami;
 - d) Le modalità di preparazione, conservazione ed uso dei disinfettanti;
 - e) L'attivazione del sistema di sorveglianza e notifica;
 - f) L'indicazione dei criteri di controllo e limitazione dell'accesso ai visitatori nei presidi ospedalieri;
 - g) Le procedure di controllo degli infortuni e delle malattie del personale e le profilassi vaccinali;
 - h) La sorveglianza basata sui dati microbiologici di laboratorio;
 - i) La redazione di un report da parte delle Direzioni dei reparti a comunicare alle direzioni sanitarie al fine di monitorare i germi patogeni-sentinella;
- Effettuare un censimento delle postazioni (supporto/gel e poster) nei P.O. con indicazioni alla implementazione secondo il Manuale OMS di osservazione su buona pratica;
- Implementare le attività di campionamento mani operatori e superfici, già in essere presso il P.O. di Sant'Angelo dei Lombardi.
-

8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PAICA

Al fine di consentire un corretto svolgimento di tutte le attività previste e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la Direzione Aziendale assicura la diffusione del PAICA a tutti i livelli dell'organizzazione attraverso specifiche modalità informative quali:

- 1) presentazione del Piano al Direttore Generale ed adozione dello stesso;
- 2) Pubblicazione del Piano sul Sito Aziendale;
- 3) Presentazione del Piano durante lo svolgimento di riunioni Aziendali e di Presidio;
- 4) Presentazione del Piano durante le attività formative.

9. RIFERIMENTI

Riferimenti normativi

1. Circolare Ministeriale n.52/1985 recante “Lotta contro le Infezioni Ospedaliere”;
2. Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante “Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza”;
3. 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”;
4. 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”
5. 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”;
6. Piano Nazionale di Contrastodell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025;
7. Piano Regionale della Prevenzione 2022-2025: approvato con Deliberazione di Giunta Regionale N. 600/2021
8. Decreto Dirigenziale Regione Campania n.179 del 07 Aprile 2023 ad oggetto “Misure relative all’assistenza farmaceutica convenzionata. Individuazione delle categorie farmaceutiche prioritarie ai fini dell’adozione di misure finalizzate ad incrementare l’appropriatezza prescrittiva”
9. Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella Luglio 2024.

Delibere aziendali

- Deliberazione n. 272 del 18 Febbraio 2022 ad oggetto “Procedura operativa “Clostridium Difficile” PG/CIO n°03- Adozione”
- Deliberazione n.1181 del 6 agosto 2023 ad oggetto Linee di indirizzo-obiettivi strategici –Decreto Dirigenziale n.179/2023“Misure relative all’assistenza farmaceutica convenzionata. Individuazione delle categorie farmaceutiche prioritarie ai fini dell’adozione di misure finalizzate ad incrementare l’appropriatezza prescrittiva”
- Deliberazione n. 516 del 09 Aprile 2024 ad oggetto “Procedura “Igiene delle mani”-pg/CIO n.05- Adozione”
- Deliberazione n. 515 del 09 Aprile 2024 ad oggetto “Procedura per la prevenzione della Polmonite Associata a Ventilazione Artificiale- pg/CIO n.06-Adozione”
- Deliberazione n. 336 del 06 Marzo 2024 ad oggetto “Prevenzione delle infezioni delle vie urinarie correlate al cateterismo vescicale”-pg/CIO n.04-Adozione”
- Deliberazione n. 1758 del 30 Dicembre 2024 ad oggetto “Comitato Aziendale per il Controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza (C.I.C.A.)

Sitografia

- <https://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglioContenutiMalattieInfettive.jsp?area=Malattie%20infettive&id=648&lingua=italiano&menu=ica>
- https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1811463/Manuale_antibiotici_AWaRe.pdf



PIANO ANNUALE INFETZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

PG ICA n. 01
Rev: 0
Data: marzo 2025

- <https://www.epicentro.iss.it/infezioni-correlate/#:~:text=Le%20Infezioni%20Correlate%20all'Assistenza,%2C%20centri%20di%20dialisi%2C%20lungodegenze%2C>
- <https://www.epicentro.iss.it/igiene-mani/materiale-divulgativo>
- <https://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/detttaglioContenutiMalattieInfettive.jsp?lingua=italiano&id=5570&area=Malattie%20infettive&menu=vuoto>