



***Piano Annuale di Risk Management  
2026***

***PARM***

*Azienda Sanitaria Locale Avellino  
Direttore Generale  
Maria Concetta Conte*



**PIANO ANNUALE  
RISK MANAGEMENT**

RC - Rev: 03  
Data: Marzo 2026

**PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT  
Anno 2026**

Revisione del PARM		Distribuzione controllata
Motivo Revisione	Aggiornamento	Presidio Ospedaliero di Ariano I. 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
Redazione	Gruppo di Lavoro: Direttore ai. UOC Rischio Clinico Referente Rischio Clinico <i>Mauro de Paolo</i>	
Verifica	Direttore Sanitario Aziendale <i>[Signature]</i> Direttore Amministrativo Aziendale <i>[Signature]</i>	
Approvazione	Direttore Sanitario Aziendale <i>[Signature]</i>	
Autorizzazione	Direttore Generale <i>[Signature]</i>	

## **SOMMARIO**

<b>1. PREMESSA</b>	<b>pag. 2</b>
1.1 Ambito Di Applicazione	
1.2 Scadenze Temporali e Modalità di Diffusione	
<b>2. STRUTTURA DEL PARM</b>	<b>pag. 3</b>
2.1 Contesto Organizzativo	
2.2 Relazione Consuntiva Attività Rischio Clinico – Anno 2025	
<b>4. SINISTROSITA' E RISARCIMENTI</b>	<b>pag. 9</b>
<b>5. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>	<b>pag. 10</b>
<b>6. OBIETTIVI</b>	<b>pag. 11</b>
<b>7. LINEE DI INTERVENTO</b>	<b>pag. 11</b>
<b>8. FORMAZIONE</b>	<b>pag. 14</b>
<b>9. RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	<b>pag. 15</b>

## **1. PREMESSA**

La Legge 8 marzo 2017 n. 24 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie ” individua la sicurezza delle cure come componente essenziale del diritto alla salute e come obiettivo da perseguire nell’interesse sia del singolo cittadino sia della collettività. In tale prospettiva, la sicurezza dei percorsi assistenziali è intesa come l’insieme coordinato di attività, strumenti organizzativi e interventi finalizzati al miglioramento continuo della qualità dell’assistenza sanitaria e alla prevenzione degli eventi avversi.

In ambito regionale, la Regione Campania, con il Decreto Dirigenziale n. 99 del 16 dicembre 2022, ha approvato le linee di indirizzo per la predisposizione del Piano Annuale di Risk Management (PARM), prevedendo per tutte le strutture sanitarie pubbliche e private – accreditate e non – l’obbligo di redigere annualmente tale documento e di pubblicarlo sul sito istituzionale aziendale, in attuazione di quanto previsto dall’art. 4, comma 3, della citata Legge n. 24/2017.

Nel contesto organizzativo della ASL Avellino, il Piano Annuale di Risk Management (PARM) – anno 2026 rappresenta l’aggiornamento del documento adottato nell’anno precedente (PARM 2025), approvato con Deliberazione n. 452 del 21.03.2025. Il Piano costituisce uno strumento operativo di pianificazione e coordinamento delle attività aziendali finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio sanitario.

Le azioni e gli interventi previsti nel documento rispondono in larga parte a specifici obblighi normativi e regolamentari in materia di gestione del rischio clinico, definiti sia a livello nazionale sia regionale. L’obiettivo è rafforzare i sistemi di prevenzione degli errori nei processi assistenziali e organizzativi, riducendo le condizioni che possono favorire l’insorgenza di eventi avversi e contribuendo, al contempo, al contenimento della sinistrosità aziendale e delle conseguenti richieste di risarcimento.

La predisposizione del PARM deriva da un processo di collaborazione tra le diverse articolazioni organizzative dell’Azienda coinvolte nelle attività di prevenzione, sicurezza sul lavoro, relazioni con l’utenza. Formazione, gestione dei rapporti assicurativi e rischio clinico. In particolare, UOSD Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale, Urp. UOSD Formazione e ALPI, UOSD Rapporti e Contenzioso con le Strutture Accreditate – Rapporti Assicurativi e UOC Rischio Clinico.

Il PARM dell’ASL Avellino si sviluppa principalmente lungo due linee operative:

- **gestione del rischio clinico** - orientata alla tutela e alla sicurezza del paziente attraverso l’analisi degli eventi avversi, la diffusione di buone pratiche e il miglioramento dei processi assistenziali;
- **monitoraggio e verifica delle procedure operative** – per assicurare l’aderenza delle attività sanitarie e organizzative agli standard di qualità e sicurezza previsti dalla normativa vigente.

### ***1.1 Ambito di applicazione***

Il presente documento si applica alle strutture sia dell’area ospedaliera che quelle dell’area territoriale, includendo i servizi di assistenza primaria, le strutture residenziali e semiresidenziali, nonché i servizi di assistenza domiciliare e le altre articolazioni operative impegnate nell’erogazione dei percorsi assistenziali.

Costituisce uno strumento dinamico di programmazione e governo del rischio sanitario, pertanto, il suo contenuto potrà essere oggetto di aggiornamento o rimodulazione in relazione a eventuali evoluzioni del quadro normativo di riferimento, a nuove esigenze organizzative aziendali o a ulteriori indicazioni provenienti dal livello regionale.

### ***1.2 Scadenze temporali e modalità di diffusione***

Il PARM rappresenta uno strumento di programmazione aziendale con validità annuale, finalizzato alla pianificazione, al coordinamento e al monitoraggio delle attività di prevenzione e gestione del rischio clinico nell'ambito della ASL Avellino.

Al fine di garantire la massima trasparenza e la condivisione delle politiche aziendali in materia di sicurezza delle cure, il PARM viene diffuso attraverso diverse modalità:

- *pubblicazione sul sito istituzionale aziendale*, nella sezione dedicata alla trasparenza e alla qualità dei servizi, in conformità a quanto previsto dalla Legge 8 marzo 2017 n. 24 e dalle indicazioni della Regione Campania;
- *trasmissione interna alle strutture aziendali*, con particolare riferimento ai Direttori di Dipartimento, ai Direttori di Distretto, ai Responsabili di Unità Operativa;
- *trasmissione esterna* del PARM alla struttura Regionale di Coordinamento del Risk Management
- *condivisione nell'ambito di incontri formativi, audit clinici e riunioni organizzative*, finalizzati a promuovere la cultura della sicurezza e la conoscenza delle procedure previste dal Piano;
- *integrazione con le attività di formazione aziendale*, affinché i contenuti e gli obiettivi del PARM siano diffusi tra i professionisti sanitari e il personale coinvolto nei processi assistenziali;

La diffusione del documento e delle relative azioni operative rappresenta un elemento essenziale per favorire la partecipazione attiva di tutti i professionisti aziendali ai processi di gestione del rischio, rafforzando la cultura della sicurezza e del miglioramento continuo all'interno dell'organizzazione sanitaria.

## **2. STRUTTURA DEL PARM**

### ***2.1 Contesto organizzativo***

L'ASL Avellino è stata istituita a seguito del processo di riorganizzazione del servizio sanitario regionale che ha previsto l'accorpamento delle precedenti aziende sanitarie locali AV1 e AV2, in attuazione della Deliberazione della Giunta della Regione Campania n. 559 del 20 marzo 2009.

La sede legale dell'Azienda è situata nel comune di Avellino, in Via degli Imbimbo n. 10/12. Le informazioni istituzionali, i servizi erogati e la documentazione amministrativa sono consultabili attraverso il portale ufficiale dell'Azienda, disponibile all'indirizzo [www.aslavellino.it](http://www.aslavellino.it).

L'Azienda si configura come ente pubblico dotato di personalità giuridica e autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile e gestionale, operante senza fini di lucro nell'ambito del sistema sanitario regionale. Essa rappresenta una componente del Servizio Sanitario della Regione Campania e svolge le proprie funzioni in coerenza con la normativa nazionale e regionale di riferimento, con gli indirizzi programmatori regionali e con i principi del Servizio Sanitario Nazionale.



## PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT

RC - Rev: 03  
Data: Marzo 2026

La mission istituzionale dell'Azienda è orientata alla tutela e alla promozione della salute della popolazione residente nel territorio provinciale di competenza, attraverso l'organizzazione e l'erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari previsti dai Livelli Essenziali di Assistenza, garantendo equità di accesso alle prestazioni, appropriatezza degli interventi e continuità dei percorsi assistenziali. In tale quadro, l'Azienda promuove modelli organizzativi e gestionali improntati al miglioramento continuo della qualità dei servizi e alla sicurezza delle cure.

- ***L'Assistenza Ospedaliera***

L'ASL Avellino eroga le proprie attività sanitarie e sociosanitarie attraverso una rete articolata di strutture ospedaliere e territoriali distribuite sull'intero territorio provinciale. In particolare, l'assistenza ospedaliera è garantita mediante due presidi a gestione diretta: il Presidio Ospedaliero Sant'Ottone Frangipane, situato nel comune di Ariano Irpino, e il Presidio Ospedaliero Criscuoli - Frieri, ubicato nel comune di Sant'Angelo dei Lombardi. A tali strutture si affianca la rete delle strutture ospedaliere private accreditate con il Servizio Sanitario Regionale, costituita da sei Case di Cura operanti in regime di accreditamento istituzionale.

L'assetto organizzativo complessivo dell'Azienda è disciplinato dall'Atto Aziendale vigente, approvato con Deliberazione n. 26 del 7 gennaio 2026, recante "Modifiche ed integrazioni alla Deliberazione n. 1163 del 04.09.2024 – Atto Aziendale ASL Avellino". Tale documento definisce la struttura organizzativa aziendale, l'articolazione dei dipartimenti, delle unità operative e dei servizi, nonché le modalità di integrazione tra l'area ospedaliera e quella territoriale, in coerenza con la programmazione sanitaria regionale della Regione Campania.

In conformità a quanto previsto dal Decreto del Commissario ad Acta n. 103/2018, la dotazione complessiva dei posti letto a gestione diretta dell'Azienda è pari a **356** unità, di cui **330** posti letto ordinari, 18 posti letto SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) e **8** posti letto in regime di Day Hospital SPDC. Nell'ambito di tale dotazione, 111 posti letto (identificati con i codici 75 e 56) sono affidati alla Fondazione Don Carlo Gnocchi nell'ambito di una specifica convenzione di sperimentazione gestionale pubblico - privato finalizzata allo sviluppo di attività riabilitative ad elevata specializzazione.

Per quanto riguarda la componente ospedaliera privata accreditata, sulla base delle disposizioni regionali contenute nel Decreto del Commissario ad Acta n. 103/2018, nel Decreto del Commissario ad Acta n. 45/2019 e nel Decreto del Commissario ad Acta n. 81/2019, nonché in attuazione della Deliberazione aziendale n. 609/2020, la dotazione complessiva dei posti letto presso le strutture private accreditate ammonta a **518** unità, di cui **48** identificati con i codici 60 e 56.

La programmazione dell'assistenza ospedaliera aziendale è stata definita in coerenza con gli indirizzi regionali e con gli obiettivi di riordino della rete ospedaliera, tenendo conto dell'evoluzione dei bisogni assistenziali della popolazione e dell'aumento della complessità clinica dei ricoveri. In tale contesto, particolare attenzione è rivolta al miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri e alla corretta individuazione del setting assistenziale più idoneo, favorendo l'integrazione tra ospedale e territorio e promuovendo modelli organizzativi orientati alla continuità assistenziale, alla qualità delle prestazioni e alla sicurezza delle cure.

• ***L'Assistenza Territoriale***

L'ASL Avellino ha avviato un processo di potenziamento e riorganizzazione dell'assistenza territoriale in coerenza con gli indirizzi della Regione Campania e con gli obiettivi di rafforzamento della sanità di prossimità previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). In particolare, l'Azienda ha programmato il completamento e l'adeguamento della rete dei servizi territoriali in attuazione della Deliberazione della Giunta Regionale n. 682 del 13 dicembre 2022, recante le "Linee guida sugli interventi di riordino territoriale della Regione Campania", adottate in conformità a quanto previsto dal Decreto Ministeriale 23 maggio 2022 n. 77.

Nell'ambito di tale processo di riorganizzazione, l'Azienda ha provveduto all'attivazione, nei tempi previsti dalla programmazione regionale, di quattro Centrali Operative Territoriali (COT), strutture organizzative con funzioni di coordinamento e raccordo tra i diversi livelli assistenziali. Le COT rappresentano un punto di riferimento operativo per la gestione dei percorsi di presa in carico dei pazienti, favorendo l'integrazione tra i servizi ospedalieri e territoriali e supportando la continuità assistenziale, in particolare per i pazienti fragili e affetti da patologie croniche. Attraverso tali strutture viene facilitato il collegamento tra professionisti sanitari, servizi socio - sanitari e strutture della rete assistenziale, contribuendo a rendere più efficiente la gestione dei percorsi di cura.

Attraverso la propria rete di servizi territoriali, l'ASL Avellino assicura la gestione diretta di numerose attività sanitarie e socio - sanitarie, tra cui prestazioni cliniche e ambulatoriali, servizi di diagnostica strumentale e per immagini, attività di laboratorio analisi, servizi consultoriali per la tutela della salute della donna, della coppia e della famiglia, nonché interventi nell'ambito della salute mentale e della prevenzione e trattamento delle dipendenze patologiche.

L'Azienda garantisce inoltre specifici percorsi assistenziali rivolti a particolari categorie di popolazione, quali anziani non autosufficienti, persone con disabilità psichica o fisica, pazienti affetti da patologie croniche e degenerative, malati terminali inseriti nei programmi di cure palliative e assistenza domiciliare, nonché soggetti detenuti presso gli istituti penitenziari presenti nel territorio di competenza.

Parallelamente, l'Azienda svolge funzioni di programmazione, coordinamento e monitoraggio delle attività di Assistenza Primaria, che rappresenta il primo livello di accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari per la popolazione. In tale ambito rientrano le attività dei Medici di Medicina Generale (MMG), dei Pediatri di Libera Scelta (PLS), dei servizi di Continuità Assistenziale (CA) e della specialistica ambulatoriale convenzionata, che operano in stretta integrazione con le strutture aziendali per garantire la presa in carico dei bisogni di salute della comunità.

L'ASL Avellino assicura inoltre la gestione e il coordinamento delle attività di assistenza farmaceutica territoriale, attraverso la rete delle farmacie convenzionate e i servizi aziendali competenti, garantendo la corretta erogazione dei farmaci, la vigilanza sull'appropriatezza prescrittiva e il monitoraggio della spesa farmaceutica, in coerenza con gli indirizzi regionali e nazionali.

L'insieme di tali interventi contribuisce a rafforzare il modello di assistenza territoriale integrata, orientato alla presa in carico globale della persona, alla continuità dei percorsi di cura e al miglioramento dell'accessibilità e della qualità dei servizi sanitari offerti alla popolazione.

• **La Prevenzione collettiva**

L'ASL Avellino, attraverso il Dipartimento di Prevenzione, promuove e realizza interventi finalizzati alla tutela e alla promozione della salute collettiva, con particolare riferimento all'individuazione, al controllo e alla riduzione dei fattori di rischio e delle cause di malattia di origine ambientale, umana e animale.

Le attività del Dipartimento sono svolte in modo integrato e coordinato con i Distretti Sanitari, con gli altri Dipartimenti aziendali e con le strutture del sistema sanitario regionale, favorendo un approccio multidisciplinare che coinvolge professionalità appartenenti a diversi ambiti sanitari, tecnici e scientifici.

Il Dipartimento di Prevenzione assicura, attraverso le proprie articolazioni centrali e territoriali e grazie al contributo delle diverse figure professionali presenti in organico, un qualificato supporto tecnico - scientifico alle autorità sanitarie locali nello svolgimento delle funzioni di sanità pubblica. Tali attività sono esercitate nel rispetto della normativa nazionale e regionale vigente e comprendono azioni di vigilanza, controllo, prevenzione e promozione della salute rivolte alla popolazione, agli ambienti di vita e di lavoro e alle attività produttive.

In riferimento delle proprie competenze tecnico - scientifiche, il Dipartimento di Prevenzione svolge inoltre un ruolo strategico di supporto alle autorità sanitarie locali e regionali nella preparazione e nella gestione di situazioni di emergenza o crisi sanitarie, quali eventi epidemici, emergenze ambientali o altre condizioni che possano determinare rischi per la salute pubblica. In tali circostanze il Dipartimento opera in raccordo con le altre strutture aziendali e con gli organismi istituzionali competenti, assicurando tempestività di intervento, attività di sorveglianza e coordinamento delle misure di prevenzione.

Di seguito si riportano i principali dati strutturali e di attività aziendali riferiti all'anno 2025.

<b>DATI STRUTTURALI ANNO 2025</b>	
<b>Indicatore</b>	<b>Riferimento</b>
Estensione territoriale	2805,96 Kmq
Popolazione residente	n. 395.072
Popolazione straniera residente	n. 15.985
Distretti Sanitari	n. 6
Presidi Ospedalieri Pubblici	n. 2
Posti letto 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
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 totali SPDC	n. p.l. 18

**DATI DI ATTIVITA' AGGREGATI ANNO 2025**

**P.O. ARIANO IRPINO**

Indicatore	Riferimento
Ricoveri ordinari	n. 4.272
Accessi PS	n. 17.597
Branche Specialistiche	n. 19
Ricoveri diurni	n. 1.163
Neonati o Parti	n. 188
Prestazioni ambulatoriali erogate da presidi pubblici	n. 405.755

**P.O. S. ANGELO DEI LOMBARDI**

Indicatore	Riferimento
Ricoveri ordinari	n. 1.495
Accessi PS	n. 9.493
Branche Specialistiche	n. 8
Ricoveri diurni	n. 35
Prestazioni ambulatoriali erogate da presidi pubblici	n. 555.944

**2.2 Relazione Consuntiva Attività Rischio Clinico - Anno 2025**

In ottemperanza a quanto disposto dall'art. 2, comma 5, della Legge n. 24 dell'8 marzo 2017, recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", che prevede l'obbligo di redigere una relazione annuale concernente gli eventi avversi verificatisi all'interno delle strutture sanitarie, le cause che ne hanno determinato l'insorgenza e le misure correttive adottate dall'Azienda, si rappresenta quanto segue:

- nel corso dell'anno 2025 non sono pervenute segnalazioni relative a Eventi Sentinella da parte delle strutture sanitarie aziendali e né da parte di strutture in regime di provvisorio accreditamento.

Il sistema aziendale di Gestione del Rischio Clinico prevede l'impiego di uno specifico strumento di Incident Reporting, finalizzato alla raccolta strutturata e sistematica delle segnalazioni relative a eventi avversi e/o near miss; tale sistema consente il monitoraggio delle successive fasi di analisi, l'individuazione dei fattori contribuenti e la definizione di azioni di prevenzione e miglioramento, con l'obiettivo di ridurre la probabilità di accadimento di eventi analoghi nel futuro.

Sono stati registrati Eventi Avversi, riconducibili alle seguenti tipologie:

N.	TIPOLOGIA
8	Cadute accidentali
5	Episodi di violenza ai danni degli operatori

L'analisi degli eventi sopra descritti ha evidenziato che:

- ✓ la maggior parte degli episodi non ha determinato conseguenze di rilievo clinico;
- ✓ alcuni eventi risultano favoriti da fattori organizzativi e ambientali;
- ✓ la tempestività degli interventi messi in atto dal personale ha consentito di limitare l'impatto degli eventi e le eventuali ricadute.

Alla luce delle valutazioni effettuate, emerge la necessità di proseguire e rafforzare le seguenti azioni:

- aggiornamento e revisione delle procedure operative;
- formazione periodica e mirata del personale;
- miglioramento dei processi di comunicazione interna;
- ulteriore sensibilizzazione alla cultura della segnalazione degli eventi avversi e dei near miss.

Si precisa che le azioni intraprese saranno oggetto di monitoraggio continuo nel corso dell'anno successivo, al fine di verificarne l'efficacia ed eventualmente introdurre ulteriori interventi migliorativi.

Nel corso del 2025 l'Azienda ha avviato un processo di revisione e aggiornamento di alcune raccomandazioni, resesi necessarie in relazione all'evoluzione della normativa vigente e delle buone pratiche di sicurezza. Inoltre, si è provveduto all'aggiornamento del Monitoraggio delle Raccomandazioni sulla piattaforma dedicata come previsto annualmente.

A seguito degli esiti della sorveglianza sanitaria da Germi Alert, si è reso necessario un Audit Clinico nel corso del quale è stata valutata l'aderenza alle procedure aziendali di prevenzione e controllo dell'ICA, si precisa che in seguito non sono stati evidenziati ulteriori eventi che hanno richiesto azioni di miglioramento.

In riferimento alle Buone Pratiche, in vista della Giornata Nazionale per la Sicurezza delle Cure e della Persona Assistita dal titolo "Cure sicure per ogni neonato e ogni bambino – Safe Care for every newborn and every child" in data 17/09/2025 si è proceduto all'illuminazione con l'arancione di alcune strutture aziendali e, in data 20.09.2025 si è tenuto presso l'Aula grigia del complesso monumentale ex carcere Borbonico un WORKSHOP su crescita e sviluppo del bambino in sicurezza rivolti ai cittadini ed in particolare a genitori e famiglie, operatori dell'infanzia e della scuola, con un Focus sulle seguenti tematiche:

- emergenze domestiche nei neonati: consigli pratici
- vaccini: guida all'uso
- bambini nel mondo digitale.

Il Referente Rischio Clinico dell'ASL Avellino in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, partecipa attivamente al Progetto Sorveglianza della Mortalità Materna e Near Miss Ostetrici, attraverso i referenti individuati presso i punti nascita pubblici e accreditati.

La gestione degli eventi avversi rappresenta pertanto un elemento essenziale per il miglioramento continuo della qualità e della sicurezza delle prestazioni erogate.

L'analisi relativa all'anno 2025 evidenzia l'impegno costante dell'Azienda nella prevenzione del rischio e nella tutela sia degli utenti che degli operatori sanitari.

### 3. SINISTROSITA' E RISARCIMENTI

**Tabella 2 - Eventi segnalati nel 2025 (art. 2, c. 5 della L. 24/2017)**

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	N. di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	0	0	Strutturali	Addestramento personale neo assunto su procedure operative / Raccomandazioni Ministeriali. Sensibilizzazione sulla segnalazione degli eventi sentinella Audit Clinico	Sistema di reporting – Incident Reporting (100%)
Eventi Avversi	13	8	Organizzativi		
Eventi Sentinella	0	0	Procedure		

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.

**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
2021	15	5	243.186,20 in regime assicurativo per franchigia 1.426.145,48 non rientranti nella copertura assicurativa. Trattasi di periodo non coperto da assicurazione.
2022	11	4	511.485,95 in regime assicurativo per franchigia

2023	13	11	362.851,48 in regime assicurativo per franchigia 49.368,80 non rientranti nella copertura assicurativa. Trattasi di periodo non coperto da assicurazione.
2024	12	7	631.500,00 in regime assicurativo per franchigia 103.368,50 in regime non rientrante in copertura assicurativa.
2025	31	7	284.373,83 in regime assicurativo per franchigia 42.633,69 in regime non rientrante in copertura assicurativa.
<b>TOTALE</b>	<b>82</b>	<b>34</b>	<b>4.099.233,93 di cui 2.065.836,47 non copertura assicurativa</b>

**4.1 Descrizione della posizione assicurativa**

ANNO	Polizza (scadenza)	Compagnia Assicurativa	Premio in euro	Franchigia in euro	Brokeraggio
2021	RCH00010000003 31/12/2022	AM TRUST ASS.NI SPA	3.348.624,99	100.000,00	NO
2022	RCH00010000003 31/12/2022	AM TRUST ASS.NI SPA	3.348.624,99	100.000,00	NO
2023	RCH00010000003 Proroga 31/12/2023	AM TRUST ASS.NI SPA	3.348.624,99	100.000,00	NO
2024	RCH00010000003 Proroga 31/12/2024	AM TRUST ASS.NI SPA	3.348.624,99	100.000,00	NO
2025	RCH00010000003 Proroga 31/12/2025	AM TRUST ASS.NI SPA	3.348.624,99	100.000,00	NO

**5. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'**

Si definiscono responsabilità relative alle fasi di:

Azione	Referente Rischio Clinico	Direttore Sanitario	Direttore Generale	Direttore Amministrativo
REDAZIONE	R	C	I	I
VALIDAZIONE TECNICO –	C	R	I	I

SANITARIA				
ADOZIONE/ APPROVAZIONE	C	C	R	C
DIFFUSIONE E COMUNICAZIONE INTERNA	R	C	I	I
MONITORAGGIO DELL'ATTUAZIONE	R	C	I	I
ANALISI EVENTI AVVERSI E INDICATORI	R	C	I	I
AGGIORNAMENTO ANNUALE	R	C	I	I

**LEGENDA:**

- R= Responsabile
- C= Coinvolto
- I = Informato

**6. OBIETTIVI**

In attuazione delle disposizioni contenute nel documento regionale di indirizzo di cui al DD n. 99/2022, l'Azienda definisce, per l'anno 2026, fermo restando l'obiettivo generale del monitoraggio degli Eventi Sentinella che è quello di aumentare la sicurezza dei percorsi assistenziali, gli obiettivi specifici che si possono riassumere come segue:

- 6.1 promuovere e facilitare le segnalazioni riguardanti gli eventi sentinella;
- 6.2 favorire una più puntuale ed efficace analisi delle cause e dei fattori contribuenti e determinanti per l'accadimento degli eventi stessi;
- 6.3 orientare l'individuazione e l'implementazione di piani di azione sempre più pertinenti e funzionali alla prevenzione del riaccadimento;
- 6.4 sensibilizzare alla verifica dell'effettiva implementazione delle azioni preventive e della loro efficacia sul campo.

Il conseguimento dei suddetti obiettivi presuppone la piena condivisione e applicazione dei principi del governo clinico da parte di tutte le strutture e dei professionisti coinvolti, favorendo l'integrazione tra le azioni di prevenzione e gestione del rischio e le attività di monitoraggio e gestione del contenzioso, nell'ambito di un sistema aziendale orientato al miglioramento continuo della qualità e della sicurezza delle cure.

**7. LINEE DI INTERVENTO**

Sulla base degli obiettivi riportati nel punto precedente, l'Azienda intende sviluppare e consolidare, per l'anno 2026, le seguenti linee di intervento:

### **7.1 Promuovere e facilitare le segnalazioni riguardanti gli eventi sentinella**

- 7.1.1 Prosecuzione attività previste nel PARM 2025, relativamente agli incontri di sensibilizzazione del personale, particolarmente del personale neo assunto, sulle modalità di segnalazione degli eventi avversi tramite Incident Reporting.
- 7.1.2 Consentire segnalazioni anonime o riservate per aumentare la propensione del personale alla segnalazione degli eventi sentinella, garantendo modalità che tutelino la privacy e riducano il timore di ripercussioni. Tale modo non consente l'identificazione del segnalante o l'identità è nota solo al referente del Rischio Clinico.

Relativamente a questo aspetto, tenuto conto della significativa presenza, sul territorio aziendale, di strutture residenziali a gestione diretta, l'Azienda ha esteso il sistema di segnalazione anche all'ambito territoriale.

La registrazione e l'analisi degli eventi avversi, dei near miss e degli eventi sentinella, tradizionalmente sviluppate e utilizzate in ambito ospedaliero, costituiscono un'importante fonte informativa per le attività del referente del Rischio Clinico anche nei servizi territoriali. A tal proposito, i documenti tecnici attuativi delle Raccomandazioni Ministeriali vengono trasmessi e applicati anche a livello territoriale.

La Struttura Polifunzionale per la Salute di Bisaccia rappresenta la prima realtà territoriale in cui tale sistema è stato implementato.

### **7.2 Favorire una più puntuale ed efficace analisi delle cause e dei fattori contribuenti e determinanti per l'accadimento degli eventi stessi**

- 7.2.1 Standardizzazione delle metodologie di analisi adottando strumenti riconosciuti quali: Root Cause Analysis (RCA), Audit clinico strutturato, Analisi dei fattori contribuenti (umani, organizzativi, tecnologici), predisposizione di modelli e checklist aziendali uniformi.
- 7.2.2 Individuazione di team multidisciplinari coinvolgendo diverse figure professionali: medici, infermieri, OSS, farmacisti, tecnici, integrando competenze cliniche e organizzative.
- 7.2.3 Formazione specifica su tecniche di analisi del Rischio Clinico (RCA, Audit) e fattore umano ed errore in sanità prevedendo una formazione sul campo.
- 7.2.4 Analisi dei fattori contribuenti andando oltre l'errore umano e considerare fattori organizzativi (turni, carichi di lavoro), fattori ambientali (spazi, rumore, illuminazione), fattori tecnologici (dispositivi, software), comunicazione tra operatori utilizzando schemi di classificazione standard.

### **7.3 Orientare l'individuazione e l'implementazione di piani di azione sempre più pertinenti e funzionali alla prevenzione del riaccadimento**

- 7.3.1 Collegamento diretto tra cause e azioni in modo da assicurare che ogni azione correttiva sia esplicitamente collegata a una causa identificata evitando interventi generici (es. "fare formazione") non mirati ed utilizzare schemi appropriati quali causa → azione → risultato atteso.
- 7.3.2 Prioritizzatine degli interventi classificando le azioni in base alla gravità del rischio, alla probabilità di riaccadimento, all'impatto sull'organizzazione dando priorità agli interventi ad alto impatto preventivo.
- 7.3.3 Aggiornare e revisionare le procedure, recependo le Raccomandazioni Ministeriali più recenti, e valorizzare la formazione quale strumento di supporto, senza considerarla come unica soluzione.

È attualmente in fase di adozione il protocollo PBM (Patient Blood Management), la Procedura Carrello di Emergenza e in riferimento al Manuale di Sicurezza in Sala Operatoria l' Infezione del Sito Chirurgico.

Inoltre, nell'ambito delle azioni finalizzate alla riduzione del ricorso al taglio cesareo, sono in corso di implementazione anche le seguenti procedure:

- Procedura per la gestione dell'ipertensione in gravidanza
- Procedura per la prevenzione dell'emorragia post partum
- Utilizzo dell'ossitocina per l'induzione e l'accelerazione del travaglio
- Strategie per l'uniformazione della gestione della PROM
- Strategie per la gestione della gravidanza protratta

7.3.4 Standardizzazione e diffusione delle buone pratiche convertire le soluzioni efficaci in procedure aziendali, linee guida interne ed estendere le azioni anche ad altre unità operative con rischi simili.

#### **7.4 Sensibilizzare alla verifica dell'effettiva implementazione delle azioni preventive e della loro efficacia sul campo.**

- 7.4.1 Definizione chiara del tempo di monitoraggio e verifica (1, 3, 6 mesi) inserendolo formalmente nei piani di miglioramento.
- 7.4.2 Assegnazione di responsabilità con l'identificazione per ogni azione: di un responsabile dell'implementazione, un responsabile della verifica con il coinvolgimento di coordinatori infermieristico di reparto.
- 7.4.3 Pianificazione di Audit periodici sul campo con verifiche dirette nei contesti operativi, osservazioni in reparto e revisione di cartelle/documentazione.
- 7.4.4 Coinvolgimento attivo degli operatori con feedback a chi applica le azioni circa le difficoltà incontrate o suggerimenti di miglioramento. Dimostrando una percezione concreta dell'utilità delle verifiche.
- 7.4.5 Valutazione dell'efficacia reale condotta verificando non solo "se è stato fatto", ma se l'azione ha modificato i comportamenti degli operatori riducendo il rischio mediante confronto dati pre e post intervento con utilizzo di check list appositamente elaborate, al fine di misurare in maniera oggettiva i miglioramenti ottenuti e individuare eventuali ulteriori aree di intervento.

L'Azienda, attraverso la UOC Rischio Clinico, 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.

## **8. FORMAZIONE**

A seguito della presa d'atto del " Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella – Luglio 2024" del Ministero della Salute, giusta delibera n. 1537 del 18/11/2024 che prevede l'inserimento nella tabella "Lista Eventi Sentinella" al n. 16 – Morte causata da infezione correlata alle pratiche assistenziali ospedaliere – l'azienda ha ritenuto necessario per il rafforzamento delle competenze in materia di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza, organizzare diverse giornate formative all'interno del "Corso di formazione sulle infezioni ospedaliere", finanziato dal PNRR - Missione 6.

Il Corso ha avuto l'obiettivo di aggiornare e potenziare le competenze del personale sanitario operante sia in ambito ospedaliero che territoriale, in un'ottica di omogeneità e integrazione delle pratiche assistenziali, è tuttora in fase di svolgimento ed è stato strutturato in modo da poter garantire la formazione del 100% del personale individuato entro giugno 2026.

Inoltre, in attuazione del Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico Resistenza (PNCAR) nel 2025 si è dato avvio alla programmazione di un corso di formazione rivolto al personale sanitario (MMG, PLS, Odontoiatri, Specialisti Ambulatoriali, Infermieri, OSS, Farmacisti, Medici Specialisti CRT) per potenziare le azioni di contrasto dell'AMR e ridurre l'inappropriato uso di antibiotici. Il corso è stato inserito nel piano formativo aziendale 2026.

In considerazione del rischio infettivo in ambito assistenziale, in data 10.06.2025 è stato condotto un Audit interno finalizzato alla verifica della corretta applicazione delle procedure aziendali vigenti. Tale attività ha consentito di valutare il livello di adesione agli standard previsti, individuare eventuali criticità operative e promuovere azioni di miglioramento continuo in un'ottica di sicurezza delle cure e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.

Successivamente, in data 14.11.2025, si è svolto il corso di formazione dal titolo "Il Rischio Clinico – Stato dell'Arte", volto ad aggiornare il personale sanitario sulle più recenti evidenze, strategie e strumenti di Gestione del Rischio Clinico, con particolare attenzione alla prevenzione degli eventi avversi e alla diffusione della cultura della sicurezza.

È inoltre programmato, per il II trimestre dell'anno 2026, un ulteriore percorso formativo dedicato al Rischio Clinico, focalizzato sull'aggiornamento delle procedure aziendali in linea con le Raccomandazioni Ministeriali e sull'analisi del processo di gestione degli Eventi Sentinella. L'obiettivo è rafforzare le competenze degli operatori nella segnalazione, analisi e prevenzione di tali eventi, favorendo un approccio sistemico e proattivo.

Infine, in data 13.03.2026 si è svolto il corso di formazione dal titolo "La rete dispositivo – vigilanza nell'ASL Avellino: organizzazione e procedure operative", che ha coinvolto diverse strutture aziendali. L'iniziativa si inserisce in un'ottica di integrazione e sinergia tra il sistema di dispositivo-vigilanza e le attività di Gestione del Rischio Clinico, al fine di garantire un monitoraggio più efficace dei dispositivi medici e una maggiore tutela della sicurezza dei pazienti e degli operatori.

## **9. RIFERIMENTI NORMATIVI**

1. Relazione sulla Performance Anno 2025 ASL AV - Deliberazione n. 384 del 17.03.2025.
2. PIAO ASL AV 2026 -2028 - Deliberazione n. 180 del 30.01.2026.
3. Presa d'atto "Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella - luglio 2024 a cura del Ministero della Salute - Deliberazione n.1537 del 18.11.2024.
4. Decreto Attuativo della Legge Gelli – Bianco 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 08.03.2017, n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie".
9. Legge 28.12.2015, 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 20.03.2008 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 05.06.2003, 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 19.06.1999, n. 229 recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30.11.1998, n. 419".
15. D.P.R. 14.01.1997 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 30.12.1992, n. 502 recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421".



*Azienda Sanitaria Locale Avellino*  
*Direttore Generale*  
*Maria Concetta Conte*