



DELIBERAZIONE

Proponente: **UOC Rischio Clinico**

Oggetto: Adozione Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2026 e Piano Annuale Infezioni Correlato all'Assistenza (PAICA) 2026

Provvedimento con Esecutività Immediata

Elenco Firmatari:

Emilia Anna Vozzella - Direzione Sanitaria

Gaetano Memoli - Direzione Amministrativa

Emilia Anna Vozzella - Direzione Sanitaria

Redatto:

Giuliana Luongo

IL DIRETTORE GENERALE

Maria Concetta Conte

Firmato Digitalmente



Oggetto: Adozione Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2026 e Piano Annuale Infezioni Correlato all'Assistenza (PAICA) 2026

IL DIRETTORE A.I. UOC Rischio Clinico

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”;
- che 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;
- che 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 17.01.2020;
- D.G.R.C. n. 19 del 18.01.2020;
- 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) 2026 " e " Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA) 2026 " allegati al presente provvedimento, ne formano parte integrante e sostanziale;

ATTESTATO

- Che il presente provvedimento è regolare e legittimo, nella forma e nella sostanza, ai sensi della vigente normativa e utile per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dallo art.1 della L.20/94 e successive modifiche;
- Che la conformità del presente atto alle norme sul trattamento dei dati di cui al D.Lgs 196/2003, così come integrato con le modifiche introdotte dal D.Lgs 101/2018 per lo adeguamento della normativa nazionale al Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e dalle novelle introdotte dalla legge 27 dicembre 2019 n.160, che contiene principi e prescrizioni per il trattamento dei dati personali, anche con riferimento alla loro "diffusione", e dichiarato di aver valutato la rispondenza del testo, compreso degli eventuali allegati, destinato alla diffusione per il mezzo dell' Albo Pretorio alle suddette prescrizioni e ne dispone la pubblicazione nei modi di legge;

DICHIARATO

- Che la documentazione originale a supporto del presente provvedimento è depositata e custodita agli uffici della Struttura proponente;
- Che non sussistono motivi ostativi a procedere essendo l'atto conforme alle disposizioni di legge in materia ed ai regolamenti e/o direttive dell'Ente, nonché coerente con gli obiettivi strategici individuati dalla Direzione Generale e le finalità istituzionali dell'Ente;
- L'insussistenza del conflitto di interesse, allo stato attuale, ai sensi dell' articolo 6 bis della Leggen.241/90 in relazione al citato provvedimento e l'aderenza del presente atto alle misure previste nel vigente piano anticorruzione;

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

Per quanto in premessa, che qui si intende integralmente riportato

- **di dover adottare** i documenti denominati "Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2026 " e " Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA) 2026 ", che allegati al presente provvedimento, ne formano parte integrante e sostanziale;

- **di disporre** che il proponente ne curi la pubblicazione sul sito istituzionale dell'Azienda, all' interno della sezione "Amministrazione Trasparente" e sul portale del Dipartimento della Funzione Pubblica della presidenza del Consiglio dei Ministri, come da normativa vigente.

Direttore a.i.
 UOC Rischio Clinico
 Emilia Anna Vozzella
Firmato Digitalmente

IL DIRETTORE GENERALE

Maria Concetta Conte

Individuato con la D.G.R.C. n. 430 del 26.06.2025, nominato con il D.P.G.R.C. n. 98 del 07.08.2025, immesso in servizio con la Delibera Aziendale n. 988 del 09.08.2025;

Vista la proposta di deliberazione che precede, a firma del Direttore a.i. UOC Rischio Clinico.

Con il parere favorevole reso, alla luce di tutto quanto sopra riportato ed attestato, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario con la sottoscrizione della presente proposta di provvedimento:

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Gaetano Memoli
Firmato Digitalmente

IL DIRETTORE SANITARIO

Emilia Anna Vozzella
Firmato Digitalmente

DELIBERA

per i motivi di cui alla premessa che qui si intendono integralmente riportati:

- **di adottare** i documenti denominati “ Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2026 ” e “ Piano Annuale delle Infezioni Correlate all’Assistenza (PAICA) 2026 ”, che allegati al presente provvedimento, ne formano parte integrante e sostanziale;
- **di trasmettere** copia del presente atto al Collegio Sindacale, come per legge, alla UOC proponente per il seguito di competenza;
- **di dare atto** che il provvedimento de quo è immediatamente eseguibile, al fine di ottemperare ai successivi adempimenti.

IL DIRETTORE GENERALE

Maria Concetta Conte

Firmato Digitalmente



Allegati alla presente:

Allegato Atti Amministrativi (Nome File:PARM 2026.pdf - Impronta:

7f48ca376498dee7b171924dc6d8d1f0c42595fe45c231b6410bdf304bf37868ea4fa771a408ec618a6fec67f2fa9b396100f4e596e64ac480682eaf141d724a) -

PUBBLICABILE;

Allegato Atti Amministrativi (Nome File:PAICA 2026.pdf - Impronta:

fa1e35119e7a0c2afd8a5ce233a18d58aaa6cbafdc0e80cc7393fbff654b834a1e15e902f7e69d56eca0db930bb851a99ec6dae0d97dbd08a9c9d2440d4741af) -

PUBBLICABILE;

Trasmessa ai soggetti esterni sotto elencati a cura dell'unità operativa proponente
Notificata ai soggetti interni sotto elencati:

Collegio Sindacale
UOC Rischio Clinico



***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

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

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.

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.

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.

DATI STRUTTURALI ANNO 2025	
Indicatore	Riferimento
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



**PIANO ANNUALE
RISK MANAGEMENT**

RC - Rev: 03
Data: Marzo 2026

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.
TOTALE	82	34	4.099.233,93 di cui 2.065.836,47 non copertura assicurativa

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



***Piano Annuale delle Infezioni
Correlate all'Assistenza***

PAICA

*Azienda Sanitaria Locale Avellino
Direttore Generale
Maria Concetta Conte*



**PIANO ANNUALE DELLE INFEZIONI
CORRELATE ALL'ASSISTENZA (PAICA)**

RC Rev: 02
Data: marzo 2026

**PIANO ANNUALE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (PAICA)
Anno 2026**

Revisione del PAICA		Distribuzione controllata
Motivo Revisione - AGGIORNAMENTO		
Redazione	<p>Gruppo di Lavoro:</p> <p>Direttore ai. UOC Rischio Clinico <i>[Signature]</i></p> <p>Referente ICA <i>[Signature]</i></p>	<p>Presidio Ospedaliero di Ariano I. Presidio Ospedaliero di Sant'Angelo dei L. Dipartimento di Prevenzione Dipartimento di Salute Mentale</p>
Verifica	<p>Direttore Sanitario Aziendale <i>[Signature]</i></p> <p>Direttore Amministrativo Aziendale <i>[Signature]</i></p>	<p>UOC Farmacia Territoriale UOS Formazione e Alpi SPS di Bisaccia-Distretto di Sant'Angelo dei L. Hospice di Solofra-Distretto di</p>
Approvazione	<p>Direttore Sanitario Aziendale <i>[Signature]</i></p>	<p>Atripalda Strutture Residenziali Distretti Sanitari</p>
Autorizzazione	<p>Direttore Generale <i>[Signature]</i></p>	<p>Cure Domiciliari</p>

SOMMARIO

Acronimi e abbreviazioni

1. PREMESSA	pag. 3
2. SCOPO	pag. 4
3. CAMPO DI APPLICAZIONE	pag. 5
4. ORGANIZZAZIONE AZIENDALE PER LA PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE ICA	pag. 5
4.1 Istituzione CICA Aziendale	
4.2 Composizione del Comitato e strutture di supporto	
5. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ 2025	pag. 5
6. PIANO DELLE ATTIVITÀ: OBIETTIVI STRATEGICI 2026	pag. 8
7. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PAICA	pag. 11

Riferimenti Normativi

Riferimenti Bibliografici e Sitografia



**PIANO ANNUALE DELLE INFEZIONI
CORRELATE ALL'ASSISTENZA (PAICA)**

Rev: 02
Data: marzo 2026

ACRONIMI E ABBREVIAZIONI

ABR	Antibiotico - Resistenza	
AFT	Aggregazione Funzionale Territoriale	
AMR	Antimicrobico - Resistenza	
CAUTI	Infezioni delle Vie Urinarie Associate all'Uso di Catetere	
CICA	Comitato Aziendale per il Controllo delle Infezioni all'Assistenza	Correlate
CIO	Comitato di Infezioni Ospedaliere	
CRE	Enterobatteri Resistenti a Carbapenemi	
CRT	Centro Regionale Trapianti	
CVC	Catetere Venoso Centrale	
CVP	Catetere Venoso Periferico	
DDD	Dosi Giornaliere Definita	
DMP	Direzione Medica di Presidio	
GDO	Giornate di Degenza Ordinaria	
ICA	Infezioni Correlate all'Assistenza	
MMG	Medico di Medicina Generale	
NSG	Nuovo Sistema di Garanzia	
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità	
PL	Posti Letto	
PLS	Pediatri di Libera Scelta	
PNCAR	Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico - Resistenza	
PO	Presidio Ospedaliero	
PP.OO.	Presidi Ospedalieri	
UCAD	Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali	
UO	Unità Operativa	
UU.OO.	Unità Operative	
VAP	Polmoniti Associate a Ventilazione Meccanica	
SSI	Infezione del Sito Chirurgico	

1. PREMESSA

Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) si definiscono come infezioni dovute a batteri, funghi, virus o altri agenti patogeni meno comuni, contratte durante l'assistenza sanitaria, che possono verificarsi in qualsiasi contesto assistenziale (ospedali, ambulatori di chirurgia, centri di dialisi, lungodegenze, assistenza domiciliare, strutture residenziali territoriali) e che al momento dell'ingresso nella struttura o prima dell'erogazione dell'assistenza non erano manifeste clinicamente, né, presumibilmente in incubazione. La definizione comprende anche le infezioni acquisite dagli operatori sanitari durante lo svolgimento delle comuni attività assistenziali, con importanti implicazioni sia per la loro salute sia per la gestione complessiva del rischio infettivo.

Le infezioni correlate all'assistenza hanno un forte impatto sull'assistenza, la salute e l'economia, per questo è indispensabile supportare le attività di prevenzione e controllo di queste infezioni.

Circa l'80% di tutte le ICA riguarda quattro sedi principali: tratto urinario, ferite chirurgiche, apparato respiratorio, infezioni sistemiche (sepsi, batteriemie). Negli ultimi quindici anni si sta assistendo a un calo delle infezioni urinarie e ad un aumento delle batteriemie e delle polmoniti.

Il trend epidemiologico in costante crescita 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 microorganismi anche in sedi corporee normalmente sterili.

La trasmissione delle ICA, dipende dal microrganismo interessato, per questo possono avvenire per:

- contatto diretto tra una persona sana e una infetta;
- via droplet ovvero attraverso le goccioline emesse con tosse e starnuti;
- via aerea;
- contatto indiretto attraverso un veicolo contaminato per esempio endoscopi o strumenti chirurgici.

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, ma soprattutto i pazienti, a rischio di contrarre una ICA possono essere estrinseci, intrinseci o correlati a pratiche assistenziali.

Tra i *fattori estrinseci* i più frequenti sono:

- durata della degenza, maggiore è la durata, maggiore è la possibilità di contrarre un'ICA;
- utilizzo di dispositivi invasivi che entrano in contatto con parti del corpo generalmente sterili (CVP, CVC, catetere vescicale, intubazione);
- ricovero in terapia intensiva;
- interventi chirurgici che favoriscono l'insorgenza di infezioni del sito chirurgico.

Tra i *fattori intrinseci* troviamo, invece, quelli che riguardano la persona:

- età (ad esempio i bambini e gli anziani sono più suscettibili in virtù del loro sistema immunitario più debole);
- genere (e di solito sono più colpiti gli uomini);
- presenza di altre infezioni o patologie concomitanti;

- alterazione dello stato di coscienza.

Secondo un rapporto dell'OMS le ICA hanno un pesante impatto sulla salute provocando un prolungamento della durata della degenza, disabilità a lungo termine, aumento della resistenza agli antibiotici e un aumento della mortalità.

In Europa le ICA provocano ogni anno circa:

- 16 milioni di giornate di degenza aggiuntive;
- 37.000 decessi e in più 110.000 decessi per i quali le ICA sono una concausa ((WHO a, 2011).

È stato anche stimato che in assenza di interventi efficaci, il numero di ICA complicate da AMR entro il 2050, potrebbe provocare la morte di 10 milioni di persone l'anno (Jim O'Neill, 2014). Sul piano economico invece gli effetti delle ICA si riflettono su perdita di vite e di giornate lavorative e su un maggiore utilizzo di risorse sanitarie. È stato stimato che 16 milioni di giornate aggiuntive di degenza, abbiano un costo approssimativo di 7 miliardi di euro. (WHO b, 2011).

Più della metà delle ICA sono prevenibili, tramite soprattutto quelle associate a determinati comportamenti, attraverso la pianificazione di programmi di prevenzione e controllo della trasmissione di infezioni. Occorre però pianificare e attuare programmi di controllo a diversi livelli, nazionale, regionale, locale, per garantire la messa in opera di quelle misure che si sono dimostrate efficaci nel ridurre al minimo il rischio di complicanze infettive. Sebbene le ICA siano comunemente attribuibili alle condizioni del paziente e alla qualità dell'assistenza fornita, è stato dimostrato che un assetto organizzativo dedicato contribuisce a prevenirle.

Le principali strategie per la prevenzione delle ICA si basano su:

- igiene delle mani;
- igiene ambientale;
- screening e cohorting dei pazienti;
- sorveglianza;
- antibiotic stewardship;
- uso di linee guida e cultura di cure sicure.

2. SCOPO

Il presente Piano rappresenta l'impegno costante dell'ASL Avellino nel garantire la sicurezza del paziente, del personale e di tutti gli attori coinvolti nel processo assistenziale di cura.

Attraverso l'attuazione delle azioni previste, dalla sorveglianza all'adozione di pratiche assistenziali sicure, fino alla formazione continua degli operatori, ci si propone di ridurre in modo significativo l'incidenza delle ICA, migliorare gli esiti clinici e contribuire all'efficienza del sistema sanitario. Il monitoraggio periodico e la revisione degli indicatori permetteranno di valutare l'efficacia delle misure adottate e, laddove necessario, rimodulare le strategie d'intervento in modo dinamico e tempestivo.

Tale Piano opera in continuità con le attività previste nel precedente PAICA 2025 puntando a diffondere la cultura della prevenzione delle infezioni nosocomiali e la standardizzazione delle attività nelle diverse strutture aziendali.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente Piano si applica a tutte le strutture delle ASL Avellino, comprese quelle residenziali sociosanitarie afferenti al Distretto Sanitario di competenza.

4. ORGANIZZAZIONE AZIENDALE PER LA PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE ICA

4.1 Istituzione CICA Aziendale

Con Deliberazione n. 1758 del 30 dicembre 2024, la Direzione Aziendale ha ricostituito il Comitato Aziendale per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CICA), quale organismo multidisciplinare incaricato della definizione, implementazione e monitoraggio delle strategie aziendali per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA).

4.2 Composizione del Comitato e strutture di supporto.

Il Comitato è strutturato in modo da includere al proprio interno specifici Gruppi Operativi (GO), incardinati presso il PO di Ariano Irpino e il PO di Sant'Angelo dei Lombardi. Una scelta strategica della Direzione Sanitaria Aziendale è stata quella di coinvolgere i Referenti delle strutture residenziali territoriali nelle attività di prevenzione, controllo e monitoraggio delle ICA, in qualità di componenti dei GO-CICA. Tale assetto garantisce un raccordo funzionale tra ambito ospedaliero e territoriale, favorendo un approccio integrato alla gestione del rischio infettivo.

Le strutture a supporto del CICA sono:

- il Gruppo di lavoro Interospedaliero (nota prot. ASLAV/0112087/2025 del 15.12.2025) che si riunisce con cadenza periodica al fine di analizzare e gestire eventuali criticità, nonché di garantire l'aggiornamento continuo delle procedure aziendali relative alle principali infezioni correlate all'assistenza;
- il Gruppo di Lavoro Sorveglianza epidemiologica ICA (nota prot. ASLAV/0112080/2025 del 15.12.2025) con il compito di definire ed attuare gli studi di sorveglianza, prevalenza ed incidenza sulle ICA;
- il Gruppo di Lavoro PNCAR 2026 (nota prot. ASLAV/0112073/2025 del 15.12.2025) con il compito di verificare e controllare l'attuazione del Piano Nazionale sull'Antibiotico Resistenza e adottare gli adempimenti necessari per la sua attuazione e implementazione.

Si è proceduto alla nomina del referente aziendale ICA e Rischio Clinico (nota prot. ASLAV/0114309/2025 del 22.12.2025) e altresì alla individuazione dei referenti ICA delle singole strutture territoriali e ospedaliere (nota prot. ASL/0112099/2025 del 15.12.2025).

5. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ 2025

Con deliberazione n. 452 del 31 marzo 2025, è stato adottato il Piano Aziendale per il Contrasto delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA) quale strumento strategico per la definizione degli obiettivi aziendali in materia di prevenzione, sorveglianza e controllo delle ICA. Il documento è stato pubblicato sul sito aziendale, è soggetto a revisione annuale e ne è stata altresì richiesta la rendicontazione degli obiettivi specifici 2025.

Al riguardo si evidenziano le seguenti attività:



**PIANO ANNUALE DELLE INFEZIONI
CORRELATE ALL'ASSISTENZA (PAICA)**

Rev: 02
Data: marzo 2026

Appropriatezza prescrittiva degli antibiotici: l'Azienda ha intrapreso azioni di razionalizzazione sull'uso appropriato degli antibiotici, attraverso incontri periodici tra i farmacisti UCAD, referenti AFT, MMG e PLS di ciascun distretto sanitario dell'Asl di Avellino. Nel corso del 2025 sono stati realizzati n. **54 incontri presso le UCAD distrettuali** e n. **32 incontri formativi**, che hanno coinvolto complessivamente 143 MMG e PLS. L'efficacia delle azioni intraprese nel corso del 2025, si evidenzia nell'ambito delle attività di monitoraggio dell'Antimicrobial Stewardship di cui al DD n. 424 del 11.07.2023 ad oggetto "Linee di indirizzo per l'attuazione dei programmi Antimicrobial Stewardship e per l'implementazione locale dei protocolli di terapia antibiotica" - (Appropriatezza prescrittiva territoriale - progetto AWaRe), in quanto il consumo di antibiotici sistemici (ATC J01), espresso in DDD/1000 abitanti die (**D14C** - "Consumo di farmaci sentinella /traccianti per 1000 abitanti Antibiotici"), risulta pari a **5.578,85** (popolazione ISTAT) e **5.548,98** (popolazione SOGEI/MEF), a fronte di un valore soglia di **5.972,16** previsto per l'indicatore D14C.

Per l'anno 2025, l'indicatore D14C è stato calcolato sia utilizzando la popolazione residente ISTAT al 1° gennaio 2025, sia la popolazione estratta dal Cruscotto Tessera Sanitaria (SOGEI/MEF), al fine di garantire una valutazione completa e attendibile del fenomeno.

Segue l'andamento dell'indicatore core NSG di area distrettuale - D14C dall'anno 2023, per evidenziare come l'insieme delle attività poste in essere dall'ASL Avellino ha determinato una progressiva riduzione nel consumo di antibiotici:

INDICATORE	2023	2024	2025
D14C	7.155	5760.6	5578,85 (ISTAT) 5548,98 (SOGEI/MEF)
	Valore Soglia 7263	Valore Soglia 6500	Valore Soglia 5972,16

Per l'anno 2025 la percentuale di antibiotici classificati come "Access" sul totale delle DDD consumate risulta pari al 43,01% valore inferiore al benchmark minimo previsto del 60%. Si rappresenta che l'Azienda ha già avviato e sta progressivamente implementando specifiche azioni di sensibilizzazione e formazione rivolte ai prescrittori, finalizzate a rafforzare la conoscenza e l'utilizzo appropriato dei farmaci appartenenti alla categoria "Access" secondo la classificazione OMS (schema AWaRe).

In particolare:

- sono stati integrati nei programmi formativi aziendali moduli specifici dedicati alla classificazione AWaRe e alla promozione degli antibiotici "Access" come prima scelta terapeutica, ove clinicamente appropriato;
- è in corso un'attività di monitoraggio periodico dei profili prescrittivi, con restituzione dei dati ai Distretti Sanitari e ai MMG/PLS;
- sono state fornite indicazioni operative nell'ambito delle attività di antimicrobial stewardship, al fine di orientare progressivamente le scelte prescrittive verso molecole a minore impatto selettivo.



PIANO ANNUALE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (PAICA)

Rev: 02
Data: marzo 2026

Tali azioni sono orientate al graduale riallineamento dell'indicatore ai valori target previsti nei prossimi cicli di monitoraggio.

Igiene delle mani: presso i PO di Ariano Irpino e Sant'Angelo dei Lombardi è in atto la sorveglianza all'adesione della procedura "Igiene delle mani", giusta deliberazione n. 516 del 09 aprile 2024 che prevede:

- raccolta dati trimestrale per singolo reparto sul corretto lavaggio delle mani;
- adesione alla sorveglianza nazionale del consumo di soluzione idroalcolica per l'igiene delle mani in ambito ospedaliero.

Consumo di soluzione idroalcolica – dati locali Asl AV 2024	
P.O. Ariano Irpino	P.O. Sant'Angelo dei Lombardi
8,22L/1000 GDO	8,31 L/1000 GDO

Consumo di soluzione idroalcolica – dati locali Asl AV 2025	
P.O. Ariano Irpino	P.O. Sant'Angelo dei Lombardi
10 L/1000 GDO	16,33L/1000GDO

Il trend relativo al consumo di soluzione idroalcolica è in aumento in entrambi i PP.OO., ma sono necessarie ulteriori azioni di formazione/sensibilizzazione.

È in corso di completamento la creazione sulla Intranet Aziendale, di una sezione dedicata alla pubblicazione delle Procedure Gestionali per il controllo e la prevenzione delle Infezioni correlate all'assistenza, al fine di favorirne la rapida consultazione.

Inoltre, nell'ambito delle diverse giornate formative del Corso Infezioni Ospedaliere, previsto dal PNRR, si è sensibilizzato/formato il personale sanitario focalizzando l'attenzione sui 5 momenti fondamentali dell'Igiene delle Mani, in conformità con le linee guida del Manuale dell'OMS.

Sito chirurgico: per quanto riguarda la disinfezione del sito chirurgico, gli aggiornamenti normativi del D.M. del 29 marzo 2023 - nota regionale prot. PG/2025/0381091 del 31.07.2025, sono stati trasmessi ai Direttori Sanitari dei PPOO per la sua applicazione negli ospedali, è altresì in fase di revisione la procedura operativa aziendale relativa alla "*Prevenzione dell'infezione del sito chirurgico*".

Inoltre, nell'ambito delle diverse giornate formative del Corso Infezioni Ospedaliere, previsto dal PNRR, si è ulteriormente sensibilizzato il personale sanitario sulla prevenzione dell'infezione del sito chirurgico con un approccio basato sul "*care bundle*".

Audit: per diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo nel corso del 2025 sono stati effettuati **n. 4 audit**, sulla corretta applicazione delle procedure aziendali.

Sorveglianza ICA: nell'ambito del controllo delle infezioni da microrganismi multiresistenti, viste le procedure aziendali (Procedura Operativa "Sorveglianza e controllo infezione da CRE e gestione



PIANO ANNUALE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (PAICA)

Rev: 02
Data: marzo 2026

dei pazienti con colonizzazione/infezione da germi multiresistenti” adottata con deliberazione n.1008 del 7.08.2020 e la Procedura Operativa “Clostridium difficile” adottata con deliberazione n. 272 del 18.02.2022) proseguono le attività di sorveglianza in tutte le UUOO a rischio (Anestesia e Rianimazione, Cardiologia, Luongodegenza, Medicina, Ortopedia, Neurologia, Pediatria e Pronto Soccorso).

Il sistema di raccolta dei dati si avvale del supporto del Laboratorio di Analisi dei PPOO, che segnala i microrganismi Alert alle Direzioni Mediche di Presidio (DMP), al fine di valutare eventuali azioni di miglioramento per il contenimento delle ICA.

Formazione: nell’ambito delle azioni previste per il rafforzamento delle competenze in materia di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all’assistenza, sono state organizzate diverse giornate formative all’interno del “Corso di formazione sulle infezioni ospedaliere”, finanziato dal PNRR – Missione 6 – componente 2 Subinvestimento 2.2.

Tale corso è rivolto al personale dipendente, coinvolto in attività assistenziali presso i PP.OO. e strutture territoriali, attraverso una formazione articolata in quattro Moduli (A, B, C, D) definiti secondo quanto previsto dall’Allegato 5 Action Plan M6. Il corso è soggetto a continui monitoraggi trasmessi periodicamente alla Regione Campania.

L’ASL Avellino ha raggiunto la milestone del 52% entro il 30 giugno 2025, rispettando il cronoprogramma previsto. 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.

Il corso di formazione 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.

6. PIANO DELLE ATTIVITÀ: OBIETTIVI STRATEGICI 2026

Le attività che verranno realizzate nel corso dell’anno 2026 rientrano nelle iniziative aziendali in tema di sicurezza delle cure e contribuiscono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza e sostenibilità nella gestione aziendale e nelle prestazioni assistenziali.

Le attività previste per il raggiungimento degli obiettivi sono:

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



**PIANO ANNUALE DELLE INFEZIONI
CORRELATE ALL'ASSISTENZA (PAICA)**

Rev: 02
Data: marzo 2026

Responsabile/Referente	Obiettivi	Indicatore	Benchmark
Responsabili dei PO (DMP) e Responsabili delle strutture residenziali socio - sanitarie	Organizzazione di incontri con operatori, mirati al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA da destinarsi al personale delle cooperative impegnate in attività assistenziali e dei servizi nel territorio della ASL AV	Numero di incontri destinati alle varie figure professionali delle cooperative	2/anno per ogni PO e struttura sociosanitaria
RUP Corso di Formazione PNRR ICA	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	85%
UOC Rischio Clinico/ UOS Formazione/Responsabile Farmacia Ospedaliera/ Direttore UOC Farmacia Territoriale	Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sanitari sull'uso degli antibiotici (<i>Corso di Formazione PNCAR-Strategie per il contrasto dell'Antibiotico Resistenza in ambito comunitario</i>)	Numero di eventi aziendali organizzati (Piano Formativo 2026)	Almeno 1/anno
Responsabili dei PO (DMP) /Direttori dei Distretti per le strutture residenziali socio-sanitarie afferenti	Attività di verifiche per la sicurezza del paziente/audit per la prevenzione delle ICA	Numero verifiche per la sicurezza/audit effettuate dalle Strutture con il supporto di altri professionisti oltre ai componenti GO-CICA	Almeno 1/anno
Responsabili dei PO (DMP)/ Responsabile Farmacia Ospedaliera	Distribuzione del consumo di soluzione idroalcolica L/1000 GDO	Consumo di soluzione idroalcolica = xxL/1000 Giornate di degenza	20L/1000 GDO (Standard OMS)
Responsabili dei PO (DMP) /Direttori dei Distretti per le strutture residenziali socio - sanitarie afferenti/GO-CICA	Osservazione igiene delle mani da parte del personale	Raccolta dati trimestrale per singolo reparto Rilevazione a campione	100%



**PIANO ANNUALE DELLE INFEZIONI
CORRELATE ALL'ASSISTENZA (PAICA)**

Rev: 02
Data: marzo 2026

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:*

Responsabile/Referente	Obiettivi	Indicatore	Benchmark
Gruppo Aziendale Sorveglianza epidemiologica ICA/ Responsabili dei PO (DMP) /Direttori dei Distretti per le strutture residenziali socio-sanitarie afferenti	Attuare gli studi di prevalenza sulle principali ICA (SSI, VAP, CAUTI, infezioni da Clostridium difficile e da CRE);	Numero di indagini di prevalenza eseguite nell'arco di 2 anni	1 indagine di prevalenza effettuata in ogni struttura ospedaliera e residenziale
Gruppo di Lavoro Interospedaliero CICA	Aggiornamento/Implementazione procedure aziendali relative al controllo delle ICA	Numero di procedure aziendali aggiornate / Implementate	Almeno 1/anno
Responsabili dei PO (DMP) /Direttori dei Distretti per le strutture socio-sanitarie residenziali afferenti	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 Struttura	Si/No

C) *Migliorare la consapevolezza e promuovere la formazione degli operatori sanitari sul contrasto all'ABR*

Responsabile/Referente	Obiettivi	Indicatore	Benchmark
UOC Rischio Clinico/ UOS Formazione/Responsabile Farmacia Ospedaliera/ Direttore UOC Farmacia Territoriale	Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sull'uso degli antibiotici (<i>Corso di Formazione PNCAR-Strategie per il contrasto dell'Antibiotico Resistenza in ambito comunitario</i>)	Numero di eventi aziendali organizzati (Piano Formativo 2026)	Almeno 1/anno
UOC Farmacia Territoriale	Appropriatezza prescrittiva territoriale-Progetto AWARE	Utilizzo di Farmaci Antibiotici (ATC II J01)	max 5972,16/anno
		Antibiotici J01 classificati come Access sul totale J01 – DDD consumate	Min 60%

Gli 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.

7. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PAICA

Il presente Piano, al fine di garantire il corretto svolgimento delle attività previste e il raggiungimento degli obiettivi prefissati, viene diffuso a tutti i livelli dell'organizzazione aziendale attraverso specifiche modalità informative quali:

- 1) Approvazione del Piano attraverso 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 attività formative.

RIFERIMENTI NORMATIVI

- Circolare ministeriale 52/1985 - Lotta alle Infezioni Ospedaliere;
- Circolare ministeriale 8/1988 - Lotta alle Infezioni Ospedaliere: la sorveglianza;
- 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”;
- 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”;
- 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”;
- Piano Nazionale di Contrasto dell’ Antimicrobico - Resistenza (PNCAR) 2022-2025;
- Piano Regionale della Prevenzione 2022 - 2025: approvato con Deliberazione di Giunta Regionale N. 600/2021;
- 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”;
- Decreto Dirigenziale n.424 del 11/07/2023 avente ad oggetto: “Linee d’indirizzo per l’attuazione dei programmi di Antimicrobial Stewardship e per l’implementazione locale dei protocolli di terapia antibiotica”;
- Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella Luglio 2024.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E SITOGRAFIA

- Regione Lazio – Determinazione n.G00163 del 11/01/2019 “Approvazione ed adozione del documento recante le Linee Guida per l’elaborazione del PAICA”;
- Global patient safety action plan 2022 - 2030;
- Sorveglianza mediante prevalenza puntuale delle infezioni correlate all’assistenza e sull’uso di antibiotici negli ospedali per acuti (PPS3) – Report riassuntivo. Torino: Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino. 2023;
- 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. 336 del 06 Marzo 2024 ad oggetto “Prevenzione delle infezioni delle vie urinarie correlate al cateterismo vescicale - pg/CIO n.04 - 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. 516 del 09 Aprile 2024 ad oggetto “Procedura “Igiene delle mani”- pg/CIO n.05- Adozione”;
- Deliberazione n. 1758 del 30 Dicembre 2024 ad oggetto “Comitato Aziendale per il Controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza (CIC.A);
- www.salute.gov.it;
- www.epicentro.iss.it;
- www.aifa.gov.it.



Azienda Sanitaria Locale Avellino
Direttore Generale
Maria Concetta Conte