

PRESIDIO OSPEDALIERO
S. MARIA DELLA PIETÀ
CASORIA
DATA 30/03/2026
PROT. 110



Presidio Ospedaliero
"S. Maria della Pietà"
Religiosi Camilliani
Casoria

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM)2026

PREPARATO

NOME E COGNOME	FUNZIONE/MANSIONE/INCARICO	DATA	FIRMA
Dott.ssa Claudia Mele	Referente Rischio Clinico	27.03.2026	

VERIFICATO

NOME E COGNOME	FUNZIONE/MANSIONE/INCARICO	DATA	FIRMA
Dott. Domenico Maglione	Direttore Sanitario	27.03.2026	

APPROVATO

NOME E COGNOME	FUNZIONE/MANSIONE/INCARICO	DATA	FIRMA
Padre Dott. Vincenzo Li Calsi	Procuratore Speciale	27.03.2026	

Il presente documento è elaborato secondo le linee di indirizzo della Regione Campania (DD.N.99 del 16/12/2022) ed in conformità agli obblighi normativi della legge 24/2017 articolo 2, comma 5

Presidio Ospedaliero "S. Maria della Pietà"
Religiosi Camilliani
Casoria

DOCUMENTO RISERVATO LA RIPRODUZIONE E/O DIFFUSIONE NON AUTORIZZATA - ANCHE PARZIALE - È PROIBITA.

Sommario

1. Introduzione	3
2. Contesto organizzativo.....	4
3. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sulla sinistrosità	5
3.1. Analisi degli eventi avversi	5
3.2. Le cadute	6
3.3. Relazione Analitica.....	8
3.4. Sinistrosità e risarcimenti	8
4. Raggiungimento Obiettivi PARM 2025	9
5. Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) 2025.....	10

1. Introduzione

La Gestione del Rischio Sanitario, elemento fondamentale del Governo Clinico, rappresenta l'insieme delle strategie, delle procedure e degli strumenti attraverso cui le organizzazioni sanitarie promuovono il miglioramento continuo della qualità dei servizi e garantiscono elevati standard di sicurezza e performance assistenziale. Essa mira ad assicurare condizioni organizzative e professionali ottimali, favorendo lo sviluppo dell'eccellenza clinica e la tutela del paziente.

In questo contesto, il Piano Aziendale di Risk Management (PARM) costituisce l'atto formale attraverso il quale le aziende sanitarie dichiarano il proprio impegno nella gestione del rischio clinico. Attraverso tale documento vengono definite strategie, azioni e strumenti finalizzati alla prevenzione, al monitoraggio e alla gestione degli eventi avversi, mediante l'adozione di politiche sia **proattive**, orientate alla prevenzione del rischio, sia **reattive**, finalizzate all'analisi e alla gestione degli eventi già verificatisi.

Il **Ministero della Salute** ha individuato la gestione del rischio clinico come uno degli elementi strategici per il miglioramento della qualità delle cure e della sicurezza dei pazienti, fornendo specifiche raccomandazioni operative alle strutture sanitarie. Tra le principali indicazioni si evidenziano:

- l'individuazione di modelli organizzativi uniformi per la gestione del rischio clinico;
- lo sviluppo di procedure e direttive per la rilevazione sistematica e uniforme degli errori e dei rischi di errore;
- la promozione di programmi formativi finalizzati alla prevenzione degli eventi avversi;
- l'incentivazione della segnalazione dei **near miss**, quale strumento di apprendimento organizzativo;
- la sperimentazione e l'implementazione di metodi e strumenti per la raccolta e l'analisi dei dati relativi agli errori;
- il monitoraggio periodico dei fenomeni di rischio e la diffusione di feedback informativi agli operatori;
- l'adozione di misure organizzative, tecnologiche e procedurali finalizzate alla riduzione degli errori evitabili.

A livello regionale, la Regione Campania, con **Decreto Dirigenziale n. 99 del 16 dicembre 2022**, ha approvato le *Linee guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)*, stabilendo l'obbligo per tutte le strutture sanitarie pubbliche e private di predisporre, aggiornare e pubblicare annualmente il proprio piano di gestione del rischio sanitario. Tale documento deve inoltre essere redatto in coerenza con quanto previsto dalla **Legge n. 24/2017 (Legge Gelli-Bianco)**, che riconosce la sicurezza delle cure come parte integrante del diritto costituzionale alla salute.

L'**Ospedale Santa Maria della Pietà di Casoria (Napoli)** ha recepito tali indicazioni normative e ministeriali sin dal 2019, implementando un modello organizzativo orientato alla sicurezza delle cure e alla gestione sistematica del rischio clinico. Il **PARM**, elaborato annualmente e trasmesso alla Regione Campania, rappresenta da oltre quattro anni il documento di riferimento per la pianificazione e l'attuazione delle attività di gestione del rischio sanitario all'interno della struttura.

Inoltre, il PARM integra al proprio interno il **PAICA (Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza)**, con l'obiettivo di:

- promuovere una visione integrata e unitaria della gestione del rischio sanitario;
- garantire l'allineamento tra le politiche di qualità e sicurezza delle cure e i requisiti di autorizzazione e accreditamento istituzionale;

- armonizzare le strategie di prevenzione e controllo del rischio infettivo con gli obiettivi previsti dal DD n. 99/2022 della Regione Campania e dal Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicro-bico-Resistenza (PNCAR).

2. Contesto organizzativo

DATI STRUTTURALI	
Posti letto ordinari totali	86
Posti letto ordinati area medica	47
Posti letto ordinari area chirurgica	39
Posti letto diurni	29
Servizi trasfusionali	0
Blocchi operatori	2
Sale operatorie	3
Terapie intensive	0
UTIC	0
Dipartimenti	0

DATI ATTIVITA' AGGREGATI 2025	
Indicatore	Riferimento
Ricoveri ordinari	3784
Accessi Primo Soccorso	755
Branche specialistiche	11
Ricoveri diurni	3855
Neonati o parti	Non applicabile
Prestazioni ambulatoriali pubbliche	224.463

DATI DI PRODUZIONE 2025				
	NUMERO R.O.	CASI DH/DS	NUMERO PACC	TOTALE
Cardiologia	700			700
Chirurgia Generale	643		899	1542
Medicina Generale	491		3	494
Oncologia	119	365		484
Oculistica			1101	1101
Otorino	33	82	222	337
Urologia	861	210	473	1544
Gastroenterologia	167	35	304	506
Pneumologia	639	161		800
Lungodegenza	131			131
TOTALE	3784	853	3002	7639

3. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sulla sinistrosità

La legge 24 del 2017 ha introdotto all'articolo 2, comma 5, l'obbligo di predisposizione di una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto gli eventi avversi e sulle conseguenti iniziative messe in atto.

3.1. Analisi degli eventi avversi

2025

Numeri totale incident reporting	33
Numeri incident reporting con presa in carico	33
Numeri incident reporting prese in carico con SEA	1

MACROCLASSIFICAZIONE DEGLI INCIDENT REPORTING	
Caduta accidentale	33
Evento avverso	0
Evento sentinella	0
Near Miss	0
Totale complessivo	33

3.2. Le cadute

Il totale degli eventi analizzati è 33 cadute.

Tabella riassuntiva eventi di caduta

Variabile analizzata	Categoria	N. eventi	%
Reparto	Medicina	16	48%
	Cardiologia	7	21%
	Lungodegenza	6	18%
	Gastroenterologia	1	3%
	Oncologia	1	3%
	Non specificato	2	6%
Fascia di età	< 65 anni	2	6%
	65 – 74 anni	2	6%
	75 – 84 anni	12	36%
	≥ 85 anni	17	52%
Danno riportato	Nessun danno	19	58%
	Danno lieve (escoriazioni/contusioni)	10	30%
	Danno moderato (ematomi/ferite)	4	12%
	Danno grave	0	0%
Livello di rischio di caduta	Basso (1–2)	7	21%
	Medio (3–4)	11	33%
	Alto (≥5)	10	30%
	Non documentato	5	16%

L'analisi degli eventi di caduta evidenzia una maggiore concentrazione nel reparto di Medicina e tra pazienti di età avanzata, con oltre la metà degli eventi che coinvolge soggetti con età ≥85 anni. Nella maggior parte dei casi le cadute non hanno determinato danni significativi, sebbene in una quota di eventi siano stati necessari accertamenti diagnostici per escludere lesioni traumatiche. La distribuzione dei livelli di rischio mostra una prevalenza di pazienti con rischio medio-alto, mentre in alcuni casi la valutazione del rischio non risulta documentata.

Tabella – Distribuzione delle cadute per luogo dell'evento

Luogo della caduta	N. eventi	%
Camera di degenza	20	61%
Bagno	7	21%
Corridoio	4	12%
Non specificato	2	6%
Totale	33	100%

L'analisi del luogo dell'evento evidenzia che la maggior parte delle cadute si verifica all'interno della camera di degenza (61%), seguita dal bagno (21%) e dai corridoi (12%).

Questo dato suggerisce che il momento più critico è rappresentato dai trasferimenti autonomi del paziente, in particolare durante l'alzata dal letto o negli spostamenti verso i servizi igienici.

Tabella – Distribuzione delle cadute per fascia oraria

Fascia oraria	Orario	N. eventi	%
Notte	00:00 – 05:59	11	33%
Mattina	06:00 – 11:59	9	27%
Pomeriggio	12:00 – 17:59	6	18%
Sera	18:00 – 23:59	7	21%
Totale		33	100%

L'analisi della distribuzione temporale degli eventi evidenzia una maggiore frequenza delle cadute nella fascia notturna (33%), seguita dalla fascia mattutina (27%).

Tale dato è coerente con quanto riportato in letteratura, che identifica le ore notturne come periodo a maggior rischio, in relazione alla ridotta sorveglianza, alla minore illuminazione ambientale e alla tendenza dei pazienti a muoversi autonomamente per recarsi ai servizi igienici.

3.3. Relazione Analitica

Introduzione

L'analisi dei dati relativi agli eventi avversi, near miss ed eventi sentinella consente di individuare i principali fattori causali/contribuenti e di implementare azioni di miglioramento mirate. I dati esaminati derivano dalle segnalazioni di incident reporting e, nel caso degli eventi avversi, anche dalle richieste di risarcimento.

Matrice causale degli eventi di caduta

Categoria di causa	% stimata	Principali fattori identificati	Evidenze emerse dall'analisi
Organizzative	40%	- Pazienti che si alzano senza richiedere assistenza - Sorveglianza ridotta nelle ore notturne - Gestione dei presidi (cateteri, sacche urine) che ostacolano la mobilità - Pazienti che si recano autonomamente in bagno	Numerosi eventi avvenuti durante trasferimenti autonomi o spostamenti verso il bagno, spesso nelle ore notturne
Procedurali	35%	- Valutazione del rischio di caduta non sempre documentata - Non sistematica applicazione delle scale di rischio - Misure preventive non sempre attuate (segnalazione paziente a rischio, assistenza negli spostamenti)	In alcuni eventi il livello di rischio non era riportato o non risultavano attivate misure preventive
Strutturali / ambientali	15%	- Spazi limitati in camera - Ostacoli ambientali (comodini, presidi, arredi) - Pavimenti potenzialmente scivolosi - Illuminazione notturna ridotta	Cadute avvenute in camera, bagno e corridoio
Tecnologiche / presidi	10%	- Mancato utilizzo di ausili alla mobilitazione - Assenza di calzature o dispositivi antiscivolo - Sistemi di chiamata non utilizzati dal paziente	Alcuni eventi correlati a pazienti senza calzature idonee o che non hanno richiesto assistenza

3.4. Sinistrosità e risarcimenti

La legge 24 del 2017 (art.2 comma 5), prevede che le strutture sanitarie pubbliche e private rendano disponibili, mediante pubblicazione nel proprio sito Internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario. Nel Parm deve essere riportato, per ogni anno dell'ultimo quinquennio, il dato aggregato relativo ai risarcimenti effettivamente erogati, precisando se il predetto dato si riferisce al periodo in cui la struttura è in copertura assicurativa o in auto assicurazione o auto ritenzione. In relazione a tale obbligo normativo di seguito i dati della struttura

Anno	N. sinistri aperti	N. Sinistri liquidati	Risarcimenti erogati	Regime assicurativo
2020	12	8	473.794,00	Auto ritenzione
2021	8	3	89.833,27	Auto ritenzione

2022	6	8	499.942,00	Lloyd's insurance company S.A. MP-RCT-RCO
2023	4	6	254.486,57	AMTRUST SPA-Auto ritenzione con riserve accantonate proporzionali al rischio
2024	4	2	66.048,41	Auto ritenzione
2025	4	3	878.235,71	Auto ritenzione

4. Raggiungimento Obiettivi PARM 2025

Obiettivi regionali – Monitoraggio anno 2025

Obiettivo	Attività	Indicatore	Standard	Risultato 2025	Valutazione
Diffondere la cultura della sicurezza delle cure attraverso la formazione del personale sulla prevenzione e gestione del rischio	Progettazione ed effettuazione di un corso aziendale sulla gestione del rischio clinico finalizzato a migliorare l'applicazione delle procedure aziendali e delle raccomandazioni ministeriali	Esecuzione di almeno una edizione del corso entro dicembre	I	L'edizione del corso aziendale prevista non è stata realizzata entro l'anno di riferimento	Obiettivo non raggiunto
Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa promuovendo il monitoraggio degli eventi avversi	Monitoraggio near miss, eventi avversi ed eventi sentinella con inserimento in piattaforma SIMES	Numero segnalazioni pervenute / numero prese in carico	100%	Tutte le segnalazioni ricevute sono state analizzate e prese in carico dal team di rischio clinico	Obiettivo raggiunto (100%)
Attività del Team rischio clinico	Riunioni periodiche del team e confronto su tematiche di rischio clinico	Numero riunioni svolte / numero riunioni programmate	100%	Tutte le riunioni programmate sono state regolarmente svolte	Obiettivo raggiunto (100%)

Nel corso dell'anno 2025 risultano raggiunti gli obiettivi relativi al monitoraggio degli eventi avversi e alle attività del Team di Rischio Clinico, garantendo la presa in carico di tutte le segnalazioni e lo svolgimento delle riunioni programmate.

L'obiettivo relativo alla formazione del personale sulla gestione del rischio clinico non è stato raggiunto entro l'anno di riferimento e sarà riprogrammato nell'ambito delle attività formative dell'anno successivo al fine di rafforzare la diffusione della cultura della sicurezza delle cure.

Obiettivi aziendali – Monitoraggio anno 2025

Obiettivo	Attività	Indicatore	Standard	Risultato 2025	Valutazione
Monitoraggio dello stato di implementazione delle raccomandazioni ministeriali	Elaborazione strumenti di analisi e attività di Safety Walkaround (SWA) nelle unità operative	Monitoraggio raccomandazioni ministeriali n.1-9	100%	Monitorate 3 raccomandazioni su 9 previste dal programma	Obiettivo parzialmente raggiunto (33%)
		Monitoraggio diretto UUOO	>75%	Attività di verifica effettuata solo su parte delle unità operative	Obiettivo parzialmente raggiunto

Focalizzazione sul processo di informativa e consenso	Revisione delle informative chirurgiche	Numero informative revisionate	>80%	L'attività di revisione delle informative chirurgiche non è stata completata secondo lo standard previsto	Obiettivo non raggiunto
	Verifica implementazione procedura consenso informato (DL 219/2017)	Attività di audit	≥1 audit per specialistica	Non risultano completate le attività di audit programmate	Obiettivo non raggiunto
Revisione dei 16 obiettivi di sicurezza di sala operatoria	Aggiornamento dei protocolli di sicurezza	Disponibilità protocolli aggiornati	100%	Aggiornamento e revisione dei protocolli effettuata in parte	Obiettivo raggiunto al 70%
	Verifica dello stato di implementazione	Safety Walk-around	≥1 SWA per protocollo	Attività di verifica svolta su parte dei protocolli previsti	Obiettivo raggiunto al 70%

L'analisi dello stato di attuazione degli obiettivi aziendali evidenzia un raggiungimento parziale delle attività di monitoraggio delle raccomandazioni ministeriali, con verifica effettuata su 3 raccomandazioni su 9 previste.

Le attività relative al processo di informativa e consenso informato non risultano completate nell'anno di riferimento e saranno oggetto di riprogrammazione.

Per quanto riguarda la revisione degli obiettivi di sicurezza in sala operatoria, le attività di aggiornamento e verifica dei protocolli risultano realizzate in misura pari a circa il 70%, con prosecuzione delle attività prevista nel periodo successivo.

5. Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) 2025

Report microbiologico – Urinocolture ed Emocolture

Urinocolture

Nel periodo di riferimento sono state effettuate 547 urinocolture, di cui 96 positive, con un tasso di positività del 17,5%.

Distribuzione dei microrganismi isolati

Microrganismo	N° isolamenti	% su positivi
Escherichia coli	67	69,8 %
Klebsiella spp.	14	14,6 %
Enterobacter spp.	3	3,1 %
Pseudomonas aeruginosa	3	3,1 %
Pseudomonas spp.	2	2,1 %
Proteus spp.	2	2,1 %
Citrobacter spp.	2	2,1 %
Citrobacter freundii	2	2,1 %
Morganella morganii	1	1,0 %
Altri microrganismi	0	0 %

Interpretazione epidemiologica

Il tasso di positività delle urinocolture (17,5%) risulta compatibile con i dati di letteratura relativi ai contesti ospedalieri.

La distribuzione dei patogeni evidenzia una netta prevalenza di *Escherichia coli*, responsabile di circa 7 infezioni urinarie su 10, confermando il ruolo di principale agente eziologico delle infezioni del tratto urinario.

La presenza di *Klebsiella*, *Enterobacter* e *Pseudomonas* suggerisce la possibile associazione con:

infezioni correlate a cateterizzazione urinaria

pazienti con degenze prolungate

contesti assistenziali a maggiore complessità.

Tali dati supportano il mantenimento di interventi di prevenzione mirati alla riduzione delle infezioni urinarie correlate all'assistenza (CAUTI).

Emocolture

Nel periodo analizzato sono state effettuate 133 emocolture, di cui 11 positive, con un tasso di positività dell'8,3%.

Distribuzione dei microrganismi isolati

Microrganismo	N° isolamenti	% su positivi
<i>Staphylococcus aureus</i>	6	54,5 %
<i>Escherichia coli</i>	4	36,4 %
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	1	9,1 %
Altri microrganismi	0	0 %

Interpretazione epidemiologica

Il tasso di positività delle emocolture (8,3%) è in linea con i valori osservati nella pratica clinica ospedaliera.

La predominanza di *Staphylococcus aureus* (oltre il 50% delle batteriemie) rappresenta un dato rilevante per la sorveglianza del rischio infettivo, poiché tale microrganismo è frequentemente associato a:

- infezioni correlate a cateteri venosi
- infezioni cutanee o dei tessuti molli
- infezioni sistemiche invasive.

La presenza di *Escherichia coli* suggerisce possibili batteriemie di origine:

- urogena
- addominale.

6. Piano degli Obiettivi – Anno 2026

6.1. Obiettivi regionali

Obiettivo	Attività	Indicatore	Standard
Obiettivo 1: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure attraverso la formazione del personale sulla prevenzione e gestione del rischio	Progettazione ed effettuazione di un corso aziendale sulla gestione del rischio clinico finalizzato a migliorare l'applicazione delle procedure aziendali implementate in riferimento alle raccomandazioni ministeriali	Esecuzione di almeno una edizione del corso entro dicembre dell'anno di riferimento	≥ 1 edizione del corso
Obiettivo 2: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa promuovendo il monitoraggio e il contenimento degli eventi avversi	Monitoraggio near miss, eventi avversi ed eventi sentinella con inserimento in piattaforma SIMES	Numero segnalazioni pervenute / numero prese in carico	100%
Obiettivo 3: Attività del Team rischio clinico	Riunioni periodiche del Team di rischio clinico e confronto sulle principali tematiche di sicurezza delle cure	Numero riunioni svolte / numero riunioni programmate	100%

6.2. Obiettivi aziendali

Obiettivo	Attività	Indicatore	Standard
Obiettivo 4: Monitoraggio dello stato di implementazione delle raccomandazioni ministeriali	Elaborazione di strumenti di analisi e svolgimento di attività di Safety Walkaround (SWA) nelle unità operative	Monitoraggio raccomandazioni ministeriali n.1-9	100%
		Monitoraggio diretto UU.OO.	>75% delle UU.OO.
Obiettivo 5: Focalizzazione sul processo di informativa e consenso informato	Revisione delle informative chirurgiche relative alle diverse discipline	Numero informative revisionate	>80%
	Verifica dello stato di implementazione della procedura sul consenso informato ai sensi del DL 219/2017	Attività di audit	≥1 audit per specialistica
Obiettivo 6: Revisione degli obiettivi di sicurezza in sala operatoria	Aggiornamento dei protocolli relativi ai 16 obiettivi di sicurezza in sala operatoria	Disponibilità protocolli aggiornati	100%
	Verifica dello stato di implementazione dei protocolli di sicurezza	Attività di Safety Walkaround (SWA)	≥1 SWA per protocollo

Il Piano degli Obiettivi per l'anno 2026 ripropone gli obiettivi regionali e aziendali già individuati nel precedente ciclo di programmazione, con l'intento di consolidare le attività di gestione del rischio clinico e completare le azioni di miglioramento non pienamente realizzate nell'anno precedente.

Particolare attenzione sarà dedicata alla formazione del personale sulla sicurezza delle cure, al monitoraggio degli eventi avversi attraverso il sistema di incident reporting, nonché alla verifica dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali e dei protocolli di sicurezza in sala operatoria.

Obiettivo specifico di miglioramento – Prevenzione delle cadute

Obiettivo	Attività	Indicatore	Standard
Obiettivo 7: Riduzione del rischio di caduta nei pazienti ricoverati	Monitoraggio e analisi degli eventi di caduta attraverso il sistema di incident reporting	Numero cadute segnalate e analizzate	100% degli eventi segnalati analizzati
	Applicazione sistematica della scala di valutazione del rischio di caduta all'ingresso e durante la degenza	Numero pazienti valutati / numero pazienti ricoverati	≥ 90%
	Implementazione di misure preventive nei pazienti identificati a rischio (assistenza negli spostamenti, utilizzo di presidi di sicurezza, segnalazione del rischio)	Numero pazienti a rischio con misure preventive attivate	≥ 90%
	Attività di sensibilizzazione del personale sanitario sulla prevenzione delle cadute	Incontri informativi / attività formative	≥ 1 iniziativa annuale

L'introduzione di uno specifico obiettivo di miglioramento relativo alla prevenzione delle cadute deriva dall'analisi degli eventi avversi registrati nell'anno precedente. Le cadute rappresentano infatti uno degli eventi avversi più frequenti nelle strutture sanitarie e sono spesso correlate a fattori organizzativi, assistenziali e ambientali. L'obiettivo per l'anno 2026 è quindi quello di rafforzare le attività di prevenzione, migliorare la valutazione del rischio nei pazienti ricoverati e promuovere interventi organizzativi e assistenziali finalizzati alla riduzione degli eventi.