



PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO  
ORDINE OSPEDALIERO DI SAN GIOVANNI DI DIO  
**FATEBENEFRATELLI**

Centro Direzionale: 00189 ROMA – Via Cassia, 600 Tel. 06 3355906 – PEC: provincia\_romana\_fbf@legalmail.it – Iscritto al R.P.G. n. 666/87 C.F. 00443370580 – P.IVA 00894591007

Roma 26 marzo 2025

Al R.P. Superiore  
Al Direttore Sanitario  
Al Direttore Amministrativo  
Ospedale Buon Consiglio  
**Napoli**

e p.c. Al Direttore Affari Generali  
Al Direttore Sanitario Centrale  
**Sede**

Prot.: 966 /2025/003C

**Oggetto: Piano Annuale di Gestione del Risk Management (PARM 2025)**

Con la presente si approva il Documento di codesta Direzione relativo all'adozione del PARM 2025 così come ricevuto con nota del 26.03 u.s.

Per quanto sopra di invita a voler procedere alla trasmissione del Documento de quo agli Organi Regionali, dandone tempestiva comunicazione a questa Direzione.

Cordiali saluti.

Il Direttore Generale  
(Fra Pietro dr. Cicinelli oh)

OSPEDALE "SAN PIETRO"	ISTITUTO "SAN GIOVANNI DI DIO"	OSPEDALE "SACRO CUORE DI GESÙ" FATEBENEFRATELLI	OSPEDALE "BUON CONSIGLIO"	OSPEDALE "BUCCHERI LA FERLA"
Via Cassia, 600 00189 ROMA Tel. 06 33581 Fax 06 33251424	Via Fatebenefratelli, 3 00045 GENZANO DI ROMA Tel. 06.937381 Fax 06.9390052	Viale Principe di Napoli, 14/A 82100 BENEVENTO Tel. 0824.771111 Fax 0824.47935	Via Manzoni, 220 80123 NAPOLI Tel. 081.5981111 Fax 081.5757643	Via Messina Marine, 197 90123 PALERMO Tel. 091.479111 Fax 091.477625



PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO  
ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO  
FATEBENEFRATELLI

## OSPEDALE BUON CONSIGLIO

VIA MANZONI 220 – NAPOLI

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO  
PARM – 2025



# PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

**PARM– 2025**

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO, IMPLEMENTAZIONE DELLE  
BUONE PRATICHE E PREVENZIONE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA**

	NOME	FUNZIONE	DATA	FIRMA
REDAZIONE	DE MARTINO VALENTINA	RESP. UOS GESTIONE RISCHIO CLINICO	25/03/2025	
	IANNUZZO MARIATERESA	RISK MANAGER		
VERIFICA	IANNUZZO MARIATERESA	DIRETTORE SANITARIO	26/03/2025	
	CAPUANO ANTONIO	DIRETTORE AMMINISTRATIVO		
APPROVAZIONE	FRA PIETRO CICINELLI	DIRETTORE GENERALE	28/03/2025	

	<p>PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRATELLI</p> <p><b>OSPEDALE BUON CONSIGLIO</b></p> <p>VIA MANZONI 220 – NAPOLI</p> <p>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO PARM – 2025</p>	
---	--	---

# Indice

## PREMESSA

### 1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

- 1.1. Posizione costitutiva
- 1.2. Dati Strutturali
- 1.3. Dati Attività

### 2. RELAZIONE SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

- 2.1. Fonte dei dati
- 2.2. Analisi Degli Eventi
- 2.3. Analisi Sinistrosità e risarcimenti
- 2.4. Posizione assicurativa

### 3. MATRICE DI RESPONSABILITÀ

### 4. OBIETTIVI

- 4.1. Obiettivi regionali
- 4.2. Obiettivi aziendali
- 4.3. Risultati attività 2024
- 4.4. Obiettivi 2025

### 5. FORMAZIONE

- 5.1. Formazione attuata nel 2024
- 5.2. Formazione in programma nel 2025

### 6. Modalità di diffusione del documento

### 7. Riferimenti normativi

### 8. Riferimenti bibliografici e sitografici

	<p>PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRATELLI</p> <p><b>OSPEDALE BUON CONSIGLIO</b></p> <p>VIA MANZONI 220 – NAPOLI</p> <p>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO PARM – 2025</p>	
---	--	---

## PREMESSA

La gestione del rischio clinico rappresenta un pilastro fondamentale per garantire la sicurezza dei pazienti, la qualità delle cure e il miglioramento continuo dei processi assistenziali. Il presente Piano Annuale di Gestione del Rischio Clinico si propone di delineare strategie, azioni e obiettivi mirati a identificare, prevenire e mitigare gli eventi avversi, promuovendo al contempo una cultura organizzativa improntata alla trasparenza, alla responsabilità e all'apprendimento continuo.

L’Ospedale Buon Consiglio - Fatebenefratelli riconosce l’importanza di un approccio sistematico e proattivo nella gestione del rischio clinico, coinvolgendo attivamente tutte le figure professionali — medici, infermieri, amministrativi, psicologi, assistenti sociali e nutrizionisti — per creare un ambiente sicuro e collaborativo. Inoltre, il presente Piano si inserisce in un continuum di attività di gestione del rischio, attuate con costanza e impegno nel corso degli anni. Le iniziative illustrate nel documento precedente sono state non solo programmate, ma anche realizzate con successo durante l’anno, dimostrando un percorso consolidato e un’evoluzione costante. Questo approccio, radicato in una lunga tradizione, si adatta annualmente alle nuove esigenze e ai cambiamenti del contesto sanitario, garantendo così una declinazione sempre attuale e mirata della gestione del rischio.

Il piano annuale si sviluppa in coerenza con le normative nazionali e regionali, tenendo conto delle specificità della nostra struttura e delle esigenze emergenti dal contesto sanitario attuale. Il documento si articola in diverse sezioni, descrivendo il contesto organizzativo in cui l’ospedale è inserito, relazionando poi sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati, ed infine procedendo alla definizione degli obiettivi specifici per l’anno in corso. L’obiettivo ultimo è comunque sempre migliorare l’efficacia clinica, ridurre la probabilità di errore e rafforzare il rapporto di fiducia con i pazienti e i loro familiari.

Vista la complessità e la variopinta articolazione delle attività, un ruolo particolarmente importante ha assunto il coinvolgimento di tutti gli operatori sanitari dell’ospedale sviluppando una rete tra i ruoli manageriali e quelli clinico - assistenziali. Questa impostazione da una parte è coerente con l’obiettivo principale del Risk management legato alla rilevante attività di formazione/informazione, dall’altra permette una adeguata contestualizzazione nei diversi ambiti operativi, nonostante la frammentazione delle risorse umane. In tal senso la gestione del rischio clinico è stata supportata da:

- Comitato Locale Risk management
- Comitato Controllo dell’Infezioni Correlata all’Assistenza

	<p>PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRATELLI</p> <h2 style="color: blue;">OSPEDALE BUON CONSIGLIO</h2> <p>VIA MANZONI 220 – NAPOLI</p> <p><b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO</b> <b>PARM – 2025</b></p>	
---	--	---

■ da tutti gli altri Comitati Ospedalieri, Gruppi di Lavoro per Audit multidisciplinari quali Comitato Ospedale senza Dolore, Comitato Percorso Nascita e Promozione dell'Allattamento, Comitato Buon Uso del Sangue, GOM (Gruppi Oncologici Multidisciplinari) che sono attivi nel nostro ospedale.

Tutte le attività di gestione del rischio clinico descritte nel seguente piano non sono solo un obbligo normativo, ma rappresentano un impegno concreto e condiviso per garantire la sicurezza e il benessere di chi affida a noi la propria salute. La collaborazione interdisciplinare e la responsabilizzazione di tutti i professionisti sanitari saranno la chiave per il successo delle azioni proposte. Con questo spirito, ci impegniamo a perseguire gli obiettivi delineati, adattandoci con flessibilità ai cambiamenti e valorizzando le esperienze maturate nel corso dell'anno per costruire un futuro più sicuro e sostenibile per i nostri pazienti e per l'intera comunità ospedaliera.



	<p>PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRATELLI</p> <p><b>OSPEDALE BUON CONSIGLIO</b></p> <p>VIA MANZONI 220 – NAPOLI</p> <p>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO PARM – 2025</p>	
---	--	---

## 1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

### 1.1 POSIZIONE COSTITUTIVA

L’Ospedale Buon Consiglio appartiene alla Provincia Religiosa di San Pietro dell’Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio – Fatebenefratelli ed è sito a Napoli alla Via Manzoni n.220.

E' ospedale classificato ai termini dell'art. 1 della Legge 132 del 1968, con D.P.G.R. della Regione Campania del 10.02.1975 n. 969, convenzionato con la Regione Campania con Atto del 1985 e successivamente con Accordo del 18.02.2011 in regime di prorogatio ex art. 8 quinque D.Lgs. n. 502/1992. Ha adottato un modello organizzativo dipartimentale con Delibera Presidenziale del 17/12/2003 – n° 5/03/003C, aggiornamento con Delibera Presidenziale del 26/06/2009 n° 177/2/B, recepita con Delibera Presidenziale n° 61 del 07/07/2009.

### 1.2 DATI STRUTTURALI

L’Ospedale Buon Consiglio è un ospedale generale di zona compreso nel territorio della ASL Napoli 1 Centro - Distretto Sanitario 24.

#### TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI SANITARIE EROGATE

L’Ospedale Buon Consiglio eroga:

- Prestazioni di Pronto Soccorso
- Prestazioni in regime di ricovero urgente, ordinario e diurno
- Prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale

#### SISTEMA EMERGENZA

L’Ospedale è sede di Pronto Soccorso:

- Pronto Soccorso Generale
- Pronto Soccorso Ostetrico
- Pronto Soccorso Neonatale
- Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (UTIC)
- Rianimazione e Terapia Intensiva (UTIR)
- Unità di Terapia Intensiva Neonatale(UTIN)

	<b>OSPEDALE BUON CONSIGLIO</b> PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRATELLI VIA MANZONI 220 – NAPOLI PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO PARM – 2025	
---	--	---

### RETI ASSISTENZIALI REGIONE CAMPANIA

- **COT/CoRE:** Rete dell'emergenza territoriale e regionale
- **Assistenza Perinatale:** Attuale riconoscimento per il DCA al I Livello della Rete Perinatale con UTIN
- **Rete IMA:** Cardiologia / UTIC, centroSpoke della Rete Infarto Miocardico Acuto
- **Rete Stroke :** Centro Spoke
- **ROC:** Rete Oncologica Campana
- **Rete formativa** per diverse figure professionali con le Università e Scuole di Specializzazione

### DISTRIBUZIONE POSTI LETTO E SERVIZI

AREA MEDICA
U.O. Medicina generale
U.O. Geriatria
U.O. Oncologia
U.O. Cardiologia
<b>TOTALE</b>

P.L.	Day Hospital / DaySurgery	Deg.private
16	1	1
6		
8	6	
13	1	1
<b>43</b>	<b>8</b>	<b>2</b>

AREA CHIRURGICA
U.O. Chirurgia Generale
U.O. Ortopedia e Traumatologia
<b>TOTALE</b>

26	2	1
26	2	2
<b>52</b>	<b>4</b>	<b>3</b>

AREA MATERNO INFANTILE
U.O. Ostetricia e Ginecologia
U.O. Pediatria
U.O. Neonatologia
U.O. UTIN
<b>TOTALE</b>

23	4	6
	1	
10		
6		
<b>39</b>	<b>5</b>	<b>6</b>

AREA EMERGENZA E TERAPIE INTENSIVE
U.O. Anestesia e UTIR
U.O. UTIC
Pronto Soccorso- postazioni emergenza
<b>TOTALE</b>
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>

4		
4		
3		
<b>11</b>		
<b>145</b>	<b>17</b>	<b>11</b>

SERVIZI/DISCIPLINE SENZA POSTI LETTO
Laboratorio Analisi
Diagnostica per Immagini
Ambulatori
Blocco Operatorio Con 6 Sale Operatorie
Blocco Parto Con 3 Sale Parto
Frigoemoteca - Centro Di Riferimento
Sit AORN Santobono-Pausillipon

	<p>PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRATELLI</p> <h2 style="color: blue;">OSPEDALE BUON CONSIGLIO</h2> <p>VIA MANZONI 220 – NAPOLI</p> <p><b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO</b> <b>PARM – 2025</b></p>	
---	--	---

### **1.3.DATI DI ATTIVITA'**

Di seguito sono riportati i principali dati di attività secondo le specificità del nostro ospedale.

<b>DATI ATTIVITA'</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>
<b>Ricoveri ordinari</b>	7.217	8.651	8.287	9.197	9.362
<b>Ricoveri chirurgici diurni (DaySurgery)</b>	243	221	693	837	761
<b>Accessi diurni (Day Hospital)</b>	3579	3357	3236	2.801	2.310
<b>Accessi Pronto Soccorso</b>	19.080	22.378	23.152	27.827	27.948
<b>Parti</b>	1.150	1.388	1.436	1.511	1.597
<b>Interventi Chirurgici</b>	3.832	5.187	5.276	5.645	5.815
<b>Prestazioni ambulatoriali *</b>	49.900	64.806	67.565	76.402	78.728

\* escluse prestazioni laboratorio analisi

	<b>OSPEDALE BUON CONSIGLIO</b> PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRATELLI VIA MANZONI 220 – NAPOLI PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO PARM – 2025	
---	--	---

## 2. RELAZIONE SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI NEL 2024

### 2.1. FONTE DEI DATI SUGLI EVENTI

Ai sensi dell'art. 2 comma 5 della L. 24/2017 tutte le strutture sanitarie sono tenute a predisporre una "relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatesi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento stesso e sulle conseguenti iniziative messe in atto".

La quantificazione e l'analisi dei suddetti eventi avversi è stata realizzata con la raccolta dei dati derivanti da diverse attività ospedaliero:

#### **1. Rilevazione informale dei near miss**

A partire dal 2024 è stato istituito il Diario dei Near Miss, che consta di un raccoglitore fisico dove vengono annotati in modo anonimo e spontaneo i mancati eventi: non è un registro ufficiale, ma uno spazio per documentare e riflettere sugli episodi che "sono quasi accaduti", senza cercare colpevoli ma con l'obiettivo di individuare le fragilità prima che si trasformino in eventi avversi.

Il diario viene gestito direttamente dalla direzione, raccogliendo segnalazioni informali provenienti da diverse fonti: racconti spontanei, chiacchiere tra colleghi, osservazioni dirette o segnalazioni da figure di riferimento (come ad esempio coordinatori, psicologa o assistente sociale). E' caratterizzato da descrizioni essenziali dei mancati eventi avversi senza nomi né dettagli sensibili con una breve analisi del contesto per capire dove il sistema ha retto e dove sarebbe potuto cedere e con spunti per possibili azioni correttive, da valutare in modo pratico e realistico. Il diario infatti non rimane un semplice archivio, ma diventa uno strumento per confrontarsi su cosa è emerso e valutare interventi rapidi come *briefing* veloci nei reparti o *lezioni lampo* non strutturate oppure *feedback uno a uno* per suggerimenti pratici ai coordinatori.

L'informalità qui sta nel tono leggero e nella fiducia reciproca: chi segnala lo fa per proteggere i pazienti e i colleghi, non per puntare il dito e si trasforma in abitudine positiva, una specie di sicurezza partecipata che non appesantisce il lavoro quotidiano.

#### **2. Il sistema di Incident Reporting**

Il Sistema di Incident Reporting permette al personale di segnalare eventi avversi, errori e situazioni a rischio in modo strutturato, contribuendo a migliorare la sicurezza delle cure. Raccoglie eventi avversi ed condizioni pericolose che richiedono una analisi immediata: la direzione e il team di gestione del rischio

	<p>PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRATELLI</p> <h2 style="color: blue;">OSPEDALE BUON CONSIGLIO</h2> <p>VIA MANZONI 220 – NAPOLI</p> <p><b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO</b> <b>PARM – 2025</b></p>	
---	--	---

valutano rapidamente gli eventi più critici cercando di creare una cultura in cui segnalare è un atto di responsabilità e non una caccia al colpevole, promuovendo la sicurezza collaborativa.

### **3. Reclami/segnalazioni pervenute all'U.R.P. (Ufficio per le Relazioni con il Pubblico),**

L'U.R.P. raccoglie le osservazioni da pazienti e familiari, diventando una fonte preziosa per individuare criticità spesso invisibili dall'interno. Con questa modalità sono raccolti reclami formali su disservizi, ritardi o aspetti organizzativi critici, segnalazioni spontanee su situazioni percepite come rischiose o poco sicure, commenti su comunicazioni poco chiare o comportamenti inappropriati che vengono analizzate dalla direzione come possibile spia di una vulnerabilità nel percorso di cura. Quindi vengono discusse ed intraprese azioni correttive con i Responsabili di Unità Operativa e/o con i Coordinatori Infermieristici con una procedura formalizzata che trasforma la critica in opportunità.

### **4. I dati sui sinistri**

I dati dei sinistri che riguardano prevalentemente le attività clinico - assistenziali forniscono importanti indicazioni sulla sicurezza delle cure, nella prospettiva di migliorare l'assistenza. Il sistema informativo SIMES comprende, oltre al monitoraggio degli eventi sentinella, anche la gestione delle denunce dei sinistri (i dati medico-legali, economici, assicurativi e procedurali) e pertanto i dati sui sinistri — ossia gli eventi che portano a richieste di risarcimento danni — offrono uno sguardo cruciale sulle aree più vulnerabili delle attività assistenziali. I dati medico-legali e gli aspetti economici e assicurativi valutano anche l' impatto finanziario legato all'evento.

Ogni sinistro viene letto non solo come una questione legale ma come possibile campanello d'allarme su processi clinici, organizzativi o comunicativi attraverso una analisi delle cause profonde potenzialmente capaci di trasformare l'esperienza negativa di un sinistro in una lezione preziosa per potenziare la sicurezza e la qualità delle cure.

### **5. Analisi dei database su eventi specifici**

Sono tanti i database che raccolgono informazioni dettagliate su eventi come cadute, infezioni correlate all'assistenza (ICA), aggressioni al personale, lesioni da pressione, infortuni sul lavoro offrono una panoramica essenziale per individuare aree critiche e rafforzare la sicurezza.

Attraverso l'analisi di queste informazioni è possibile trasformare il dato relativo ad eventi specifici in azioni di prevenzione mirata, migliorando sicurezza e qualità dell'assistenza attraverso:

	<p>PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRATELLI</p> <h2 style="color: blue;">OSPEDALE BUON CONSIGLIO</h2> <p>VIA MANZONI 220 – NAPOLI</p> <p><b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO</b> <b>PARM – 2025</b></p>	
---	--	---

- la rilevazione precoce di trend negativi: un aumento di eventi specifici attiva un'analisi mirata per individuare cause sistemiche.
- il confronto con altre fonti di rischio clinico: integrare questi dati con near miss, incident reporting e reclami aiuta a riconoscere vulnerabilità trasversali.
- le azioni preventive personalizzate: ogni dato guida una risposta concreta.

A questi sistemi vanno ad aggiungersi le frequenti rilevazioni della Direzione Sanitaria presso i vari reparti/servizi con il metodo *SafetyWalk Round* (giri per la sicurezza), con il coinvolgimento di diverse figure sanitarie nel corso di Comitati, Audit e Focus group su specifiche tematiche, ed infine con la quotidiana visualizzazione della documentazione sanitaria relativa ai diversi utenti (cartelle cliniche, verbali di pronto soccorso, referti ambulatoriali).

Nel complesso da tutte queste fonti intra-ospedalieri possono essere individuate le seguenti tipologie di eventi

- Near Miss
- Evento Avverso
- Evento Sentinella

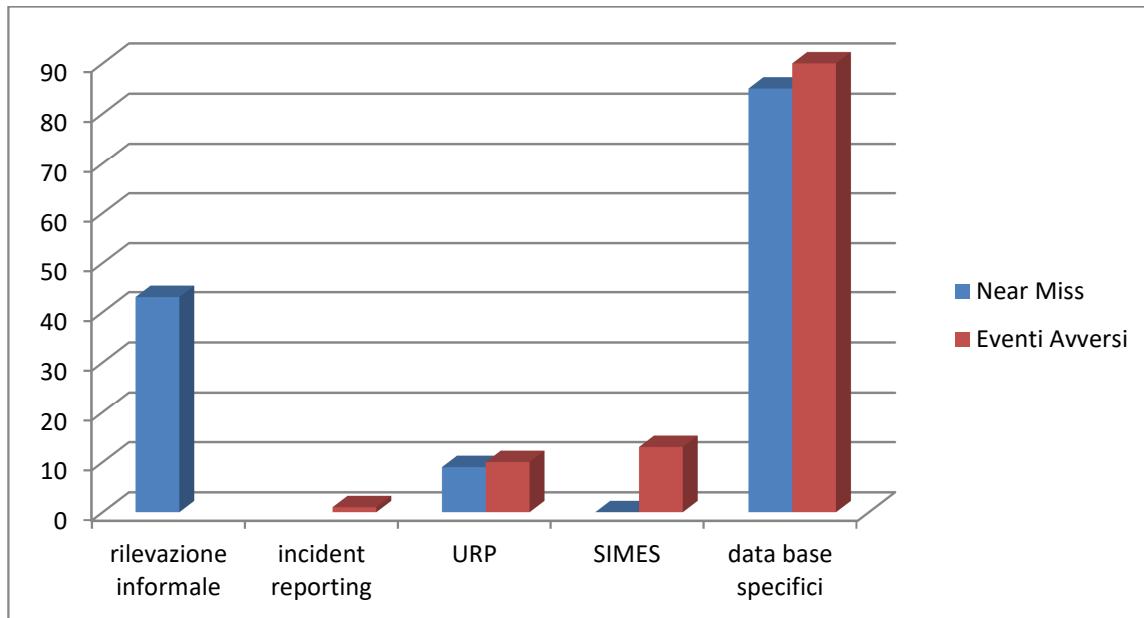
che nell'anno 2024 sono in totale n° **257** distribuiti per FONTE DEI DATI (art. 2 c.5 della L. 24/2017) rappresentati nelle tabelle nel grafico seguenti:

**Tabella n° 1 Eventi occorsi nel 2024 e distribuiti in base alla tipologia delle fonti di rilevazione**

Tipo di evento	rilevazione informale	incident reporting	URP	SIMES	DATA BASE SPECIFICI						TOTALE
					CADUTE	AGGRESSIONI	ICA	LdP	INFORTUNI		
Near Miss	43		9		10	17	47		11		<b>137</b>
Eventi Avversi		1	10	13	16	8	61	5	6		<b>120</b>
Eventi Sentinella											<b>0</b>
<b>TOTALE</b>	<b>43</b>	<b>1</b>	<b>19</b>	<b>13</b>	<b>26</b>	<b>25</b>	<b>108</b>	<b>5</b>	<b>17</b>		<b>257</b>



**Graficon° 1 Eventi occorsi nel 2024 e distribuiti in base alla tipologia**



**Tabella n° 2 Eventi occorsi nel 2024 con indicazione della fonte dei dati, dei principali fattori risultati dall'analisi delle cause e dalle azioni di miglioramento intraprese focalizzando in particolare sugli eventi "cadute"**

Tipo di evento	n.eventi (% sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della CATEGORIA di evento	% di cadute all'interno della TIPOLOGIA di evento	Fonte del dato	Principali fattori causali/contribuenti	Azioni di miglioramento
Near Miss	137 (54.6%)	10 (7%)	10 (38%)	INCIDENT REPORTING (0,4%) RILEVAZIONI INFORMALI(17%) URP (8%)  SIMES (5%)  DATABASE SPECIFICI (70%)	Organizzativi (30%)	Strutturali -Tecnologici (25 %)
Eventi Avversi	120(45,4%)	16 (14%)	16 (61%)		Procedure (55%)	Organizzativi (35%)
Eventi Sentinella	0	0	0		Strutturali - Tecnologici (15%)	Procedure (40%)

Dalla tabella emerge in particolare che i Near Miss rappresentano la quota maggiore, evidenziando un buon livello di rilevazione proattiva.

	<p>PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRATELLI</p> <h2 style="color: blue;">OSPEDALE BUON CONSIGLIO</h2> <p>VIA MANZONI 220 – NAPOLI</p> <p><b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO</b> <b>PARM – 2025</b></p>	
---	--	---

Invece la maggior parte delle cadute rientra tra gli Eventi Avversi, indicando che purtroppo nella maggior parte dei casi le cadute generano conseguenze cliniche.

I fattori contribuenti principali sono rappresentati da criticità procedurali (55%) e organizzative (30%) che si riferiscono ai problemi o alle debolezze che emergono nei protocolli, nelle istruzioni operative o nei flussi di lavoro di un processo quali ad esempio:

- Protocolli incompleti o obsoleti: ad esempio, procedure di gestione del pronto soccorso.
- Mancata applicazione delle procedure: quando il personale non segue le linee guida per consuetudine o mancato aggiornamento.
- Procedure molto complesse relativamente alla stratificazione delle responsabilità ed alla difficoltà operativa pratica
- Mancata integrazione tra reparti o non comunicazione tra i diversi team.

Conseguentemente le azioni di miglioramento proposte sono focalizzate sul sistema procedurale con:

- Rafforzamento delle procedure:
- Revisione dei protocolli nelle aree con maggior numero di Eventi Avversi
- Promozione dell'Incident Reporting:
- Sensibilizzazione del personale per migliorare la segnalazione dei NearMiss
- Analisi periodica dei flussi di lavoro per identificare inefficienze
- Creazione di un dashboard complessivo per visualizzare l'andamento degli eventi dalle diverse fonti.

## 2.2. ANALISI DEGLI EVENTI

Il dato generale descritto nel capitolo precedente è stato analizzato con l'obiettivo chiave di mantenere l'equilibrio tra dettaglio e visione d'insieme.

L'analisi dettagliata serve per individuare le cause specifiche (es. quali procedure hanno più criticità o quali reparti registrano più eventi), ma senza perdere di vista il quadro complessivo e la comprensione se certi problemi sono isolati o sintomo di inefficienze più ampie nel sistema.

Nell'analisi generale degli eventi nel 2024 è stato deciso di valutare le **annotazioni informali del Diario dei quasi eventi**, ossia le non conformità su quanto osservato e raccolto direttamente dalla Direzione Sanitaria) nei reparti e nei servizi: con questa modalità sono stati raccolti ed analizzati **43 near miss suddivisi per tipologia di errore così come riportati nella tabella e nel grafico successivi.**

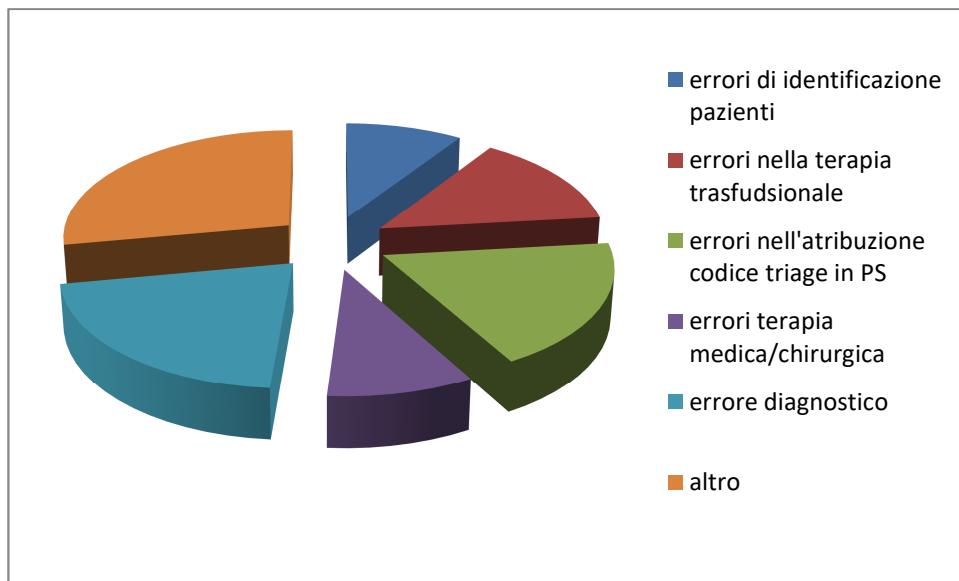
	<b>OSPEDALE BUON CONSIGLIO</b> PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRATELLI VIA MANZONI 220 – NAPOLI PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO PARM – 2025	
---	--	---

**Tabella n°3: Near miss suddivisi per categorie di errore - anno 2024**

	errori di identificazione pazienti	errori nella terapia trasfusionale	errori nell'attribuzione codice triage in PS	errori terapia medica/chirurgica	errore diagnostico	altro
Near Miss	4	6	8	4	9	12

9,3%                  14,0%                  18,6%                  9,3%                  20,9%                  27,9%

**Grafico n°2: Near miss suddivisi per categorie di errore - anno 2024**



Pur nella consapevolezza che il **sistema di Incident Reporting** rappresenta uno strumento essenziale per il monitoraggio e la prevenzione degli eventi avversi all'interno dell'ospedale. L'analisi delle segnalazioni raccolte ha evidenziato una criticità significativa legata alla scarsa compliance del personale nell'effettuare le segnalazioni in quanto, nonostante la formazione erogata, permane una resistenza culturale che porta a sottostimare l'importanza della segnalazione degli eventi, specialmente quelli senza danno.

Inoltre la percezione, seppur infondata, che la segnalazione possa comportare conseguenze negative personali o professionali scoraggia il personale. Ed infine la complessità burocratica e la mancanza di tempo durante le attività assistenziali portano a rimandare o evitare la segnalazione.

Per affrontare questa criticità e migliorare la raccolta delle segnalazioni, sono stati introdotti e rafforzati i sistemi di segnalazione specifici.



L'analisi dei **reclami pervenuti e formalizzati presso l'URP** (Ufficio Relazioni con il Pubblico) ha evidenziato un totale di **19** eventi. La maggior parte di questi reclami riguarda criticità emerse nel contesto del Pronto Soccorso, con particolare riferimento a:

- Tempi di attesa prolungati dovuti al sovraffollamento, percepiti dai pazienti come inaccettabili.
- Problemi di comunicazione tra operatori e utenti, specialmente in relazione alle informazioni sul percorso assistenziale e ai tempi di attesa.

Ad ogni evento occorrente la procedura prevede la predisposizione di una istruttoria per formalizzare la risposta all'utente attraverso la ricerca delle cause-radici con i responsabili di unità operativa e con i coordinatori infermieristici con i quali si sono poi contestualmente proposte Azioni Migliorative quali

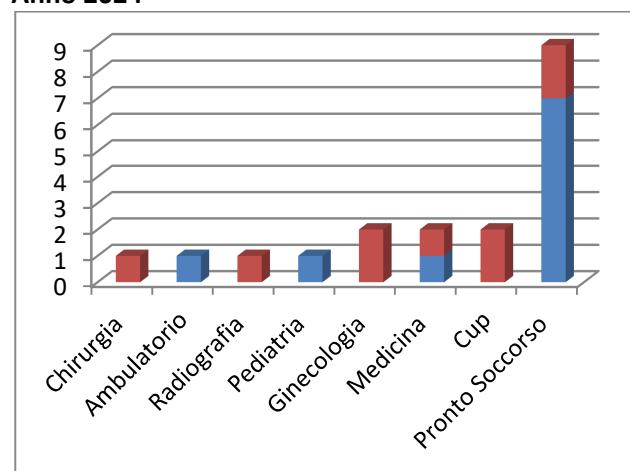
- Potenziamento della formazione del personale dedicato alla comunicazione: focus su tecniche di comunicazione empatica per migliorare l'interazione con i pazienti e i familiari.
- Ottimizzazione dei flussi di accesso al Pronto Soccorso: valutazione di un progetto di revisione logistica per la gestione dei percorsi di triage e degli spazi dedicati in attuazione nell'anno 2025.

Nella tabella e nel grafico seguente sono rappresentati i dati relativi ai reclami/segnalazioni pervenute all'U.R.P., distinti per area di interesse

**Tabella N° 4: reclami pervenuti e formalizzati presso l'URP distinti per tipologia e per area - Anno 2024**

Area di interesse	EVENTI	NEAR MISS	TOTALE
Chirurgia		1	<b>1</b>
Ambulatorio	<b>1</b>		<b>1</b>
Radiografia		1	<b>1</b>
Pediatria	<b>1</b>		<b>1</b>
Ginecologia		2	<b>2</b>
Medicina	<b>1</b>	1	<b>2</b>
Cup		2	<b>2</b>
Pronto Soccorso	<b>7</b>	2	<b>9</b>
<b>Totale</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>19</b>

**Grafico n° 3: reclami pervenuti e formalizzati presso l'URP distinti per tipologia e per area - Anno 2024**



I **sinistri in ambito sanitario** rappresentano eventi avversi che danno luogo a richieste di risarcimento danni da parte dei pazienti o dei loro familiari. Essi si classificano principalmente in:

- Errori diagnostici
- Infezioni correlate all'assistenza (ICA)

	<p>PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRATELLI</p> <h2 style="color: blue;">OSPEDALE BUON CONSIGLIO</h2> <p>VIA MANZONI 220 – NAPOLI</p> <p>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO PARM – 2025</p>	
---	--	---

- Errori nel trattamento chirurgico o complicanze post-operatorie

Nel 2024, sono stati presi in carico **13** sinistri, la cui analisi ha evidenziato che le discipline maggiormente coinvolte sono quelle chirurgiche, con una prevalenza significativa nel reparto di ortopedia.

**Tabella N° 5:sinistri sanitari presi in carico - Anno 2024**

	Chirurgia	Medicina	Ortopedia	Ostetricia	Pronto Soccorso	Totale
<b>errore diagnostico</b>	1	1	1	1	3	<b>7</b>
<b>errore trattamento chirurgico</b>	1		4			<b>5</b>
<b>infezione</b>			1			<b>1</b>
<b>Totale complessivo</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>13</b>

Il monitoraggio e l'analisi di questi eventi, gestiti attraverso la piattaforma SIMES, consente di raccogliere, catalogare e analizzare i sinistri, individuando aree critiche e trend ricorrenti. L'obiettivo è utilizzare i dati per attivare azioni preventive e migliorare la sicurezza delle cure.

La concentrazione di sinistri in ambito chirurgico, soprattutto in ortopedia, suggerisce criticità specifiche legate a interventi complessi soprattutto in termini di gestione del decorso post-operatorio. Il dato potrebbe riflettere sia un reale incremento di eventi avversi, sia una maggiore consapevolezza e propensione alla segnalazione da parte dei pazienti o dei loro familiari.

Azioni correttive proposte:

- Audit Clinici Multidisciplinari:
  - ✓ Avviare audit periodici nei reparti chirurgici, con particolare attenzione all'ortopedia, per analizzare i percorsi assistenziali, individuare le criticità e proporre interventi migliorativi.
- Formazione mirata:
  - ✓ Rafforzare la formazione del personale chirurgico e infermieristico sulle buone pratiche di prevenzione delle complicanze, con focus su:
  - ✓ Prevenzione delle infezioni post-operatorie
  - ✓ Riconoscimento precoce delle complicanze
  - ✓ Revisione dei protocolli post-operatori
- Standardizzazione di percorsi assistenziali per le discipline ad alto rischio, introducendo:
  - ✓ Migliorare l'aderenza alle indicazioni chirurgiche
  - ✓ Monitoraggio intensificato delle prime 24-48 ore post-intervento
  - ✓ Follow-up clinico più ravvicinato nei casi complessi o nei pazienti fragili

	<b>OSPEDALE BUON CONSIGLIO</b> PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRATELLI VIA MANZONI 220 – NAPOLI <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO</b> <b>PARM – 2025</b>	
---	--	---

■ Coinvolgimento dei pazienti:

- ✓ Promuovere la comunicazione e l'educazione pre-operatoria per i pazienti e i loro caregiver in particolare nel momento del consenso informato.

Tra i database su eventi specifici quello che raccoglie i dati delle **segnalazione di cadute** è molto attenzionato. Degli eventi totali n. **26** sono cadute (10 near miss e 16 eventi avversi) occorse a pazienti degenenti o utenti di pronto soccorso, così distribuite per area di segnalazione:

- Area medica (Medicina - Oncologia - Cardiologia) -n° 16 cadute segnalate pari a 61,5%
- Area chirurgica (Chirurgia - Ortopedia)- n° 5 cadute segnalate pari a 19,2%
- Dipartimento materno Infantile - n° 5 cadute segnalate pari a 19,2%

L'area di degenza medica è risultata essere quella maggiormente coinvolta dalle segnalazioni di caduta.

L'analisi delle cause ha evidenziato che questo fenomeno è riconducibile a diversi fattori:

- Maggiore sensibilizzazione degli operatori sanitari dell'area medica, che ha portato a una più attenta e puntuale segnalazione degli episodi.
- Polifragilità dei pazienti ricoverati, caratterizzati spesso da condizioni cliniche complesse e compromissione della mobilità.
- Prolungata durata della degenza, che aumenta l'esposizione al rischio di cadute.

Le cadute si sono verificate prevalentemente nelle stanze di degenza, con dinamiche ricorrenti come la caduta dal letto o in bagno.

Per contenere il fenomeno e ridurre i rischi associati, sono state individuate le seguenti misure:

- Potenziamento dei sistemi di allarme e chiamata vicino ai letti e nei bagni.
- Revisione dei protocolli di valutazione del rischio di caduta all'ingresso e durante la degenza in particolare con la stesura della procedura per la prevenzione delle cadute in ambito neonatale.
- Formazione mirata del personale sanitario per il supporto alla mobilizzazione sicura dei pazienti.
- Sensibilizzazione dei pazienti e dei familiari sull'importanza di chiedere assistenza nei momenti a rischio (spostamenti, uso dei servizi igienici, ecc.).

Il **database delle Infezione Correlate all'Assistenza** (I.C.A.) rappresenta uno strumento cruciale per monitorare la diffusione delle infezioni ospedaliere e implementare interventi mirati. La sua struttura consente di raccogliere e analizzare dati provenienti da diverse fonti, offrendo una panoramica completa della situazione. Degli eventi totali, 108 sono stati identificati dal database delle ICA, di cui:

- 47 segnalazioni provenienti dal Laboratorio Analisi.
- 61 segnalazioni dai reparti di degenza, confermate successivamente dal rilievo laboratoristico.

	<p>PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRATELLI</p> <h2 style="color: blue;">OSPEDALE BUON CONSIGLIO</h2> <p>VIA MANZONI 220 – NAPOLI</p> <p><b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO</b> <b>PARM – 2025</b></p>	
---	--	---

La segnalazione delle ICA segue una duplice via:

- Sorveglianza indiretta dell'isolamento microbico da parte del Laboratorio Analisi.
- Segnalazione diretta dai reparti, che attiva la cascata di eventi legati al controllo della diffusione del contagio.

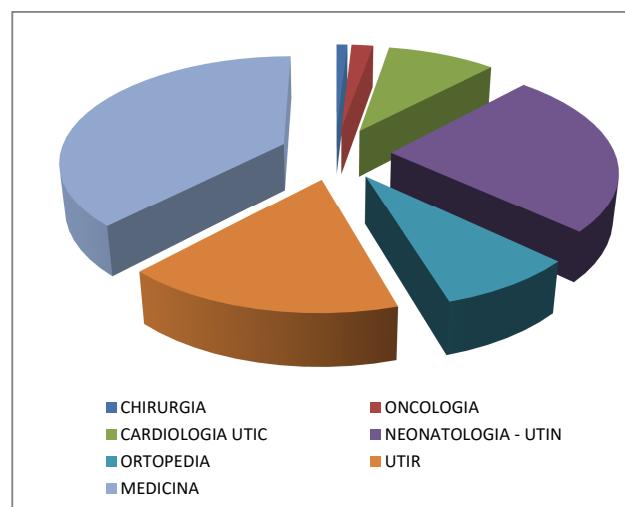
Sebbene le schede cliniche pervenute possano risultare in numero inferiore rispetto all'atteso, esse rappresentano un trend in crescita, segno della continua attività di sensibilizzazione promossa dalla Direzione sanitaria e dal Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (C-CICA), finalizzata a migliorare il riconoscimento precoce e la gestione tempestiva delle infezioni nosocomiali.

Dei **108** casi registrati nel 2024, 60 hanno presentato l'isolamento di un singolo germe, mentre negli altri è stata rilevata la presenza di più di un germe, evidenziando numerose situazioni di polimicrobicità, particolarmente frequenti in pazienti immunodepressi. Tutti questi microrganismi sono stati segnalati in quanto appartenenti al nostro panel aziendale di allerta, che è parte fondamentale della nostra procedura di sorveglianza e che tiene conto dei meccanismi di resistenza agli antibiotici. Questa strategia integrata garantisce una maggiore accuratezza nella raccolta dei dati e un monitoraggio continuo, fondamentale per la gestione tempestiva e mirata delle infezioni ospedaliere e per contrastare la diffusione della resistenza antibiotica.

**Tabella N° 6: ICA distinte per area di interesse**

Reparto di degenza	N° pazienti in cui è stato isolato un Germe Alert	% su totale dimessi	N° pazienti segnalati
ONCOLOGIA	1	0,1%	1
CARDIOLOGIA UTIC	2	0,7%	2
NEONATOLOGIA - UTIN	10	1,0%	6
ORTOPEDIA	27	7,7%	23
UTIR	9	0,7%	3
MEDICINA	18	24,7%	18
<b>Totale complessivo</b>	<b>41</b>	<b>4,5%</b>	<b>10</b>
	<b>108</b>	<b>1,35%</b>	<b>63</b>

**Grafico N° 5: ICA distinte per area di interesse**



	<p>PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRATELLI</p> <h2 style="color: blue;">OSPEDALE BUON CONSIGLIO</h2> <p>VIA MANZONI 220 – NAPOLI</p> <p><b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO</b> <b>PARM – 2025</b></p>	
---	--	---

Il pattern microbiologico rilevato sui 212 germi isolati dal laboratorio analisi evidenzia una prevalenza significativa di batteri Gram-negativi, in particolare i generi Klebsiella, Enterobacter e Serratia, che insieme costituiscono un gruppo strettamente correlato e rappresentano il cluster più numeroso con 52 isolamenti. Segue l'Acinetobacter, con 42 isolamenti, noto per la sua resistenza agli antibiotici e la capacità di persistere in ambiente ospedaliero. Lo Stafylococco è stato isolato in 40 casi, di cui 8 riconducibili a MRSA (Staphylococcus aureus resistente alla meticillina), patogeno di particolare rilevanza clinica per la difficoltà di trattamento.

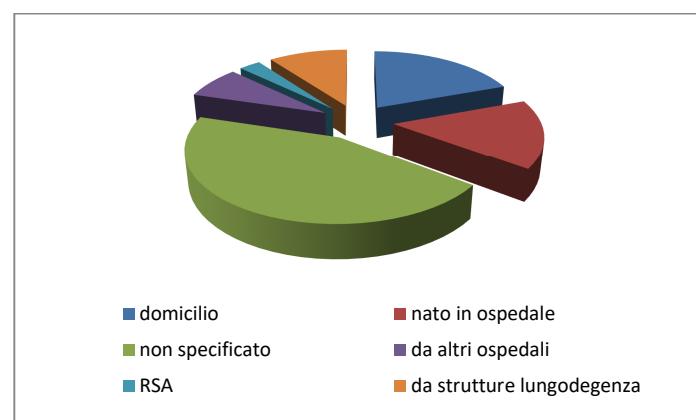
Infine, merita attenzione il Clostridium difficile, isolato in 9 pazienti, spesso provenienti da altre strutture sanitarie o da lungodegenze, evidenziando la necessità di un attento monitoraggio dei pazienti trasferiti da altri contesti assistenziali.

A tal proposito come ulteriore azione preventiva, oltre che nelle aree ad alto rischio come Terapie Intensive anche in Medicina/Oncologia è stata standardizzata l'effettuazione del tampone all'ingresso per tutti i pazienti che, in anamnesi, presentano una storia di degenza in strutture sanitarie o socio-assistenziali nei due mesi precedenti.

**Tabella N° 7:ICA distinte per provenienza paziente**

Provenienza	N° pazienti in cui è stato isolato un Germe Alert
domicilio	21
nato in ospedale	17
non specificato	48
da altri ospedali	8
RSA	3
da strutture lungodegenza	11
<b>Totale complessivo</b>	<b>108</b>

**Grafico N° 6:ICA distinte per provenienza paziente**



Inoltre, è in fase di sviluppo un protocollo per l'individuazione precoce della sepsi/shock settico, che prevede l'uso di score dedicati già in Pronto Soccorso o all'ingresso in reparto, con l'obiettivo di avviare rapidamente emocolture prima della terapia antibiotica, in linea con le strategie di antibiotic stewardship.

L'analisi delle **segnalazioni di aggressioni al personale sanitario** riflette un aumento della consapevolezza riguardo alla sicurezza sul lavoro, dovuto a una cultura organizzativa più attenta alla protezione degli

	<p>PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRATELLI</p> <h2 style="color: blue;">OSPEDALE BUON CONSIGLIO</h2> <p>VIA MANZONI 220 – NAPOLI</p> <p>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO PARM – 2025</p>	
---	--	---

operatori. Questo incremento può essere attribuito a un miglioramento nella standardizzazione delle procedure di segnalazione, che ha incentivato il personale a denunciare incidenti che in passato potevano passare inosservati o non essere segnalati. In questo contesto, la cultura della sicurezza e la maggiore attenzione ai protocolli di segnalazione hanno reso più visibili le aggressioni, contribuendo a una crescita apparente dei casi. Infatti al fine di semplificare il processo e promuovere la tempestività delle segnalazioni, è stata introdotta la possibilità di effettuare una segnalazione diretta e immediata tramite scansione di un QR Code posizionato in aree strategiche dell'ospedale, gestito dal Risk Manager.

Nel 2024 infatti abbiamo registrato n° **25** segnalazioni di cui 17 sono state aggressioni verbali (insulti, minacce o gesti violenti senza contatto fisico) e 8 fisiche (spiante, schiaffi, pugni e uso di oggetti contundenti, In due eventi contestualmente ci sono stati danni alla proprietà).

Gli eventi hanno visto come protagonisti 29 operatori sanitari (5 medici, 3 coordinatori infermieristici, 19 infermieri e 2 OSS) in quanto talvolta è stata coinvolta più di una figura professionale. Il dato più rilevante emerge dall'analisi del setting che ha visto l'aggressione: nel 90,5% dei casi è stato il Pronto Soccorso Generale dell'ospedale e solo in due casi il reparto di degenza.

La metà degli eventi (47,5%) si è verificata durante il turno di mattina, verosimilmente per motivi di sovraffollamento e gli aggressori sono stati identificati in maggioranza negli utenti stessi (57,1%) e nei restanti casi sono stati nei caregiver o familiari.

L'analisi delle segnalazioni di aggressioni al personale sanitario nel 2024, oltre a evidenziare un aumento delle segnalazioni, ci ha offerto spunti importanti per comprendere le dinamiche di sicurezza nell'ambiente ospedaliero. L'alta percentuale di aggressioni che si verificano nel Pronto Soccorso suggerisce che questo ambiente, tipicamente ad alta pressione e con elevato afflusso di pazienti, può essere un contesto particolarmente vulnerabile a episodi di violenza. Il sovraffollamento, menzionato come una delle cause principali per gli episodi di aggressione, conferma l'importanza di monitorare e gestire il flusso di pazienti, potenziando le risorse in momenti critici per evitare che la tensione sfoci in atti violenti.

Inoltre, l'identificazione degli aggressori (principalmente utenti e, in minor parte, caregiver/familiari) solleva il tema della relazione tra paziente e personale. Situazioni di stress, ansia o frustrazione dei pazienti (e dei loro familiari) possono amplificare il rischio di comportamenti aggressivi. Questo aspetto suggerisce la necessità di intensificare la formazione del personale non solo in ambito tecnico, ma anche in competenze comunicative e psicologiche, per gestire meglio le situazioni difficili e prevenire l'escalation.

Anche se la cultura della sicurezza ha sicuramente contribuito a far emergere questi eventi, l'aumento delle segnalazioni può riflettere un contesto in cui l'ambiente ospedaliero è più consapevole dei rischi, ma non necessariamente dove si sono ridotti gli episodi di violenza. Pertanto, l'analisi di questi dati può anche

	<p>PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRATELLI</p> <h2 style="color: blue;">OSPEDALE BUON CONSIGLIO</h2> <p>VIA MANZONI 220 – NAPOLI</p> <p><b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO</b> <b>PARM – 2025</b></p>	
---	--	---

suggerire che le misure di prevenzione, pur efficaci nel portare alla luce più casi, potrebbero necessitare di ulteriori azioni mirate per ridurre concretamente gli episodi di aggressione, come il rafforzamento delle risorse nel Pronto Soccorso, la revisione delle strategie di accoglienza dei pazienti e l'implementazione di protocolli di sicurezza specifici per le situazioni ad alto rischio.

Il 2024 ha visto una marcata diminuzione delle **segnalazioni di lesioni da pressione**. Questo dato può riflettere un'efficace implementazione delle misure preventive, ma è essenziale monitorare il dato per assicurarsi che la diminuzione non derivi da una sottosegnalazione per un calo nella capacità di rilevazione e segnalazione da parte del personale.

Nel 2024 inoltre l'analisi del rischio è stata ampliata includendo anche **gli infortuni occorsi al personale sanitario**, con particolare attenzione agli incidenti legati al rischio biologico — come punture accidentali, tagli e schizzi di materiale organico. Questa scelta nasce dalla consapevolezza che la sicurezza dei professionisti sanitari è strettamente collegata alla qualità e alla continuità dell'assistenza erogata. Proteggere chi cura significa ridurre l'assenteismo, preservare la competenza operativa e garantire ambienti di lavoro più sicuri, con un impatto positivo anche sulla sicurezza dei pazienti.

**L'analisi sistematica delle cartelle cliniche**, condotta regolarmente, ha consentito di individuare ulteriori criticità che anche difficilmente etichettabili come near miss o eventi avversi. L'analisi ha evidenziato una criticità trasversale comune a tutte le Unità Operative: la documentazione clinica risulta spesso incompleta o poco dettagliata, limitando la tracciabilità delle informazioni. In questo contesto, il processo di digitalizzazione, già avviato dal 2022 e tuttora in fase di implementazione continua, rappresenta un supporto fondamentale. La digitalizzazione non solo facilita l'accesso e l'analisi dei dati in modo più rapido ed efficace, ma offre anche un contributo concreto nella prevenzione degli errori legati alla trasmissione delle informazioni, migliorando in primis la tracciabilità e la comunicazione tra i professionisti sanitari che si ripercuote sulla sicurezza complessiva delle cure.

### 2.3. ANALISI DI SINISTROSITÀ E RISARCIMENTI

L'analisi della sinistrosità e dei risarcimenti rappresenta un elemento cruciale per valutare la sicurezza delle cure e l'efficacia dei processi assistenziali. Esaminare l'andamento degli eventi che hanno dato origine a richieste di risarcimento negli ultimi cinque anni, come previsto dall'art. 4, comma 3 della Legge 24/2017, consente di individuare aree critiche, monitorare l'impatto delle azioni correttive adottate e rafforzare le strategie di prevenzione del rischio clinico. Quest'analisi offre una panoramica dettagliata sull'entità dei

	<b>OSPEDALE BUON CONSIGLIO</b> PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRATELLI VIA MANZONI 220 – NAPOLI PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO PARM – 2025	
---	--	---

sinistri e sugli esiti economici, fornendo una base di partenza per migliorare la qualità e la sicurezza delle prestazioni erogate, come illustrato nella Tabella n° 8

**Tabella N° 8: Sinistri presi in carico e sinistri liquidati nel quinquennio 2020 - 2024**

Anno	N. Sinistri aperti <sup>(A)</sup>	N. Sinistri liquidati <sup>(A)</sup>	Risarcimenti erogati (€)	Risarcimento medio annuo (€)
<b>2024</b>	30	11	2.884.362,65	262.214,79
<b>2023</b>	30	18	2.344.139,43	130.229,97
<b>2022</b>	14	12	1.044.529,46	87.044,12
<b>2021</b>	17	11	2.044.302,36	185.845,67
<b>2020</b>	25	11	989.592,80	89.962,98

(A): sono riportati solo i sinistri e i risarcimenti relativi al rischio clinico, escludendo quelli riferiti a danni di altra natura (ad esempio smarrimento effetti personali, danni a cose, ecc.)

Come si evince dalla tabella, interessante notare come nel quinquennio sia aumentato il risarcimento medio annuo in particolare nel 2024.

#### 2.4. POSIZIONE ASSICURATIVA

Per quanto concerne la posizione assicurativa dell’Ospedale, la Provincia ha provveduto ad introdurre la gestione diretta con Circolare Prot. 968/11/003DG del 01.07.2011, integrata da successivo ordine di servizio n. 28 del 13.04.2015.

	<b>OSPEDALE BUON CONSIGLIO</b> PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRATELLI VIA MANZONI 220 – NAPOLI PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO PARM – 2025	
---	--	---

### 3. MATRICE DI RESPONSABILITÀ'

La realizzazione del PARM riconosce specifiche responsabilità:

- a) quella del Risk Manager, che lo redige e ne monitorizza l'implementazione, ed effettua l'analisi dei dati raccolti;
- b) quella della Direzione Sanitaria Centrale e Locale che è coinvolta in tutte le fasi di redazione, adozione, monitoraggio e analisi del PARM;
- c) quella della Direzione Amministrativa che è coinvolta in tutte le fasi di redazione, adozione, monitoraggio e analisi del PARM;
- d) quella della Direzione Generale dell'Ente che adotta il PARM con delibera o atto e si impegna a fornire al Risk Manager e all'organizzazione ospedaliera le risorse e le opportune direttive (come ad esempio la definizione di obiettivi di budget) per la concreta realizzazione delle attività in esso previste.

#### MATRICE RESPONSABILITÀ'

Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario	Direttore Amministrativo	Direttore Generale
<b>Redazione PARM</b>	R	C	C	C
<b>Adozione PARM</b>	C	C	C	R
<b>Monitoraggio PARM</b>	R	C	C	C
<b>Analisi e valutazione dei dati</b>	R	C	C	C

#### LEGGENDA

R: *responsabile*  
 C: *coinvolto*

Nella specifica realtà dell'ospedale Buon Consiglio, il Responsabile del Rischio Clinico si avvale di un Gruppo di lavoro per la Gestione del Rischio, costituito dai principali stakeholder interni all'azienda tra cui il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo, ma anche tutti i riferimenti che vengono coinvolti quotidianamente nelle principali attività di identificazione, analisi e risoluzione degli eventi avversi o quasi eventi per quanto di competenza: il Servizio Infermieristico, Ufficio Tecnico, Ufficio Relazione per il Pubblico, Servizio Informativo, Medicina del Lavoro, Farmacista, Responsabili UU.OO., Coordinatori Infermieristici, Tecnici e Ostetriche, il Servizio Sociale.

	<b>OSPEDALE BUON CONSIGLIO</b> PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRATELLI VIA MANZONI 220 – NAPOLI PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO PARM – 2025	
---	--	---

## 4. OBIETTIVI

### 4.1. OBIETTIVI REGIONALI

Nel recepire le Linee Guida Regionali per l'elaborazione del PARM ("Linee di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)" - dicembre 2022) gli obiettivi strategici sono i seguenti:

- A. diffondere la cultura della sicurezza delle cure;
- B. migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi;
- C. favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture;
- D. favorire la partecipazione alle attività regionali in tema di risk management.

### 4.2. OBIETTIVI AZIENDALI

Nel nostro ospedale, la gestione degli eventi avversi e la promozione della cultura del rischio rappresentano un risultato ottenuto grazie al lavoro sinergico di diversi gruppi interprofessionali e interdisciplinari, che operano su due livelli distinti ma complementari:

1. Analisi degli eventi avversi, focalizzandosi sull'identificazione delle cause sottostanti a ciascun incidente, al fine di sviluppare soluzioni tempestive e mirate che possano migliorare gli aspetti organizzativi e gestionali, prevenendo il ripetersi di simili situazioni in futuro.
2. Analisi dei processi, orientata alla reingegnerizzazione e ottimizzazione dei flussi operativi, con l'obiettivo di ridurre i rischi, migliorare la sicurezza dei pazienti e, al contempo, ottimizzare i costi, garantendo una gestione più efficiente delle risorse.

Questa metodologia operativa, che integra un continuo processo di revisione e miglioramento, si sviluppa in linea con gli obiettivi regionali definiti per il Risk Management, tenendo conto della mappatura dei rischi specifici per il nostro ospedale. A seguito di questa impostazione, si presentano di seguito le attività implementate nel 2024 e quelle programmate per il 2025, che sono parte integrante del nostro piano di miglioramento continuo nel sistema di gestione del rischio.

	<p>PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRATELLI</p> <h2 style="color: blue;">OSPEDALE BUON CONSIGLIO</h2> <p>VIA MANZONI 220 – NAPOLI</p> <p>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO PARM – 2025</p>	
---	--	---

#### 4.3 PARM 2024 – RISULTATI ATTIVITÀ

Obiettivo 1: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
Attività PARM	Realizzata	Stato di attuazione
<b>1.1/2024</b> <b>Diffusione della cultura di Gestione del Rischio Clinico</b>	<b>SI</b>	<p>Potenziamento della <b>rete dei facilitatori del rischio clinico</b> nelle diverse unità operative che supportano e accompagnano i professionisti nella gestione quotidiana dei rischi clinici, promuovendo un ambiente di lavoro più sicuro e attento alla prevenzione in particolare nei seguenti ambiti.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. PREVENZIONE DELLE INFESIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA</li> <li>b. PREVENZIONE DEI RISCHI ESTRINSECI ED INTRINSECI LEGATI ALLE CADUTE</li> <li>c. GESTIONE E ANALISI DEI SINISTRI</li> <li>d. GESTIONE E ANALISI DEI RECLAMI</li> </ul> <p>Il potenziamento della rete dei facilitatori del rischio clinico non è avvenuto come un'attività occasionale, ma è un processo dinamico e integrato che fa parte della routine quotidiana dell'ospedale con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Affiancamento e supporto quotidiano: Ogni facilitatore agisce come punto di riferimento all'interno della propria unità operativa, concretizzando in discussioni pratiche e risoluzione di problematiche in tempo reale.</li> <li>• Collaborazione interprofessionale e interdisciplinare: I facilitatori lavorano in stretta collaborazione con tutti i professionisti delle diverse unità operative, creando una rete di supporto che permette di monitorare e ridurre i rischi clinici a livello trasversale.</li> <li>• Monitoraggio e valutazione continua: Ogni facilitatore ha la responsabilità di monitorare costantemente i processi, raccogliere feedback e segnalare eventuali situazioni di rischio.</li> <li>• Incontri operative e condivisione di esperienze: In modo continuo, vengono organizzati incontri o gruppi di lavoro che permettono ai facilitatori di confrontarsi tra loro e con i responsabili delle unità operative. Questi momenti di condivisione sono stati fondamentali per discutere casi specifici, apprendere dalle esperienze degli altri e diffondere best practices.</li> </ul> <p><b>Incontri periodici strutturati (audit) per i sinistri</b> presi in carico con i referenti di reparto o servizio. Questi incontri hanno consentito di esaminare le cause, le dinamiche e le possibili azioni correttive con l'obiettivo di promuovere un approccio condiviso. Questo processo contribuisce alla diffusione di una cultura del rischio che coinvolge tutti i livelli dell'organizzazione ospedaliera, favorendo il miglioramento continuo nella gestione della sicurezza</p> <p>Numeri di incontri/audit con referenti di reparto/servizio per la gestione condivisa dei sinistri: <b>13</b></p> <p><b>Team Building ed esperienze motivazionali. Arteterapia: ridere è una scelta?</b></p> <p><b>11/06/2024</b> Corso di formazione residenziale accreditato ECM Crediti ECM <b>7</b> -Partecipanti <b>60</b> Nel contesto del rischio clinico, lo stress e la fatighe professionali sono fattori che contribuiscono in modo significativo agli errori medici e alla compromissione della qualità dell'assistenza. La formazione in</p>

	<p>PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRATELLI</p> <h2 style="color: blue;">OSPEDALE BUON CONSIGLIO</h2> <p>VIA MANZONI 220 – NAPOLI</p> <p><b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO</b> <b>PARM – 2025</b></p>	
---	--	---

		<p>arteterapia, con l'uso di tecniche come la comicoterapia, ha offerto uno spazio per gestire lo stress, migliorare l'umore e promuovere un ambiente di lavoro più sereno. Un personale più motivato e meno stressato è infatti più concentrato, attento e incline a seguire correttamente le procedure, riducendo il rischio di eventi avversi.</p> <p>Le soft skills, come la comunicazione efficace, la gestione delle emozioni e la cooperazione, sono essenziali nel lavoro clinico, dove il teamwork è cruciale per garantire la sicurezza del paziente. Le attività di team building e le esperienze motivazionali favoriscono la creazione di legami più solidi tra i membri del team, migliorando la collaborazione e la gestione dei conflitti e sviluppando la resilienza sia a livello individuale che di gruppo.</p> <p>La formazione in arteterapia e comicoterapia ha aiutato a costruire una cultura lavorativa che non solo si concentra sulla prevenzione degli errori tecnici, ma promuove anche un ambiente positivo, stimolante e di supporto, rendendo il personale più predisposto a rispettare le normative di sicurezza e a gestire efficacemente le situazioni ad alto rischio.</p>
<p><b>1.2/2024</b></p> <p><b>Progettazione ed esecuzione di una edizione del Corso di Gestione su uno specifico Rischio</b></p>	<p>SI</p>	<p><b>Processo di gestione e sterilizzazione dei dispositivi in sala operatoria:</b></p> <p><b>23/10/2024</b> Webinar con gli operatori di sala operatoria e formazione sul campo del Sistema Synergitrack per la segnalazione delle non conformità nel processo di ricondizionamento dei dispositivi chirurgici</p> <p><b>28/10/2024</b> Audit con gli operatori di sala operatoria e responsabile centrale di sterilizzazione sulla condensa nei container per la sterilizzazione</p> <p><b>9° Update Problematiche Ostetriche e Neonatalogiche</b></p> <p><b>12 – 13/04/2024</b> Il corso di formazione sulle problematiche ostetriche e neonatalogiche in sala parto, con particolare focus sulla neonatal resuscitation, ha rappresentato una componente fondamentale nella gestione del rischio clinico attraverso la formazione continua e simulazioni pratiche. Il personale ostetrico e neonatologico è stato aggiornato e pronto a gestire situazioni di emergenza. Le simulazioni pratiche, in particolare quelle relative alla rianimazione neonatale, sono state cruciali per preparare il team a rispondere tempestivamente e correttamente in caso di situazioni critiche.</p> <p>Il corso ha aiutato ad identificare le potenziali problematiche specifiche di sala parto, come le emergenze neonatali con l'inclusione di scenari di rianimazione neonatale. Ed infine ha migliorato la conoscenza delle procedure operative standard di sala parto, integrando protocolli di rianimazione neonatale e gestione delle emergenze ostetriche.</p> <p><b>1° Workshop sulla chirurgia bariatrica bodata</b></p> <p><b>24/06/2024</b> Il corso sulla chirurgia bariatrica bodata ha rappresentato un'importante formazione soprattutto in relazione alla minimizzazione dell'invasività delle procedure. La chirurgia bariatrica minimamente invasiva infatti riduce il rischio di complicanze post-operatorie legate a infezioni, emorragie e lesioni accidentali, tipiche delle tecniche più invasive. L'aggiornamento delle tecniche chirurgiche ha contribuito a garantire che i chirurghi siano aggiornati sulle ultime metodiche che riducono i tempi di recupero, abbassando la possibilità di complicazioni e minimizzando i rischi durante e dopo l'intervento. La gestione proattiva di queste situazioni è essenziale per ridurre l'insorgere di eventi avversi e garantire una pronta risposta a qualsiasi problema con l'ottimizzazione del percorso post-operatorio e la gestione della comunicazione pre- e post-operatoria con i pazienti, specialmente per quanto riguarda i rischi e i benefici delle tecniche minimamente invasive.</p>



PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO  
ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO  
FATEBENEFRATELLI

## OSPEDALE BUON CONSIGLIO

VIA MANZONI 220 – NAPOLI

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO  
PARM – 2025



### La gestione dell'insufficienza respiratoria: dal Pronto Soccorso ai reparti di degenza

**18/04/2024** Corso di formazione residenziale accreditato ECM

Crediti ECM 6 -Partecipanti 49

I'insufficienza respiratoria è una delle principali cause di complicazioni gravi e mortalità in ospedale, in particolare quando non viene riconosciuta tempestivamente o gestita in modo appropriato. In questo contesto, la formazione è stata essenziale per garantire che gli operatori sanitari possano prevenire e gestire efficacemente queste situazioni ad alto rischio.

Punti chiave del corso in relazione al rischio clinico:

- Formazione sul riconoscimento precoce e gestione dell'insufficienza respiratoria come parte del piano di gestione del rischio clinico.
- Integrazione della monitorizzazione continua e del follow-up per i pazienti con insufficienza respiratoria, sia acuta che cronica.
- Miglioramento dell'uso appropriato dei dispositivi di ventilazione e dell'ossigenoterapia per ridurre i rischi associati all'errore umano o all'uso improprio di questi strumenti vitali.

### 1° Workshop regionale sull'anestesia sostenibile

**05/06/2024** L'adozione di protocolli di anestesia sostenibile con ottimizzazione nell'uso dei gas anestetici ha implicazioni significative sotto il profilo del rischio clinico, oltre al suo impatto ambientale per i seguenti motivi:

- Riduzione degli effetti collaterali, tossicità e sovradosaggio sui pazienti con l'ottimizzazione dell'uso dei gas anestetici. Utilizzando con maggiore precisione e moderazione i gas anestetici, si riduce il rischio di una sovradosaggio e si minimizza l'insorgenza di complicazioni.
- Miglioramento del recupero post-operatorio, riducendo il tempo di risveglio e migliorando la ripresa della mobilità post-operatoria.
- Monitoraggio avanzato e personalizzazione del trattamento per ciascun paziente, adattando la dose ai bisogni specifici e riducendo il rischio di complicazioni legate a una somministrazione non ottimale.
- Gestione dei gas anestetici nel contesto della sicurezza occupazionale con la riduzione dell'esposizione professionale a gas volatili
- Sostenibilità e sicurezza economica con una gestione più efficiente, riducendo i costi per l'ospedale, ma soprattutto abbattendo il rischio di sprechi e di inefficienze che potrebbero influire sulla qualità dell'assistenza.

### Corso sulla gestione degli accessi vascolari

**21/11/2024** Corso di formazione residenziale accreditato ECM

Crediti ECM 6,5 -Partecipanti 60

Il corso sulla gestione degli accessi venosi (in ospedale e sul territorio) si è inserito come una componente fondamentale per ridurre il rischio di complicanze legate all'utilizzo di dispositivi venosi. L'accesso venoso è una procedura medica cruciale che, se non gestita correttamente, può comportare rischi significativi per il paziente, tra cui infezioni, trombosi e complicazioni meccaniche. La parte pratica del corso, con esecuzione delle procedure più comuni, ha permesso ai partecipanti di acquisire una gestione autonoma e competente degli accessi venosi, riducendo il rischio di errore umano e migliorando la qualità delle cure prendendo in considerazione non solo la pratica clinica in ospedale, ma anche quella sul territorio, dove la gestione degli accessi venosi può presentare sfide diverse. La corretta applicazione delle tecniche in contesti diversi, come l'assistenza domiciliare o le strutture ambulatoriali, ha contribuito a ridurre i rischi legati alla gestione a lungo termine degli accessi venosi.

	<p>PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRATELLI</p> <h2 style="color: blue;">OSPEDALE BUON CONSIGLIO</h2> <p>VIA MANZONI 220 – NAPOLI</p> <p><b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO</b> <b>PARM – 2025</b></p>	
---	--	---

<p><b>1.3/2024</b></p> <p><b>Progettazione ed esecuzione di una edizione del Corso di gestione del rischio infettivo</b></p>	<p>SI</p>	<p><b>Partecipazione alla giornata mondiale sull'igiene delle mani</b></p> <p><b>06/05/2024</b> Corso di formazione residenziale accreditato ECM Crediti ECM 6,5 -Partecipanti 56 L'iniziativa di partecipazione alla Giornata Mondiale sull'Igiene delle Mani ha rappresentato anche quest'anno un'importante attività di sensibilizzazione e formazione nell'ambito del rischio clinico, focalizzandosi sulla prevenzione delle infezioni nosocomiali e sul miglioramento della sicurezza del paziente. In particolare l'attività pratica con il BOX Pedagogico ha fornito un'esperienza diretta e tangibile su come praticare una corretta igiene delle mani. Questa modalità pratica aiuta a visualizzare e comprendere l'efficacia delle tecniche di disinfezione e lavaggio delle mani, riducendo il rischio di contaminazione e trasmissione di agenti patogeni.</p> <p><b>Incontri del C-CICA</b></p> <p>Comitato per il Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza Corso di formazione residenziale accreditato ECM Crediti ECM 8 -Partecipanti 18</p> <p><b>25/06/2024</b> CONTROLLI AMBIENTALI CON PARTICORE RIGUARDO ALLA SORVEGLIANZA PER LA LEGIONELLA - Procedura monitoraggio ambientale - Procedura per il controllo della legionellosi</p> <p><b>16/07/2024</b> LA PREVENZIONE DELLE ICA: - precauzioni standard - precauzioni aggiuntive</p> <p><b>24/09/2024</b> LA SORVEGLIANZA DELLE ICA: - procedura di sorveglianza attiva e passiva</p> <p><b>17/12/2024</b> I MICORGANISMI EMERGENTI IN OSPEDALE NEL 2024: ASPETTI CLINICI E MICOBIOLOGICI - analisi dei dati sorveglianza - analisi dell'utilizzo di antimicrobici – stewardship antibiotica</p>
--	-----------	---

	<p>PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRATELLI</p> <h2 style="color: blue;">OSPEDALE BUON CONSIGLIO</h2> <p>VIA MANZONI 220 – NAPOLI</p> <p>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO PARM – 2025</p>	
---	--	---

## Obiettivo 2: Migliorare la appropriatezza assistenziale ed organizzativa

Attività PARM	Realizzata	Stato di attuazione
<b>2.1/2024</b>  <b>Revisione e implementazione delle procedure connesse ai sistemi ospedalieri complessi</b>	SI	<p><b>Sicurezza del paziente in Sala Operatoria</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Revisione della procedura prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale nel sito chirurgico</li> <li>✓ Revisione della check list di sala operatoria e valutazione del suo utilizzo Indicatore n. check-list complete/cartelle cliniche controllate = 100%</li> <li>✓ Individuazione del Coordinatore per la compilazione della check list per la sicurezza in sala operatoria sulla base della determinazione della Regione Campania Prot. 125 U/DS/2024 del 26/06/2024 R</li> </ul> <p><b>Regolamento del Blocco Operatorio</b></p> <p>Aggiornamento del percorso del paziente chirurgico, dei dispositivi medici e del personale Completata revisione dicembre 2024. Da implementare nel corso del 2025</p> <p><b>Regolamento del Blocco Parto</b></p> <p>Aggiornamento del percorso della diade mamma - bambino</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Audit del dipartimento materno-infantile Indicatore 1 audit/trimestre = 100%</li> <li>✓ Adozione PDTA della Regione Campania per la gestione materno infantile dell'infezione da HIV</li> </ul> <p><b>Applicazione nella pratica dei principi e procedure EBM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Miglioramento della tempistica diagnostica nella sepsi Stesura della procedura sulla gestione del sospetto di sepsi in Pronto Soccorso e nei reparti di terapia intensiva Completata prima revisione del manuale a dicembre 2024. Da implementar con introduzione di score specifici.</li> </ul> <p><b>Percorso diagnostico terapeutico della insufficienza respiratoria acuta con la gestione dei dispositivi</b></p> <p>Stesura della procedura sulla gestione del paziente con IRA Pronto Soccorso, nel reparto di medicina e di terapia intensiva Aprile 2024</p> <p><b>Miglioramento della fase pre-analitica</b></p> <p>Idoneità e accettabilità dei campioni biologici Dicembre 2024 Revisione dicembre 2024. Da implementar con revisione con la procedura della catena di custodia per sostanze psicotrope</p>

	<p>PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRATELLI</p> <h2 style="color: blue;">OSPEDALE BUON CONSIGLIO</h2> <p>VIA MANZONI 220 – NAPOLI</p> <p><b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO</b> <b>PARM – 2025</b></p>	
---	--	---

<b>2.2/2024</b> <b>Revisione e implementazione delle procedure connesse alle Raccomandazioni Ministeriali</b>	<b>SI</b>	<p><b>Raccomandazione n°2 prevenzione della ritenzione di garze, strumenti o altro materiale nel sito chirurgico</b> Prot. 84 U/DS/2024 del 24/02/2024 Revisione della procedura</p> <p><b>Raccomandazione n°4 procedura per la prevenzione del suicidio in ospedale</b> Prot. 142 U/DS/2024 del 16/07/2024 Revisione della procedura</p> <p><b>Raccomandazione n°5 prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO</b> Revisione della procedura per quanto riguarda trasporto e conservazione degli emocomponenti Prot. 252 U/DS/2024 del 03/12/2024 Revisione della procedura</p> <p><b>Raccomandazione n°6 prevenzione della mortalità materna correlata al travaglio e/o parto</b> Revisione procedure: - Gestione della induzione farmacologica del travaglio in parto vaginale OG - FBF 001 PROVINCIA ROMANA - Maggio 2024</p> <p><b>Raccomandazione n°8 prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari</b> Prot. 254 U/DS/2024 del 04/12/2024 Revisione del Programma di Prevenzione degli atti di Violenza (PPV) a carico dei professionisti sanitari e gestione del rischio</p> <p><b>Raccomandazione n°9 prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali</b> Prot. 7 U/DS/2024 del 04/12/2024 sistema MAINSIM per la individuazione/interventi manutentivi ai dispositivi elettromedicali Prot. 269 U/DS/2024 del 30/12/2024 recepimento procedura aziendale sulla gestione dispositivi medici/apparecchi elettromedicali Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al loro malfunzionamento</p> <p><b>Raccomandazione n°11 prevenzione malfunzionamento del sistema di trasporto</b> Prot. 268 U/DS/2024 del 30/12/2024 Procedura per la Gestione del Trasferimento Intra ospedaliero del Paziente</p> <p><b>Raccomandazione n°13 prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie</b> Prot. 263 U/DS/2024 del 27/12/2024 procedura per la prevenzione della caduta del neonato in ospedale</p> <p><b>Raccomandazione n°14 prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici</b> Prot. 156 U/DS/2024 del 30/07/2024 procedura per la gestione delle preparazioni antiblastiche in ospedale</p>
--	-----------	---

	<p>PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRATELLI</p> <h2 style="color: blue;">OSPEDALE BUON CONSIGLIO</h2> <p>VIA MANZONI 220 – NAPOLI</p> <p>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO PARM – 2025</p>	
---	--	---

### Obiettivo 3: Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle Strutture

Attività PARM	Realizzata	Stato di attuazione
<b>3.1/2024</b> <b>Qualità e appropriatezza della documentazione clinica</b>	SI	<p><b>Tracciabilità richiesta farmaci stupefacenti e psicotropi</b>  Miglioramento documentazione registro carico/scarico farmaci stupefacenti e psicotropi e controlli armadi reparto  Revisione procedura  Prot. 59 U/DS/2024 del 18/03/2024</p> <p><b>Digitalizzazione della documentazione clinica</b>  ✓ Procedura nuova richiesta e refertazione online degli elettrocardiografi  Prot. 50 U/DS/2024 del 7/03/2024  ✓ Formazione alfabetizzazione digitale specifica per utilizzo online ECG  Prot. 51 U/DS/2024 del 8/03/2024</p> <p><b>Avvio della tele -refertazione degli esami di laboratorio durante il turno notturno</b>  ✓ Procedura nuova richiesta e refertazione presso l'ospedale Buccheri La Ferla di Palermo  Prot. 276 U/DS/2023 del 27/12/2023</p>
<b>3.2/2024</b> <b>Implementazione delle modalità di comunicazione trasversale in merito alle ICA</b>	SI	<p><b>Attività del Comitato di Controllo delle Infezioni Ospedaliero (C-CIA)</b>  Riunioni ordinarie e straordinarie del C-CIA  N° 4 riunioni ordinarie/annue  ✓ 25/06/2024  ✓ 16/07/2024  ✓ 24/09/2024  ✓ 17/12/2024</p> <p><b>Procedura per la segnalazione delle infezioni correlate all'assistenza</b>  Implementazione sistema di sorveglianza e revisione procedura  Prot. 62 U/DS/24 del 25/03/2024</p> <p><b>Procedura per la prevenzione e controllo della legionellosi</b>  Revisione procedura Prot. 159 U/DS/24 del 02/08/2024</p> <p><b>Procedura per il monitoraggio microbiologico ambientale delle aree ad alto rischio biologico</b>  Revisione procedura  Prot. 121 U/DS/24 del 25/06/2024</p>

	<b>OSPEDALE BUON CONSIGLIO</b> PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRATELLI VIA MANZONI 220 – NAPOLI <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO</b> <b>PARM – 2025</b>	
---	--	---

<b>3.3/2024</b>  <b>Valorizzazione qualità della comunicazione nell'organizzazione del nostro Ospedale</b>		<p><b>Tutela della gestione degli effetti personali di proprietà degli utenti dell'ospedale</b>          Revisione delle procedure di gestione degli effetti personali nei reparti di degenza, in pronto soccorso e nei servizi          Prot. 10 U/DS/2024 del 16/01/2024</p> <p><b>PROVA DI EVACUAZIONE ORIZZONTALE PROGRESSIVA</b>          Nell'ambito dell'Emergenza sismica campi Flegrei          20 maggio 2024</p>
--	--	---

<b>Obiettivo 4: Partecipazione alle attività regionali in tema di Risk Management</b>		
<b>Attività PARM</b>	<b>Realizzata</b>	<b>Stato di attuazione</b>
<b>4.1/2024</b>  <b>Adempimenti LEA</b>	SI	<p><b>Adempimenti LEA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Monitoraggio delle Raccomandazioni Ministeriali - Agenas</li> <li>✓ Partecipazione al SIMES: sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità</li> <li>✓ Questionario Rischio Clinico e sicurezza dei pazienti</li> <li>✓ Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie (ONSEPS) per l'acquisizione dei dati regionali relativi episodi di violenza commessi ai danni dei sanitari</li> <li>✓ Giornata nazionale della sicurezza delle cure</li> <li>✓ Stesura e Pubblicazione PARM 2025</li> </ul> <p><b>Istituto Superiore di Sanità</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Progetto ItOSS sui near miss ostetrici</li> </ul>

	<p>PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRATELLI</p> <h2 style="color: blue;">OSPEDALE BUON CONSIGLIO</h2> <p>VIA MANZONI 220 – NAPOLI</p> <p>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO PARM – 2025</p>	
---	--	---

#### 4.4 OBIETTIVI 2025

#### OBIETTIVO 1: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

<b>ATTIVITÀ 1.1: Progettazione ed esecuzione di attività formative/informative per la Gestione del Rischio Clinico</b>			
<b>Attività</b>	<b>Pianificazione 2025</b>	<b>INDICATORI</b>	<b>STANDARD</b>
<b>Potenziamento della rete dei facilitatori del rischio clinico nelle diverse unità operative</b>	Audit con referenti di reparto/servizio per la gestione condivisa dei eventi avversi	N° incontri/audit	2/reparto/anno
<b>Implementazione del Sistema Incident Reporting</b>	Audit con referenti di reparto/servizio	N° schede compilate / anno	Aumento delle schede compilate

<b>ATTIVITÀ 1.2: Progettazione ed esecuzione di attività formative sulla Gestione su uno specifico Rischio</b>			
<b>Attività</b>	<b>Pianificazione 2025</b>	<b>INDICATORI</b>	<b>STANDARD</b>
<b>Sicurezza del paziente chirurgico</b>	Ai sensi del D.G.R.C. n. 254 del 30 maggio 2024 costituzione di un Gruppo Strategico in base alle linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato che organizzi la formazione sul campo	Revisione e diffusione del regolamento di sala operatoria	Realizzazione: Ottobre 2025
<b>PRONTO SOCCORSO - Triage</b>	Ai sensi del D.G.R.C. n. 37 del 5 febbraio 2025 formazione sulla corretta attribuzione dei codici di triage	✓ N° infermieri formati/ totale infermieri PS	Realizzazione: Aprile 2025
<b>PRONTO SOCCORSO - Osservazione breve</b>	Ai sensi del D.G.R.C. n. 37 del 5 febbraio 2025 formazione sulla corretta gestione dell'osservazione breve intensiva e del sovraffollamento in pronto soccorso	✓ N° medici formati/ totale medici PS	Realizzazione: Aprile 2025
<b>Corso di formazione sull'identificazione prevenzione e trattamento della fragilità fisica e sociale</b>	Il corso rappresenta un'occasione di riflessione sulla fragilità nelle sue diverse dimensioni – fisica, psicologica, sociale e spirituale – e sul ruolo fondamentale dell'ospedale e del territorio	Corso di formazione ECM per tutti gli operatori sanitari	17/05/2025

	<b>OSPEDALE BUON CONSIGLIO</b> PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRATELLI VIA MANZONI 220 – NAPOLI <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO</b> <b>PARM – 2025</b>	
---	--	---

	nell'accompagnamento e nella cura delle persone più vulnerabili		
<b>2nd HOT TOPICS IN FUNCTIONAL DIGESTIVE SURGERY</b>	Il corso rappresenta momento di confronto sulle nuove frontiere della chirurgia funzionale dell'apparato digerente tra i chirurghi, gli infermieri di sala operatoria e i medici di organizzazione per la standardizzazione del percorso del paziente chirurgico	Convegno internazionale e Corso di formazione satellite ECM	22-24/06/2025
<b>Corso di formazione sulla sicurezza per i lavoratori rivolto al personale medico</b>	Prima parte (4 ore): già svolta in modalità FAD (Formazione a Distanza). Seconda parte (12 ore): da svolgersi in aula, suddivisa in due giornate da 6 ore ciascuna	Corso di formazione ECM	Dicembre 2024 - Maggio 2025

<b><u>ATTIVITÀ 1.3: Progettazione ed esecuzione di una edizione del Corso di Gestione Rischio Infettivo</u></b>			
<b>Attività</b>	<b>Pianificazione 2025</b>	<b>INDICATORI</b>	<b>STANDARD</b>
<b>Partecipazione alla giornata mondiale sull'igiene delle mani</b>	In occasione della giornata mondiale dell'igiene delle mani, promozione dei corretti comportamenti anche attraverso le dimostrazioni pratiche con l'uso di un BOX PEDAGOCICO	Corso di formazione ECM per tutti gli operatori sanitari - 2a edizione	06/05/2025
<b>INCONTRI DEL C-CICA EMERGENZE INFETTIVE IN OSPEDALE</b>	Il rischio di epidemie intraospedaliere che impongono un costante aggiornamento delle strategie di prevenzione, diagnosi e gestione clinica.	Corso di formazione ECM per tutti gli operatori sanitari - 2a edizione	27 marzo 2025 27 maggio 2025 30 settembre 2025 2 dicembre 2025
<b>Corso di formazione sull'identificazione precoce della sepsi</b>	Corso di Formazione Accreditato per fornire una panoramica completa su questa patologia critica e tempo-dipendente soprattutto per l'identificazione dei pazienti a rischio fin dal Pronto Soccorso o dall'ingresso in reparto	Corso di formazione ECM per medici biologi ed infermieri	Novembre 2025
<b>Steward antibiotica in terapia e profilassi peri-operatoria: aderenze alle linee guida per la prevenzione del fenomeno della farmaco-resistenza</b>	Revisione dei protocolli clinici e di profilassi chirurgica per la prevenzione della farmaco-resistenza	Analisi dei dati di consumo antibiotici, produzione di report	Dicembre 2025

	<p>PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRATELLI</p> <h2 style="color: blue;">OSPEDALE BUON CONSIGLIO</h2> <p>VIA MANZONI 220 – NAPOLI</p> <p>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO PARM – 2025</p>	
---	--	---

## OBIETTIVO 2: MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA

ATTIVITÀ 2.1: REVISIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLE PROCEDURE CONNESSE AI SISTEMI OSPEDALIERI COMPLESSI			
Attività	Pianificazione 2025	INDICATORI	STANDARD
<b>Sicurezza del paziente in Sala Operatoria</b>	Ai sensi del D.G.R.C. n. 254 del 30 maggio 2024 costituzione di un Gruppo Strategico in base alle linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato che organizzi la formazione sul campo	Revisione e diffusione del regolamento di sala operatoria	Realizzazione: Ottobre 2025
<b>Processo di preospedalizzazione</b>	Standardizzare il percorso nelle tre discipline chirurgiche e stesura di un protocollo condiviso nelle attività svolte in preospedalizzazione	<input checked="" type="checkbox"/> Numero pazienti preospedalizzati/pazienti in lista <input checked="" type="checkbox"/> Tempi di degenza preoperatoria / totale dei ricoveri programmati	Realizzazione: Ottobre 2025
<b>Regolamento del Blocco Operatorio</b>	Aggiornamento del percorso del paziente chirurgico, dei dispositivi medici e del personale	Revisione del Manuale	Dicembre 2025
<b>Costituzione del CPN - L Comitato Percorso nascita e Promozione Allattamento materno</b>	Per il miglioramento dell'assistenza alla diade mamma - bambino	<input checked="" type="checkbox"/> Regolamento del Blocco parto <input checked="" type="checkbox"/> Audit del dipartimento materno-infantile	Febbraio 2025 1 audit/trimestre  Realizzazione regolamento Settembre 2025
<b>Applicazione nella pratica dei principi e procedure EBM</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Miglioramento della tempistica diagnostica nella sepsi</li> <li>- Percorso diagnostico terapeutico in Pronto Soccorso per attribuzione dei codice di Triage e per l'Osservazione breve</li> <li>- Gestione rifiuti ospedalieri</li> <li>- Gestione delle pratiche di fine</li> </ul>	Realizzazione procedura  Realizzazione percorsi e algoritmi decisionali  Revisione procedura  Revisione procedura	Novembre 2025  Novembre 2025

	<b>OSPEDALE BUON CONSIGLIO</b> PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRATELLI VIA MANZONI 220 – NAPOLI <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO</b> <b>PARM – 2025</b>	
---	--	---

	vita e cremazione		
<b>Procedura di tracciabilità dei test per l'identificazione laboratoristica delle sostanze stupefacenti</b>	Catena di custodia	Revisione procedura	Dicembre 2025

Attività	Pianificazione 2025	INDICATORI	STANDARD
<b>Raccomandazione n° 4 prevenzione del suicidio di paziente in ospedale</b>	Procedura di: - prevenzione e gestione del suicidio	Revisione della revisione	Aprile 2025
<b>Raccomandazione n° 5 prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO</b>	Revisione procedure di: - gestione della procedura soprattutto per quanto riguarda trasporto e conservazione degli emocomponenti	Realizzazione della revisione	Luglio 2025
<b>Raccomandazione n° 6 prevenzione della mortalità materna correlata al travaglio e/o parto</b>	Revisione procedure di: - gestione disturbi ipertensivi ed eclampsia - gestione emergenze in sala Parto - gestione della induzione farmacologica del parto vaginale	Realizzazione della revisione	Dicembre 2025
<b>Raccomandazione n° 15 prevenzione della mortalità o grave danno per non corretta attribuzione del codice Triage in pronto Soccorso</b>	Revisione procedure di: - attribuzione codici (da 4 a 5) - attivazione OBI	Realizzazione della revisione	Dicembre 2025
<b>Raccomandazione n° 16 prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso superiore a 2500 gr</b>	Revisione procedure di: assistenza neonatale in sala parto e sala operatoria	Realizzazione della revisione	Settembre 2025

	<p>PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRATELLI</p> <h2 style="color: blue;">OSPEDALE BUON CONSIGLIO</h2> <p>VIA MANZONI 220 – NAPOLI</p> <p>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO PARM – 2025</p>	
---	--	---

### OBIETTIVO 3: FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA SICUREZZA (PAZIENTE OPERATORI E STRUTTURE)

#### ATTIVITÀ 3.1: QUALITA' E APPROPRIATEZZA DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA

Attività	Pianificazione 2025	INDICATORI	STANDARD
Tracciabilità scarico terapia farmacologica	Miglioramento documentazione scarico farmaci e controlli armadi reparto	Revisione della procedura	Verifiche a campione Dicembre 2025
Digitalizzazione della documentazione clinica	Aggiornamento della qualità delle cartelle cliniche	Verifica della qualità della documentazione cartacea e digitalizzata	Verifiche a campione Dicembre 2025
	Monitoraggio del dolore con schede informatizzate	Verifica della qualità della documentazione cartacea/ digitalizzata	Verifiche a campione Dicembre 2025
	Firma digitale del 1° operatore nel registro operatorio Informatizzazione della check list on voice	Verifica della qualità della digitalizzazione e del corretto utilizzo	Verifiche a campione Dicembre 2025
	Implementazione della firma digitale dell'utente per tutti i consensi	Verifica della qualità della digitalizzazione e del corretto utilizzo	Verifiche a campione Dicembre 2025
	Informatizzazione della segnalazione delle malattie infettive e diffuse nella piattaforma regionale SESMI	Verifica della qualità della digitalizzazione e del corretto utilizzo	Verifiche a campione Dicembre 2025
	Informatizzazione della richiesta di dimissioni protette in piattaforma regionale COT	Verifica della qualità della digitalizzazione e del corretto utilizzo	Verifiche a campione Dicembre 2025
Tracciabilità emotrasfusioni	Acquisizione del software di tracciabilità per integrazione con SIT dell'AORN Santobono Pausillipon  Implementazione di codici a barre o RFID per tracciare in tempo reale ogni sacca di sangue fino alla trasfusione.  Rafforzamento della sicurezza con automatizzazione del doppio controllo pre-trasfusionale  Implementazione di alert per segnalare incompatibilità o trasfusioni ritardate.  Monitoraggio post-trasfusionale in tempo reale per tracciare eventuali reazioni avverse.	Verifica della qualità della informazioni e del corretto utilizzo	Verifiche a campione Dicembre 2025

	<b>OSPEDALE BUON CONSIGLIO</b> PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRATELLI VIA MANZONI 220 – NAPOLI <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO</b> <b>PARM – 2025</b>	
---	--	---

<b>RENTRI</b> <b>Registro Elettronico Nazionale per la Tracciabilità dei Rifiuti.</b>	Tracciabilità digitale del trasporto extra-ospedaliero dei rifiuti	Verifica della qualità dei dati	Marzo 2025
--	--	---------------------------------	------------

#### ATTIVITÀ 3.2: IMPLEMENTAZIONE DELLE MODALITA' DI COMUNICAZIONE TRASVERSALE IN MERITO ALLE ICA

Attività	Pianificazione 2025	INDICATORI	STANDARD
<b>Attività del Comitato di Controllo delle Infezioni Ospedaliere (C-CICA)</b>	Reunioni interdisciplinari sulla prevenzione delle malattie infettive: - attività ordinaria - attività straordinaria su casi specifici	N.4 incontri ordinari del Comitato Infezioni Ospedaliere ( medici, biologi, farmacisti, coordinatori infermieristici)	Realizzazione: marzo- dicembre 2025
<b>Istituzione Comitato permanente per la prevenzione della Legionella</b>	Costituzione e attivazione	N° 2 incontri / anno	Giugno - Dicembre 2025

#### ATTIVITÀ 3.3.: VALORIZZARE LA QUALITÀ DELLA COMUNICAZIONE NELL'ORGANIZZAZIONE DEL NOSTRO OSPEDALE

Attività	Pianificazione 2025	INDICATORI	STANDARD
<b>Gestione segnalazioni/reclami che pervengono all'URP con sistema informatizzato di acquisizione</b>	Revisione della procedura di gestione dei reclami e creazione di un nuovo database operativo	Realizzazione del database e revisione della procedura	Aprile 2025

#### OBIETTIVO 4: PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITÀ REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT

Attività	Pianificazione 2025	INDICATORI	STANDARD
<b>Adempimenti LEA</b>	Revisione delle Raccomandazioni Ministeriali - Agenas  Partecipazione al SIMES: Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità		



PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO  
ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO  
FATEBENEFRATELLI

## OSPEDALE BUON CONSIGLIO

VIA MANZONI 220 – NAPOLI

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO  
PARM – 2025



	<p>Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie (ONSEPS) per l'acquisizione dei dati regionali relativi episodi di violenza commessi ai danni dei sanitari</p> <p>Giornata Nazionale della sicurezza delle cure</p> <p>Stesura e Pubblicazione PARM 2025</p>		
<b>Istituto Superiore di sanità</b>	<p>Progetto ItOSS sui near miss ostetrici</p>	<p>Progetto del dipartimento materno infantile in collaborazione con Anestesiologi e Cardiologi</p>	<p>Partecipazione</p>

	<b>OSPEDALE BUON CONSIGLIO</b> PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRATELLI VIA MANZONI 220 – NAPOLI PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO PARM – 2025	
---	--	---

## 5. FORMAZIONE

### 5.1. Formazione attuata nel 2024

La formazione non è solo un passaggio obbligato: è il cuore pulsante di un sistema sanitario sicuro ed efficace. Investire nella formazione significa costruire competenze, rafforzare la consapevolezza e alimentare una cultura del miglioramento continuo. Ogni incontro, ogni aggiornamento, ogni confronto è un tassello che contribuisce a proteggere i pazienti, prevenire errori e valorizzare il personale, trasformando la conoscenza in pratica quotidiana. Una squadra ben formata non solo esegue procedure, ma comprende e anticipa i rischi, reagisce con prontezza e innova con sicurezza.

In un contesto come l'ospedale, dove la vita delle persone dipende da ogni singola azione, la formazione diventa uno scudo contro l'errore e un motore per l'eccellenza.

Per tale motivo grande impegno è stato intrapreso per attuare il Piano di Formazione 2024 grazie al quale sono stati promossi corsi in presenza, sul campo e on line con l'obiettivo formativo di promuovere la cultura della sicurezza attraverso lo sviluppo di conoscenze e competenze per l'impegno nei confronti della prevenzione degli eventi avversi e della gestione del rischio clinico nella pratica professionale quotidiana.

Durante l'anno 2025 su temi specifici sono stati accreditati presso l'AGENAS e quindi effettuati i seguenti eventi

#### **Team Building ed esperienze motivazionali: Arteterapia - Ridere è una scelta?**

Data: 11/06/2024

Obiettivo: Migliorare il benessere psicologico del personale per ridurre lo stress e gli errori clinici.

Destinatari: Personale sanitario (max 60 partecipanti).

Crediti ECM: 7

Contenuti principali:

- Gestione dello stress tramite arteterapia e comicoterapia.
- Potenziamento delle soft skills (comunicazione, resilienza, collaborazione).
- Promozione di un ambiente di lavoro più sereno e sicuro.

#### **La gestione dell'insufficienza respiratoria: dal Pronto Soccorso ai reparti di degenza**

Data: 18/04/2024

Obiettivo: Formare il personale sulla gestione precoce e continua dell'insufficienza respiratoria.

Destinatari: Medici e infermieri (max 49 partecipanti).

Crediti ECM: 6

	<b>OSPEDALE BUON CONSIGLIO</b> PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRATELLI VIA MANZONI 220 – NAPOLI <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO</b> <b>PARM – 2025</b>	
---	--	---

Contenuti principali:

- Riconoscimento precoce e gestione clinica delle insufficienze respiratorie.
- Monitoraggio e follow-up nei pazienti critici.
- Uso corretto di ventilazione e ossigenoterapia.

#### **Corso sulla gestione degli accessi vascolari**

Data: 21/11/2024

Obiettivo: Migliorare la gestione degli accessi venosi per ridurre infezioni e complicanze.

Destinatari: Infermieri e medici (max 60 partecipanti).

Crediti ECM: 6,5

Contenuti principali:

- Tecniche per la gestione sicura degli accessi venosi.
- Focus su complicanze come trombosi e infezioni.
- Pratica su accessi venosi ospedalieri e territoriali.

#### **Partecipazione alla Giornata Mondiale sull'Igiene delle Mani**

Data: 06/05/2024

Obiettivo: Promuovere la cultura dell'igiene delle mani per prevenire le infezioni nosocomiali.

Destinatari: Tutto il personale sanitario (max 56 partecipanti).

Crediti ECM: 6,5

Contenuti principali:

- Focus pratico con "Box Pedagogico" per migliorare l'efficacia dell'igiene delle mani.
- Riconoscimento dei punti critici nella trasmissione dei patogeni.

#### **Incontri del C-CICA (Comitato per il Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza)**

25/06/2024 - Controlli ambientali (sorveglianza Legionella).

16/07/2024 - Precauzioni standard e aggiuntive per prevenire le ICA.

24/09/2024 - Sorveglianza attiva e passiva delle ICA.

17/12/2024 - Microorganismi emergenti e stewardship antibiotica.

Obiettivo: Rafforzare le strategie di prevenzione e sorveglianza delle infezioni.

Destinatari: Medici, infermieri e referenti delle unità operative (max 18 partecipanti).

Crediti ECM: 8

Contenuti principali:

- Monitoraggio ambientale e controllo microbiologico.
- Procedure di sorveglianza delle ICA.

	<b>OSPEDALE BUON CONSIGLIO</b> PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRATELLI VIA MANZONI 220 – NAPOLI <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO</b> <b>PARM – 2025</b>	
---	--	---

- Analisi dei dati e strategie di intervento per microorganismi emergenti

Oltre alla formazione accreditata ECM, sono stati organizzati anche eventi spontanei e momenti di confronto informale, finalizzati a promuovere la condivisione di esperienze, il miglioramento continuo e il rafforzamento della cultura della sicurezza.

#### **Potenziamento della rete dei facilitatori del rischio clinico**

Obiettivo: Rafforzare la rete di facilitatori per migliorare la gestione quotidiana dei rischi clinici.

Destinatari: Professionisti sanitari delle diverse unità operative.

Durata: Incontri periodici (13 audit svolti).

- Contenuti principali:
- Gestione e analisi dei sinistri e dei reclami.
- Affiancamento e supporto quotidiano dei facilitatori.
- Collaborazione interdisciplinare e monitoraggio continuo.
- Incontri di condivisione per discutere casi e diffondere best practices.

#### **Processo di gestione e sterilizzazione dei dispositivi in sala operatoria**

23/10/2024 (Webinar con operatori e formazione sul Sistema Synergitrack).

28/10/2024 (Audit su gestione condensa nei container).

Obiettivo: Ottimizzare i processi di sterilizzazione per ridurre le non conformità.

Destinatari: Operatori di sala operatoria e personale di sterilizzazione.

Contenuti principali:

- Monitoraggio e tracciabilità delle non conformità.
- Focus sulla sicurezza nella sterilizzazione dei dispositivi chirurgici.

#### **9° Update Problematiche Ostetriche e Neonatalogiche**

Date: 12-13/04/2024

Obiettivo: Aggiornare il personale su emergenze ostetriche e neonatalogiche, con focus sulla rianimazione neonatale.

Destinatari: Personale ostetrico e neonatologico.

Contenuti principali:

- Simulazioni pratiche di emergenze e rianimazione neonatale.
- Miglioramento delle procedure operative standard in sala parto.
- Analisi delle criticità e gestione delle emergenze neonatali.

#### **1° Workshop sulla chirurgia bariatrica bendata**

	<p>PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRATELLI</p> <h2 style="color: blue;">OSPEDALE BUON CONSIGLIO</h2> <p>VIA MANZONI 220 – NAPOLI</p> <p><b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO</b> <b>PARM – 2025</b></p>	
---	--	---

Data: 24/06/2024

Obiettivo: Aggiornare i chirurghi su tecniche meno invasive per ridurre complicanze post-operatorie.

Destinatari: Chirurghi e personale di sala operatoria.

Contenuti principali:

- Tecniche di chirurgia bariatrica minimamente invasiva.
- Riduzione di infezioni, emorragie e tempi di recupero.
- Comunicazione pre e post-operatoria con il paziente.

### **1° Workshop regionale sull'anestesia sostenibile**

Data: 05/06/2024

Obiettivo: Ridurre i rischi clinici e l'impatto ambientale attraverso protocolli di anestesia sostenibile.

Destinatari: Anestesisti e personale di sala operatoria.

Contenuti principali:

- Ottimizzazione dei gas anestetici per minimizzare tossicità e sovradosaggi.
- Personalizzazione del trattamento anestesiologico.
- Riduzione dell'esposizione professionale e dei costi.

Oltre alla formazione strutturata nel corso dell'anno è stata continua - ed è tuttora in essere - l'attività di informazione sulle procedure operative tramite riunioni d'équipe, brainstorming e SafetyWalk Round in particolare in merito a

- Simulazione evacuazione parziale dell'ospedale
- Condivisione delle raccomandazioni standard di prevenzione del rischio
- Precauzioni standard per la prevenzione del contagio in ospedale
- Igiene e sanificazione degli ambienti
- Gestione dei percorsi sporco-pulito

Inoltre, si è agito attraverso i seguenti strumenti:

1) Affissione della cartellonistica informativa ai fini di orientare gli operatori alle good practices:

- Procedura lavaggio delle mani
- Procedura igienizzazione delle mani con gel alcolico
- Check list "modalità" vestizione- svestizione
- Prevenzione delle aggressioni al personale sanitario
- prevenzione delle cadute nel neonato e nell'adulto
- Planimetria con dettaglio delle aree e dei percorsi in particolare nel Pronto Soccorso

	<p>PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRATELLI</p> <h2 style="color: blue;">OSPEDALE BUON CONSIGLIO</h2> <p>VIA MANZONI 220 – NAPOLI</p> <p>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO PARM – 2025</p>	
---	--	---

- 2) Esortazione a seguire corsi FAD riguardanti erogati da organi istituzionali quali: I.S.S; FNOPI; EPICENTRO
- 3) Formazione ed informazione dei neo-assunti e richiamo al mantenimento dei comportamenti di prevenzione minimi nella gestione del rischio biologico in generale.

### 5.2. Formazione in programmazione nell'anno 2025

La **formazione** continua a rappresentare un **pilastro fondamentale** per garantire qualità, sicurezza e crescita professionale. Per il 2025, ci siamo posti obiettivi che spaziano tra temi organizzativi, clinici e di sicurezza, con un'attenzione particolare alla tutela del paziente in emergenza e al miglioramento delle dinamiche socio-assistenziali.

#### INCONTRI DEL C-CICA

- 27 marzo 2025
- 27 maggio 2025
- 30 settembre 2025
- 2 dicembre 2025

**EMERGENZE INFETTIVE IN OSPEDALE** Il rischio di epidemie intraospedaliere che impongono un costante aggiornamento delle strategie di prevenzione, diagnosi e gestione clinica.

#### Pronto Soccorso - Triage

14 - 16 Aprile 2025

Riferimento normativo: D.G.R.C. n. 37 del 5 febbraio 2025

Obiettivo: Formazione sulla corretta attribuzione dei codici di triage secondo il nuovo modello regionale.

#### Pronto Soccorso - Osservazione Breve Intensiva (OBI)

Aprile 2025

Riferimento normativo: D.G.R.C. n. 37 del 5 febbraio 2025

Obiettivo: Formazione sulla gestione efficace dell'osservazione breve intensiva e delle situazioni di sovraffollamento in pronto soccorso.

#### Corso di formazione sulla sicurezza per i lavoratori (personale medico)

Dicembre 2024 - Maggio 2025

Obiettivo: Migliorare la sicurezza sul lavoro per il personale medico.

Prima parte (4 ore): Modalità FAD (già svolta).

Seconda parte (12 ore): In aula, suddivisa in due giornate da 6 ore ciascuna.

Destinatari: Personale medico (ECM).

	<b>OSPEDALE BUON CONSIGLIO</b> PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRATELLI VIA MANZONI 220 – NAPOLI <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO</b> <b>PARM – 2025</b>	
---	--	---

## Partecipazione alla giornata mondiale sull'igiene delle mani

06/05/2025

In occasione della giornata mondiale dell'igiene delle mani, promozione dei corretti comportamenti anche attraverso le dimostrazioni pratiche con l'uso di un BOX PEDAGOCICO

## Corso di formazione sull'identificazione, prevenzione e trattamento della fragilità fisica e sociale

17 maggio 2025

Obiettivo: Approfondire la fragilità nelle sue diverse dimensioni – fisica, psicologica, sociale e spirituale – e il ruolo dell'ospedale e del territorio nell'accompagnamento e nella cura dei pazienti più vulnerabili.

Destinatari: Tutti gli operatori sanitari (ECM).

## 2nd HOT TOPICS IN FUNCTIONAL DIGESTIVE SURGERY

22-24 giugno 2025

Obiettivo: Confronto internazionale sulle nuove frontiere della chirurgia funzionale dell'apparato digerente e standardizzazione del percorso del paziente chirurgico.

Evento: Convegno internazionale + Corso di formazione satellite ECM.

Destinatari: Chirurghi, infermieri di sala operatoria e medici di organizzazione.

## Sicurezza del paziente chirurgico

Ottobre 2025 - Riferimento normativo: D.G.R.C. n. 254 del 30 maggio 2024

Obiettivo: Costituzione di un Gruppo Strategico per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato, con organizzazione di formazione sul campo e revisione/diffusione del regolamento di sala operatoria.

Destinatari: Personale coinvolto nei percorsi chirurgici.

## Corso di formazione sull'identificazione precoce della sepsi

Novembre 2025

Obiettivo: fornire una panoramica completa su questa patologia critica e tempo-dipendente soprattutto per l'identificazione dei pazienti a rischio fin dal Pronto Soccorso o dall'ingresso in reparto

Destinatari: per medici biologi ed infermieri (ECM)

## Corso di formazione sulla Steward antibiotica in terapia e profilassi peri-operatoria:

Dicembre 2025

Obiettivo: aderenze alle linee guida per la prevenzione del fenomeno della farmaco-resistenza - Revisione dei protocolli clinici e di profilassi chirurgica per la prevenzione della farmaco-resistenza ed analisi dei dati di consumo antibiotici

	<b>OSPEDALE BUON CONSIGLIO</b> PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRATELLI VIA MANZONI 220 – NAPOLI PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO PARM – 2025	
---	--	---

## 6. Modalità diffusione del PARM

Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività previste dal PARM e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, viene assicurata la sua diffusione attraverso:

- Presentazione del Piano all'Ufficio di Direzione;
- Presentazione del Piano all'interno dell'incontro tra Direzione e Responsabili di UUOO;
- Diffusione del Piano a tutti i responsabili di UUOO ed ai Coordinatori Infermieristici attraverso email;
- Iniziative di diffusione del Piano a tutti gli operatori;
- Pubblicazione sull'Intranet dell'ospedale;
- Pubblicazione sul sito Internet dell'ospedale <https://www.ospedalebuonconsiglio.it/>

## 7. RIFERIMENTI NORMATIVI

1. 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";
2. D.P.R. 14 gennaio 1997 recante "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private";
3. 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"
4. Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro";
5. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità 6. Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
7. Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza"
8. Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008 recante "Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131";
9. Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie" (Gelli-Bianco)

	<b>OSPEDALE BUON CONSIGLIO</b> PROVINCIA RELIGIOSA DI SAN PIETRO ORDINE OSPEDALIERO S. GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRATELLI VIA MANZONI 220 – NAPOLI PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO PARM – 2025	
---	--	---

**10.** D.D. n. 35 DEL 08/02/2021 recante “istituzione del centro regionale per la gestione del rischio sanitario e della sicurezza del paziente ”

**11.** Legge Regione Campania n. 20 DEL 23/12/2015 recante “misure per introdurre la cultura della responsabilità nell'organizzazione sanitaria nonchè migliorare i servizi ai cittadini”

**12.** Legge Regione Campania n. 6 DEL 05/04/2016 recante “Prime misure per la razionalizzazione della spesa e il rilancio dell'economia Campania”

Legge n 24 dell'8 marzo 2017

**13.** D.G.R.C. n° 99 del 16/12/2022 oggetto: Approvazione linee di indirizzo per l'elaborazione del PARM"

**14.** D.M. n° 59 del 04/04/2023 regolamento recante: «Disciplina del sistema di tracciabilità dei rifiuti e del registro elettronico nazionale per la tracciabilità dei rifiuti ai sensi dell'articolo 188-bis del decreto legislativo 3 aprile 2006, n. 152.

**15.** D.G.R.C. n° 254 del 30/05/2024 oggetto: recepimento accordo stato - regione sul documento " linee di indirizzo" per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato"

**16.** D.G.R.C. n° 37 del 05/02/2025 oggetto: Approvazione indicazioni per l'organizzazione del Triage intraospedaliero e l'osservazione breve intensiva e la gestione del sovraffollamento in pronto soccorso"

## 8. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E SITOGRAFICI

1. Ministero della Salute: “Risk Management in Sanità- il problema degli errori” Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
2. WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 “Safe Surgery Save Live”;
3. The New NHS: modern and dependable. London: Stationery Office, 1997;
4. Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997;
5. Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770;
6. Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:

[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione;](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione;)

7. Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009:  
[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza)