



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

Prot. 1031/2026/003C

Roma, 30 marzo 2026

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

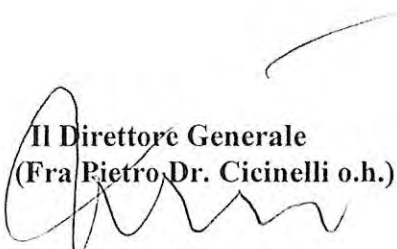
p.c. Al Direttore Affari Generali
Al Direttore Sanitario Centrale
Sede

Oggetto: Piano Annuale per la gestione del Risk Management (PARM 2026)

Con la presente si approva il documento di codeste Direzioni relativo all'adozione del PARM 2026 così come ricevuto con nota odierna.

Per quanto sopra si invita a voler procedere ai conseguenti adempimenti così come previsti dalle disposizioni regionali vigenti.

Cordiali saluti


Il Direttore Generale
(Fra Pietro Dr. Cicinelli o.h.)

OSPEDALE
"SAN PIETRO"

Via Cassia, 600
00189 ROMA
Tel. 06 33581
Fax 06 33251424

ISTITUTO
"SAN GIOVANNI DI DIO"

Via Fatebenefratelli, 3
00045 GENZANO DI ROMA
Tel. 06.937381
Fax 06.9390052

OSPEDALE
"SACRO CUORE DI GESÙ"

Viale Principe di Napoli, 14/A
82100 BENEVENTO
Tel. 0824.771111
Fax 0824.47935

OSPEDALE
"BUON CONSIGLIO"

Via Manzoni, 220
80123 NAPOLI
Tel. 081.5981111
Fax 081.5757643

OSPEDALE
"BUCCHERI LA FERLA"
FATEBENEFRATELLI

Via Messina Marine, 197
90123 PALERMO
Tel. 091.479111
Fax 091.477625

PARM 2026

Attività
Programmazione
Obiettivi
Indicatori
Responsabilità

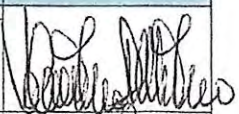
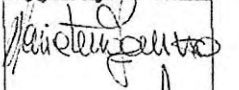
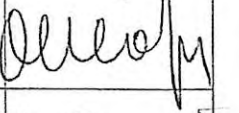
**OSPEDALE BUON CONSIGLIO
FATEBENEFRATELLI
NAPOLI**

Direzione Sanitaria - Gestione del Rischio Clinico

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

P.A.R.M. 2026

*In attuazione delle Linee di Indirizzo Regionali per il PARM
Decreto Dirigenziale n. 99 del 16 dicembre 2022 - Regione Campania*

	NOME	FUNZIONE	DATA	FIRMA
REDAZIONE	De Martino Valentina	RISK MANAGER	27/03/2026	
VERIFICA	Iannuzzo Mariateresa	DIRETTORE SANITARIO	27/03/2026	
	Capuano Antonio	DIRETTORE AMMINISTRATIVO	30/03/2026	
APPROVAZIONE	Fra Pietro Cicinelli	DIRETTORE GENERALE	30/03/2026	

INDICE

PREMESSA E AMBITO NORMATIVO

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

- 1.1 Posizione costitutiva
- 1.2 Dati strutturali
- 1.3 Posti letto e Servizi
- 1.4 Dati di attività

2. ORGANIZZAZIONE DEL RISK MANAGEMENT

3. BILANCIO DELLE ATTIVITÀ 2025 - ANALISI DEL RISCHIO

- 3.1 Near miss e Incident Reporting
- 3.2 Cadute in ospedale
- 3.3 Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)
- 3.4 Infortuni a rischio biologico
- 3.5 Aggressioni al personale sanitario
- 3.6 Reclami e segnalazioni URP
- 3.7 Richieste di risarcimento
- 3.8 Analisi sinistrosità
- 3.9 Posizione Assicurativa

4. MATRICE DI RESPONSABILITÀ

5. ATTIVITÀ REALIZZATE 2025

- 5.1 Implementazione procedure
- 5.2 Formazione

6. OBIETTIVI E PIANO DI ATTIVITÀ 2026

- 6.1 Obiettivi regionali
- 6.2 Obiettivi aziendali
 - 6.2.1 Obiettivo 1 - Diffondere la cultura della sicurezza
 - 6.2.2 Obiettivo 2 - Migliorare l'appropriatezza assistenziale
 - 6.2.3 Obiettivo 3 - Favorire una visione unitaria della sicurezza
 - 6.2.4 Obiettivo 4 - Partecipazione alle attività regionali

7. INDICATORI DI MONITORAGGIO

8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARM

9. NORMATIVA DI RIFERIMENTO

PREMESSA E AMBITO NORMATIVO

Il Piano Annuale per la Gestione del Rischio Clinico (PARM) dell'Ospedale Buon Consiglio di Napoli per l'anno 2026 è redatto in attuazione della Legge 8 marzo 2017 n. 24 (cosiddetta Legge Gelli-Bianco) in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, e in conformità alle Linee di Indirizzo Regionali adottate con il Decreto Dirigenziale n. 99 del 16 dicembre 2022 della Regione Campania.

Il PARM si inserisce in una più ampia azione sistemica di valutazione dei principali processi, di analisi del rischio, di promozione e implementazione di linee guida e buone pratiche, attraverso procedure e istruzioni operative interne, di attività informativa e formativa del personale e di coinvolgimento attivo dei pazienti e dei loro familiari. Lo strumento è orientato a diminuire le potenzialità di errore attivo nell'organizzazione, a contenere la sinistrosità e a tutelare contemporaneamente la sicurezza dei pazienti, degli operatori e l'immagine dell'istituzione.

Il presente documento articola il bilancio delle attività realizzate nel 2025 - con l'analisi dei dati epidemiologici su cadute, infezioni, near miss, aggressioni, infortuni biologici e reclami - e il piano delle attività programmate per il 2026, con obiettivi, azioni, indicatori e responsabilità. Ogni attività pianificata è riferita a specifici obiettivi strategici della Regione Campania in materia di risk management e risponde alle priorità emerse dall'analisi del rischio condotta sulla base dei dati 2025.

Riferimento normativo	Contenuto
Legge 8 marzo 2017 n. 24	Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita; responsabilità professionale
D.D. Regione Campania n. 99 del 16/12/2022	Linee di indirizzo regionali per l'elaborazione del PARM
Raccomandazioni Ministeriali nn. 4, 5, 6, 15, 16	Prevenzione suicidio, reazione trasfusionale, mortalità materna, mortalità in PS, neonato sano
D.G.R.C. n. 254 del 30/05/2024	Sicurezza del paziente chirurgico programmato
D.G.R.C. n. 37 del 5/02/2025	Nuovo modello regionale di triage - 5 codici colore
D.Lgs. 23 febbraio 2023 n. 18	Recepimento Direttiva UE 2020/2184 - Piano Sicurezza Acque (obbligatorio dal 2027)
Conferenza Stato-Regioni 7 maggio 2015	Linee guida prevenzione e controllo della legionellosi

1. PRESENTAZIONE DELLA STRUTTURA

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 quinquies 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 Attivo:

- Pronto Soccorso Generale
- Pronto Soccorso Ostetrico
- Pronto Soccorso Neonatale

Inoltre è sede fornita delle seguenti strutture per area critica

- Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (UTIC)
- Rianimazione e Terapia Intensiva (UTIR)
- Unità di Terapia Intensiva Neonatale (UTIN)

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, centro Spoke 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

1.3. Distribuzione posti letto e servizi

AREA MEDICA
U.O. Medicina generale
U.O. Geriatria
U.O. Oncologia
U.O. Cardiologia
TOTALE
AREA CHIRURGICA
U.O. Chirurgia Generale
U.O. Ortopedia e Traumatologia
TOTALE
AREA MATERNO INFANTILE
U.O. Ostetricia e Ginecologia
U.O. Pediatria
U.O. Neonatologia
U.O. UTIN
TOTALE
AREA EMERGENZA E TERAPIE INTENSIVE
U.O. Anestesia e UTIR
U.O. UTIC
Pronto Soccorso- postazioni emergenza
TOTALE
TOTALE COMPLESSIVO
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.L.	Day Hospital / DaySurgery	Deg.private
16	1	1
6		
8	6	
13	1	1
43	8	2

26	2	1
26	2	2
52	4	3

23	4	6
	1	
10		
6		
39	5	6

4
4
3
11

145	17	11
------------	-----------	-----------

1.4. Dati di Attività

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

DATI ATTIVITA'	2021	2022	2023	2024	2025
Ricoveri ordinari	8.651	8.287	9.197	9.380	9.735
Ricoveri chirurgici diurni (Day Surgery)	221	693	837	821	846
Accessi diurni (Day Hospital)	3.357	3.236	2.801	2.212	1.978
Accessi Pronto Soccorso	22.378	23.152	27.827	27.948	32.242
Parti	1.388	1.436	1.511	1.597	1.793
Interventi Chirurgici	5.187	5.276	5.645	5.528	5.554
Prestazioni ambulatoriali *	64.806	67.565	76.402	44.112	43.144

2. ORGANIZZAZIONE DEL RISK MANAGEMENT

La gestione del rischio clinico all'Ospedale Buon Consiglio si articola in una rete di responsabilità distribuite che coinvolge l'Ufficio di Direzione, i referenti di reparto, i comitati tecnici e le figure operative. Il Risk Manager collabora con il Direttore Sanitario e coordina l'intero sistema con il supporto di un Gruppo multidisciplinare.

Organo / Funzione	Ruolo nel sistema di risk management
Risk Manager /Direzione Sanitaria	Coordinamento generale, redazione PARM, rapporti con Regione e AGENAS, audit clinici, gestione eventi sentinella
C-CICA (Comitato Controllo Infezioni)	Sorveglianza epidemiologica ICA, gestione cluster, antimicrobial stewardship, 4 riunioni ordinarie/anno + straordinarie
SPP - Servizio Prevenzione e Protezione	Monitoraggio infortuni biologici, DVR, sicurezza dei lavoratori
URP - Ufficio Relazioni con il Pubblico	Gestione reclami e segnalazioni, interfaccia con pazienti e familiari
Referenti di reparto / Facilitatori del rischio	Presidio quotidiano, segnalazioni, audit di reparto, applicazione protocolli
CLRC - Comitato Locale Rischio Clinico	Valutazione i termini di rischio clinico delle richieste di risarcimento e parere medico-legale
CPNL - Comitato Percorso Nascita e Latte	Sicurezza diade madre-neonato all'interno del Dipartimento Materno-Infantile, Promozione allattamento materno
COBUS - Buon Uso del Sangue	Appropriatezza trasfusionale, monitoraggio e ottimizzazione dell'uso di emocomponenti attraverso strategie di Patient Blood Management
GOSBO - Gruppo Operativo Strategico per il governo clinico del Blocco Operatorio	Applicazione dell'Accordo Stato-Regioni 9/07/20 Implementazione dei modelli ERAS e revisione del Regolamento di Sala Operatoria

La rete dei facilitatori del rischio, potenziata nel 2025 nelle tre aree prioritarie (ICA, cadute, sinistri) costituisce il presidio di prossimità del sistema. Gli audit con referenti di reparto rappresentano lo strumento operativo maggiormente utilizzato e si svolgono in media con standard di 2 incontri per reparto per anno oltre che situazione straordinarie.

3. BILANCIO DELLE ATTIVITÀ 2025 - ANALISI DEL RISCHIO

Il presente capitolo riporta la sintesi dei principali dati di rischio clinico rilevati nel 2025 e costituisce la base informativa per la programmazione delle attività 2026. I dati sono tratti dai report analitici prodotti dalle strutture competenti (Direzione Sanitaria, Direzione Amministrativa, C-CICA, SPP, URP).

3.1 Near Miss e Incident Reporting

A. ANALISI DEI DATI 2025

Quadro generale e fonti di segnalazione

Nel corso del 2025 la Direzione Sanitaria ha rilevato complessivamente **43** eventi tra near miss ed eventi avversi. Il dato è il risultato della confluenza di due fonti metodologicamente distinte e complementari: il sistema formalizzato di Incident Reporting (IR), basato sulla segnalazione volontaria attraverso schede standardizzate, e la rilevazione spontanea condotta dalla Direzione tramite il Diario dei Near Miss - un raccoglitore anonimo attivo dal 2024, posizionato in un'area accessibile a tutto il personale della Direzione, che consente di captare segnali deboli non intercettati dal canale formale.

Il ricorso alla doppia fonte non è un'anomalia procedurale ma una scelta strategica consapevole: la letteratura internazionale ha ampiamente documentato che i sistemi di segnalazione formale tendono a sottostimare la reale incidenza dei quasi-eventi, sia per il timore di conseguenze disciplinari, sia per la difficoltà oggettiva di riconoscere e formalizzare eventi che non hanno prodotto danni visibili. Il canale informale compensa questa tendenza catturando le *"stranezze del quotidiano operativo"* - un documento compilato in modo anomalo, un passaggio di consegne interrotto, una procedura aggirata per abitudine - che raramente trovano spazio in una scheda IR standardizzata.

Indicatore	Rilevazione informale	Incident Reporting	TOTALE
Near Miss	33	7	40
Eventi Avversi	1	2	3
TOTALE eventi registrati	34 (79%)	9 (21%)	43

L'evidente squilibrio tra le due fonti - 79% delle segnalazioni proveniente dalla rilevazione informale contro il 21% dall'IR formale - è il dato strutturale più rilevante dell'anno. Questo non significa che il sistema di Incident Reporting sia inefficace: significa che la cultura della segnalazione formalizzata è ancora in fase di consolidamento e che esiste un ampio spazio di miglioramento. Il rapporto tra le due fonti è in realtà un indicatore sensibile della maturità della cultura della sicurezza all'interno dell'organizzazione: man mano che il personale percepisce la segnalazione come uno strumento di tutela collettiva e non come un atto di esposizione individuale, ci si attende una progressiva riduzione del divario.

Distribuzione per categoria di evento

L'analisi delle 43 segnalazioni per tipologia di criticità rivela una concentrazione su tre macro-categorie che insieme rappresentano il 63% di tutti i casi. La loro ricorrenza ha suggerito vulnerabilità sistemiche - non episodi isolati - che hanno richiesto interventi strutturali.

Categoria di evento	N. eventi 2025	% sul totale	Fonte prevalente
Errata applicazione procedura	12	28%	Informale (10) + IR (2)
Errore di documentazione	8	19%	Informale (7) + IR (1)
Errore di identificazione paz.	7	16%	Informale (4) + IR (3)
Difetto di comunicazione	3	7%	Informale (3)
Errore terapia	3	7%	Informale (2) + IR (1)
Errore di trasporto	2	5%	Informale (2)
Mancata diagnosi	1	2%	IR (1)
Errore di diagnosi	1	2%	Informale (1)
Errore trasfusionale	1	2%	IR (1)
Non classificato / altro	5	12%	
TOTALE	43	100%	

L'errata applicazione delle procedure (12 casi, 28%) è la categoria dominante e trasversale. Questi episodi non indicano necessariamente personale incompetente: più spesso riflettono procedure difficili da applicare nella pratica quotidiana, non adeguatamente implementate. La soluzione non è esclusivamente formativa, ma richiede una revisione delle procedure stesse in termini di chiarezza, accessibilità e aderenza alla pratica.

Gli errori di documentazione (8 casi, 19%) e di identificazione del paziente (7 casi, 16%) si confermano come aree di rischio sistemico. Entrambe le categorie rappresentano terreno fertile per potenziali eventi avversi gravi qualora non intercettate tempestivamente: ad esempio un'errata identificazione del paziente potrebbe precedere un errore trasfusionale, un errore farmacologico o un intervento chirurgico sbagliato. La ricorrenza in più reparti - PS, UTIC, UTIR, Laboratorio Analisi, Cardiologia, Medicina, Ginecologia - esclude spiegazioni locali e impone una risposta sistemica.

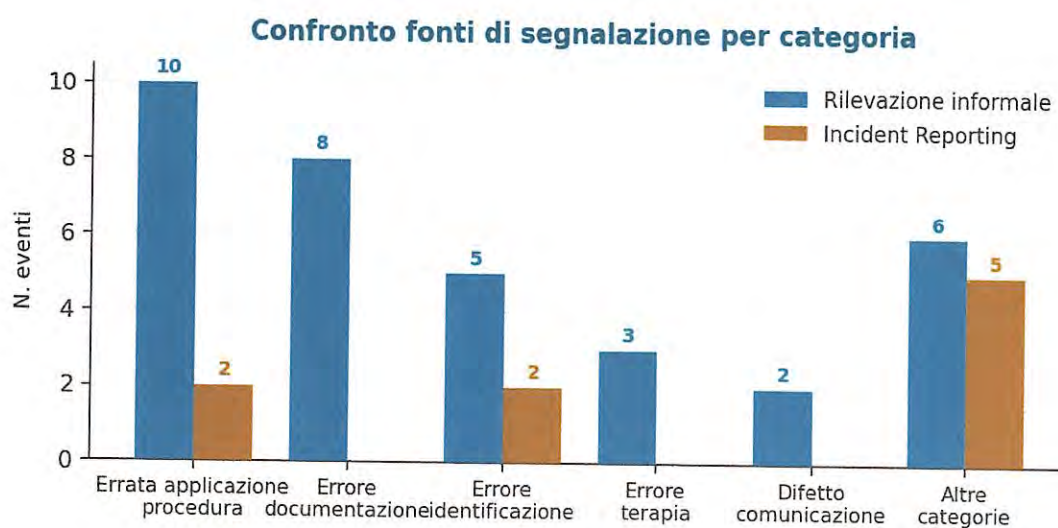


Fig. 1 - Confronto fonti di segnalazione per categoria di evento

Distribuzione per unità operativa

La distribuzione degli eventi per reparto evidenzia una concentrazione nel Pronto Soccorso e la presenza di cluster specifici in alcune unità operative.

Unità operativa	N. eventi	Categoria prevalente	Fonte
Pronto Soccorso	8	Errata procedura / Documentazione	Informale (6) + IR (2)
Radiologia	4	Errore documentazione / Mancata diagnosi	Informale (2) + IR (2)
Ginecologia	4	Difetto comunicazione / Errore trasfusionale	Informale (2) + IR (2)
Ortopedia	3	Errore documentazione	Informale (3)
Medicina	3	Errata applicazione procedura	Informale (3)
Chirurgia	2	Documentazione / Identificazione	Informale (2)
Cardiologia	2	Errore trasporto / Identificazione	Informale (1) + IR (1)
Lab. Analisi / UTIC / UTIR	3	Errore identificazione (scambio provette)	Informale (2) + IR (1)
Altri reparti	9	Varie	Miste

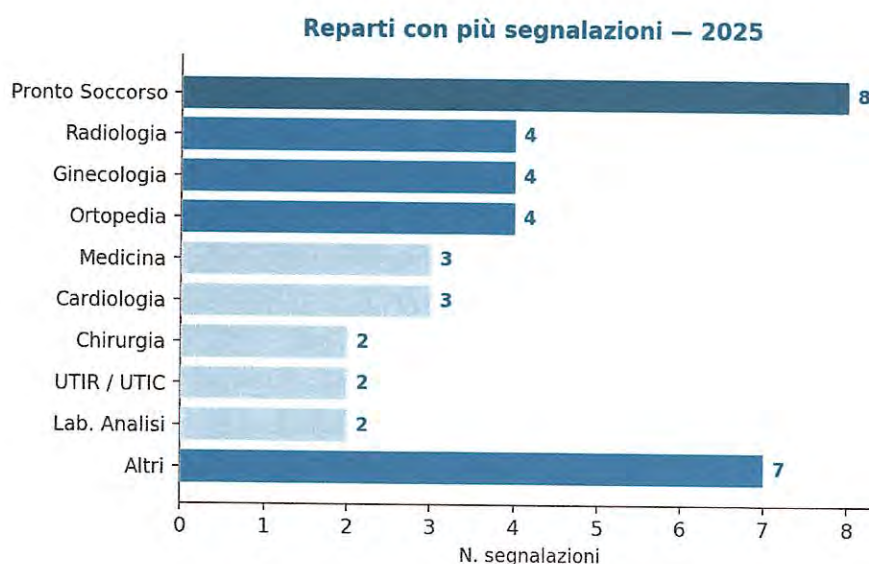


Fig. 2 - Reparti con più segnalazioni - 2025

Il Pronto Soccorso, con 8 eventi (19% del totale), si conferma il reparto con la maggiore densità di segnalazioni. Questo dato da una parte è strutturale: l'elevata pressione operativa, la velocità richiesta nelle manovre assistenziali, il turnover del personale e la gestione di situazioni imprevedibili creano condizioni che favoriscono sia gli errori sia - positivamente - la loro rilevazione. Dall'altra parte questo stesso dato rivela quanto il Pronto Soccorso sia attenzionato determinando un bias di osservazione per la maggiore presenza della Direzione Sanitaria rispetto ad altre aree dell'ospedale.

Le criticità prevalenti in Pronto Soccorso riguardano la corretta esecuzione delle procedure di triage e di gestione dell'accesso, la qualità della documentazione infermieristica e i passaggi di consegna.

Significativo il cluster di 3 eventi omogenei registrati in Radiologia nel mese di ottobre 2025, tutti riconducibili a errori nella refertazione radiologica (diagnosi o documentazioni incomplete). La concentrazione temporale e la tipologia uniforme indicano che non è stato un episodio casuale e come tale ha meritato un'indagine dedicata per l'identificazione della causa radice ed un'attenzione affinché non si verificassero episodi simili.

I 3 casi di scambio di provette rilevati in UTIC, UTIR e Laboratorio Analisi - pur provenendo da unità diverse - condividono la stessa vulnerabilità nel processo di identificazione del campione biologico. La ricorrenza del pattern in ambienti distinti ha suggerito che la criticità non è localizzata ma appartiene al processo di gestione dei campioni nel suo complesso che è in fase di revisione.

Segnali di allerta prioritari - eventi avversi classificati nell'IR

Tra i 43 eventi registrati, due sono stati classificati direttamente come eventi avversi nel sistema di Incident Reporting. La loro natura ha imposto una valutazione prioritaria e un'analisi strutturata delle cause.

Evento	Reparto	Periodo	Natura	Stato
Errore trasfusionale in fase pre-operatoria	Ginecologia	Set 2025	Evento avverso - fase pre-operatoria	Audit clinico
Errore di identificazione di ECG	Cardiologia	Ott 2025	Evento avverso - ritardo della dimissione	Audit clinico

Per entrambi gli episodi è stata effettuata una revisione strutturata tramite audit clinico, con coinvolgimento dei Responsabili delle unità operative interessate e della Direzione Sanitaria.

B. CONFRONTO BIENNALE 2024–2025

Evoluzione del sistema di segnalazione

Il confronto tra i dati 2024 e 2025 non può essere condotto in modo semplicistico attraverso la comparazione numerica degli eventi registrati, perché il sistema di rilevazione stesso è cambiato nel corso del biennio. Il Diario dei Near Miss - raccogliitore anonimo informale - è stato introdotto nel 2024 ed è divenuto pienamente operativo nel 2025, ampliando significativamente la capacità di intercettazione dei quasi-eventi. Un aumento del numero di segnalazioni è quindi, almeno in parte, un effetto atteso del miglioramento degli strumenti di rilevazione, non necessariamente un deterioramento della sicurezza.

Con questa premessa, il confronto 2024–2025 permette di identificare trend significativi che trascendono il bias degli strumenti utilizzati e indicano cambiamenti nella distribuzione del rischio all'interno dell'organizzazione.

Indicatore	2024	2025	Variazione	Lettura
Totale eventi registrati	~25–30	43	In aumento	In parte attribuibile al Diario NM
Segnalazioni via IR formale	~6–7	9	In aumento	Crescita cultura IR
Errata applicazione procedura	~9	12 (28%)	In aumento	Categoria strutturalmente dominante
Errori di documentazione	~5	8 (19%)	In aumento	Trasversale a più reparti

Errori identificazione paziente	~4	7 (16%)	In aumento	Vulnerabilità sistemica
Pronto Soccorso (reparto più critico)	1° posto	8	Confermato	Stabilità strutturale
Radiologia (cluster ottobre)	Assente	4	Nuova criticità	Indagine causa radice
Scambi provette (UTIC/UTIR/Lab.)	Sporadici	3	Pattern ricorrente	Revisione sistemica
Eventi avversi classificati nell'IR	1	2	In aumento	Audit

Considerazioni interpretative sul biennio

Il dato più rilevante del confronto biennale non è il numero assoluto degli eventi - inevitabilmente condizionato dall'evoluzione degli strumenti di rilevazione - ma la stabilità dei pattern di rischio per categoria e per reparto. Le stesse tre macro-categorie (errata procedura, errore documentazione, errore identificazione) occupano i primi tre posti in entrambi gli anni, con una sequenza sostanzialmente invariata. Questo conferma che si tratta di vulnerabilità strutturali, non di eventi occasionali, e che le azioni correttive devono essere di sistema e di lungo respiro.

Un secondo elemento rilevante è la comparsa di nuove aree di criticità nel 2025: il cluster di Radiologia e il pattern degli scambi di provette in area critica erano assenti o non strutturati nel 2024. Questo non indica necessariamente un peggioramento della sicurezza in queste unità, ma segnala che il sistema di rilevazione - anche grazie al Diario dei Near Miss - sta diventando più sensibile e capace di captare vulnerabilità che in precedenza rimanevano nel sommerso.

Il lieve aumento delle segnalazioni via IR formale (+~30%) è un segnale incoraggiante di maturazione della cultura della sicurezza, anche se il divario rispetto alla rilevazione informale rimane molto ampio (21% vs 79%). L'obiettivo per il 2026 è portare aumentare la quota dell'IR formale, attraverso interventi formativi, organizzativi e di comunicazione interna.

3.2 Cadute in Ospedale

A. ANALISI DEI DATI 2025

Introduzione e quadro generale

Le cadute in ospedale rappresentano uno degli eventi avversi più frequenti e potenzialmente gravi nell'ambito della sicurezza delle cure. La loro gestione richiede un approccio sistemico che combini la valutazione del rischio individuale, la sorveglianza ambientale e una cultura consolidata della segnalazione. Nel corso del 2025 sono state registrate **24** cadute presso l'Ospedale Buon Consiglio, in lieve aumento rispetto alle 23 del 2024 (+4%). Il database analizzato include cadute di pazienti adulti degenti nei reparti e - per la prima volta nella storia della struttura - due episodi riguardanti neonati nelle stanze di degenza in rooming-in presso il Dipartimento Materno-Infantile.

L'età media dei pazienti adulti coinvolti è di circa 78 anni, con una marcata concentrazione nella fascia 75-84 anni (11 casi su 22 adulti, pari al 50%). Questo profilo demografico è coerente con la letteratura internazionale, che individua nell'età avanzata uno dei principali fattori di rischio intrinseci per la caduta in ospedale: la fragilità fisica, la polipatologia, lo stato confusionale, le terapie che influenzano l'equilibrio e la pressione arteriosa convergono in una condizione di vulnerabilità non prevenibile.

Indicatore di sintesi	Valore 2025
Cadute totali segnalate	24
di cui pazienti adulti	22
di cui neonati in rooming-in	2
Età media pazienti adulti	~78 anni
Fascia d'età più colpita	75–84 anni (11 casi, 50%)
Area con maggiore incidenza	Area medica: 17 cadute (71%)
Reparto con maggiore incidenza	Medicina Interna: 14 cadute (58%)
Fascia oraria prevalente	Pomeriggio/Sera 14:00–21:59: 12 casi (50%)
Luogo prevalente	Stanza di degenza: 16 casi (67%)
Conley basso (0–2) tra i caduti adulti	12/21 valutati (57%)

Distribuzione per area e reparto

La distribuzione delle cadute per area clinica conferma una concentrazione molto marcata nell'area medica, che da sola rappresenta il 71% di tutti gli episodi. Questa concentrazione non è casuale: riflette le caratteristiche strutturali della popolazione ricoverata in questi reparti - età avanzata, polipatologia, frequente stato confusionale, terapie ad alto impatto sul tono vascolare e sull'equilibrio - che la rendono intrinsecamente più vulnerabile rispetto alla popolazione delle aree chirurgiche o materno-infantili.

Area / Reparto	N. cadute 2025	% sul totale	Dettaglio
Medicina	14	58%	Reparto con la maggiore incidenza assoluta
Cardiologia	3	13%	Area medica
Oncologia	1	4%	Area medica - paziente fragile
Totale Area Medica	17	71%	
Ginecologia	2	8%	Dip. Materno-Infantile - adulti
Nido (neonati in rooming-in)	2	8%	NUOVA categoria 2025 - good practice AGENAS
Totale Dip. Materno-Infantile	4	17%	
Chirurgia Generale	2	8%	Area chirurgica
Ortopedia	1	4%	Area chirurgica
Totale Area Chirurgica	3	13%	
TOTALE	24	100%	

Modalità delle cadute

L'analisi delle modalità rivela due pattern dominanti - caduta dal letto e caduta da posizione eretta - che rappresentano il 58% del totale con 7 casi ciascuno. Le cadute dal letto si concentrano prevalentemente nelle ore notturne e nelle prime ore del mattino, in pazienti con stato confusionale che tentano di alzarsi autonomamente. Le cadute da posizione eretta si distribuiscono principalmente nella fascia pomeridiana e serale, spesso durante gli spostamenti verso il bagno o nel corso di attività di mobilizzazione.

Modalità caduta	N. casi	% sul totale	Fascia oraria prevalente
Dal letto (o dal lettino materno)	7	29%	Notte / prime ore mattina
Da posizione eretta	7	29%	Pomeriggio/Sera
Da seduto	4	17%	Variabile
Dalle braccia della madre (neonato)	2	8%	Notte (sonno materno)
Altro / non noto	4	17%	Variabile
TOTALE	24	100%	

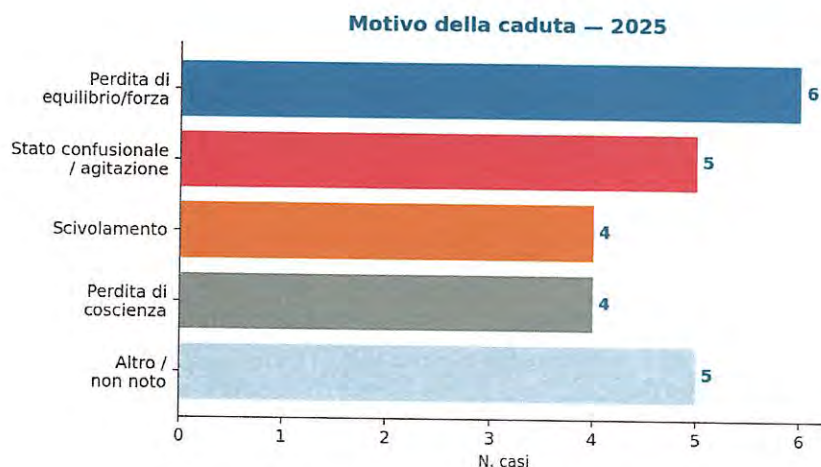


Fig. 3 - Motivo della caduta - 2025

Distribuzione per luogo e fascia oraria

La stanza di degenza è il luogo prevalente con 19 casi totali (79%): 17 stanze ordinarie e 2 stanze rooming-in. Il bagno, pur rappresentando solo il 17% dei casi (4 episodi), resta un ambiente ad alto rischio per la combinazione di superfici scivolose, manovre di alzata e frequente autonomia del paziente che non chiede assistenza. Un caso isolato riguarda le scale.

Luogo della caduta	N. 2025	% 2025	N. 2024	% 2024	Tendenza
Stanza di degenza	17	67%	16	70%	Stabile
Stanza rooming-in (neonati)	2	13%	0	0%	Nuova categoria
Bagno	4	17%	6	26%	Riduzione - effetto misure 2024
Scale	1	4%	1	4%	Stabile
TOTALE	24	100%	23	100%	

La distribuzione temporale evidenzia una chiara prevalenza nella fascia pomeridiana/serale (14:00–21:59), che concentra il 50% delle cadute (12 casi). Le ore notturne (22:00–05:59) registrano 8 casi (33%), mentre le ore mattutine (06:00–13:59) sono le meno critiche con soli 4 episodi (17%). Il dato notturno è particolarmente rilevante dal punto di vista organizzativo: la minore presenza del personale, la scarsa illuminazione e il disorientamento spazio-temporale dei pazienti anziani nelle ore notturne creano condizioni di rischio elevato difficili da mitigare con i presidi fisici.

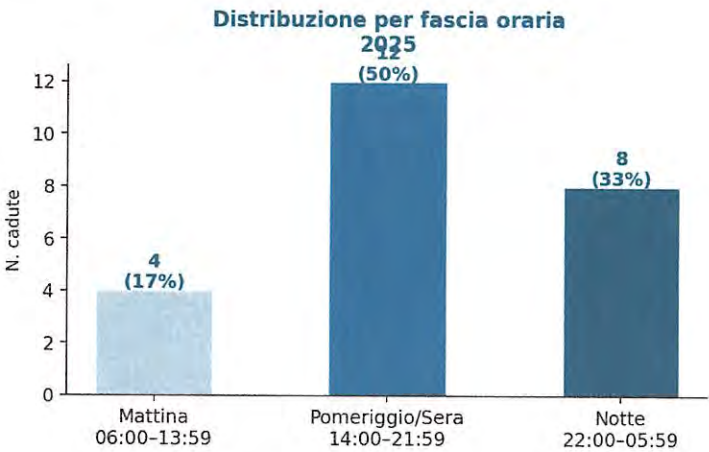


Fig. 4 - Distribuzione per fascia oraria - 2025

Profilo dei pazienti: età e rischio Conley

Il 77% delle cadute (17 casi su 22 adulti) riguarda pazienti con età pari o superiore ai 65 anni. Questo profilo è coerente con la composizione demografica della popolazione ricoverata nell'area medica, dove si concentrano i pazienti anziani con le maggiori comorbosità.

Fascia d'età	N. cadute 2025	% adulti	N. cadute 2024	Variazione
< 50 anni	1	5%	1	Stabile
50–64 anni	1	5%	2	–1
65–74 anni	6	27%	5	+1
75–84 anni	11	50%	10	+1
85+ anni	3	14%	3	Stabile
TOTALE adulti	22	100%	21	+1

Il dato più significativo e persistente riguarda il punteggio Conley al momento della caduta: il 57% dei pazienti adulti caduti (12 su 21 valutati) presentava un punteggio di rischio basso (0–2). Questo non significa che la valutazione fosse errata al momento dell'ingresso, ma che la caduta si è verificata in condizioni non anticipate dalla scheda - deterioramento clinico, variazioni di farmaci, tentativo di autonomia inappropriata - o che la valutazione non era aggiornata dopo cambiamenti clinici significativi nel corso della degenza.

Rischio Conley al momento caduta	N. casi 2025	% adulti valutati	N. casi 2024
Basso rischio (0–2)	12	57%	11 (52%)
Medio rischio (3–5)	6	29%	7 (33%)
Alto rischio (> 5)	3	14%	3 (14%)
Non valutato / neonati	3	-	2
TOTALE	24	-	23

Il Dipartimento Materno-Infantile: dalla segnalazione alla good practice AGENAS

La comparsa nel 2025 di 2 episodi nel Nido - categoria del tutto assente nel 2024 - ha avviato un percorso virtuoso che rappresenta uno degli esiti più significativi dell'anno in termini di gestione del rischio clinico. A seguito delle segnalazioni, la Direzione Sanitaria ha condotto più audit dedicati con il personale del Dipartimento Materno-Infantile, con l'obiettivo di comprendere le dinamiche degli episodi, le condizioni ambientali e organizzative che li avevano favoriti e il livello di consapevolezza del personale rispetto al rischio specifico del rooming-in.

Gli audit hanno evidenziato che gli episodi non erano tanto il segnale di un peggioramento della sicurezza, quanto il risultato di un miglioramento della cultura della segnalazione: un personale più attento e formato tende a riconoscere e segnalare situazioni che in passato sarebbero rimaste nel sommerso. Il lavoro degli audit ha portato alla formalizzazione di una procedura specifica per la prevenzione delle cadute del neonato nelle stanze di rooming-in - un documento particolarmente difficile da trovare nel benchmarking con altre strutture sanitarie italiane, perché in molte realtà questi episodi vengono o minimizzati o non classificati come "cadute" in senso tecnico. La procedura è stata portata come good practice all'AGENAS, dove è stata riconosciuta come esempio di buona pratica nella gestione del rischio materno-infantile.

B. CONFRONTO BIENNALE 2024-2025

Il confronto tra i 23 casi del 2024 e i 24 del 2025 mostra una sostanziale stabilità del fenomeno (+4%), con alcune variazioni significative nella distribuzione per luogo e nella comparsa di nuove categorie di rischio.

Indicatore	2024	2025	Variazione	Letture
Cadute totali segnalate	23	24	+4%	Sostanziale stabilità
Area medica	17 (74%)	17 (71%)	Stabile	Rischio confermato
Dip. Materno-Infantile	3 (13%)	4 (17%)	+1	Aumento segnalazione
di cui Nido (neonati rooming-in)	0	2	Nuova categoria	Good practice AGENAS
Area chirurgica	3 (13%)	3 (13%)	Stabile	
Luogo: stanza di degenza	16 (70%)	19 (79%)	+3	Aumento - monitorare
Luogo: bagno	6 (26%)	4 (17%)	-2	Riduzione - effetto misure 2024
Fascia oraria pomeriggio/sera	12 (52%)	12 (50%)	Confermata	Orario ad alto rischio strutturale
Fascia oraria notturna	8 (35%)	8 (33%)	Stabile	
Fascia 75-84 anni (più colpita)	10 (48%)	11 (50%)	Confermata	Fragilità strutturale popolazione
Conley basso (0-2) tra i caduti	11 (52%)	12 (57%)	In lieve aumento	Rivalutazione dinamica necessaria
Media punteggio Conley	2,7	2,6	Stabile	

Il confronto biennale rivela due messaggi principali. Il primo è la continuità: le stesse aree di rischio - area medica in testa, fascia anziana dominante, picco pomeridiano/serale, problematica del punteggio Conley

basso tra i caduti - si ripresentano in modo invariato nei due anni. Questa stabilità indica che non si è verificato un deterioramento acuto della sicurezza, ma che le vulnerabilità strutturali non sono state ancora risolte da interventi sistemici efficaci. Il secondo messaggio è che lo spostamento dal bagno alla stanza come luogo prevalente della caduta (da 26% a 17% il bagno, da 70% a 79% la stanza) potrebbe riflettere un effetto positivo delle misure adottate nel 2024 sul bagno - sistemi di allarme, sensibilizzazione del personale - ma richiede conferma nel corso del 2026 prima di poter essere interpretato come un trend consolidato.



Fig. 5 - Cadute per reparto: confronto 2024 vs 2025

3.3 Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)

A. ANALISI DEI DATI 2025

Il sistema di sorveglianza e il quadro generale

Il sistema di sorveglianza delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) si basa su due fonti distinte e complementari: la sorveglianza indiretta del Laboratorio di Analisi, che rileva l'isolamento microbico, e la segnalazione diretta dai reparti di degenza attraverso le schede del C-CICA. Il Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (C-CICA) svolge il ruolo di coordinamento e indirizzo, promuovendo la cultura della segnalazione precoce, la formazione del personale e l'aggiornamento continuo dei protocolli.

Nel 2025 è stato introdotto il protocollo di sorveglianza attiva tramite tampone di ingresso per i pazienti con storia di degenza in strutture sanitarie o socio-assistenziali nei due mesi precedenti, già attivo nelle aree ad alto rischio (UTIN, UTIR) ed esteso per i primi sei mesi dell'anno ai reparti di Medicina e Oncologia. Tutti i microrganismi segnalati appartengono al panel aziendale di allerta, che include i principali patogeni ospedalieri con profili critici di resistenza agli antibiotici.

Indicatore di sintesi	Valore 2025
Casi totali (inf./colonizzazioni)	130
% su ricoveri ordinari	~1,2-1,3%
Schede di segnalazione pervenute	71
Microrganismi isolati (database CIO)	225

Pazienti unici segnalati	122
Media germi per paziente	2,04
Pazienti adulti (>18 anni)	153
Pazienti neonati (età = 0)	96

I quattro cluster epidemici del 2025

Il 2025 è stato caratterizzato dalla gestione di quattro distinti cluster epidemici in reparti ad alta criticità. Il C-CICA ha preso atto dell'efficacia delle misure tempestive adottate, che hanno consentito il contenimento della diffusione e la protezione dei pazienti fragili. La recidiva del cluster da Legionella a soli sei mesi dal primo episodio ha tuttavia imposto una revisione strutturale del sistema idrico e l'istituzione di un organismo di controllo permanente.

Periodo	Agente / Reparto	Misure adottate	Esito
Gen-Mar 2025	Legionella pneumophila Reparto Medicina	Bonifica rete idrica, shock termico (70-80°C), screening 440 pazienti/dipendenti, sopralluogo congiunto ASL NA1 + ARPAC	Risoluzione certificata ARPAC al 1/4/2025
Aprile 2025	Serratia marcescens UTIN	Isolamento straordinario neonati, revisione procedure assistenziali e dispositivi condivisi, audit personale	Contenimento cluster - sorveglianza rinforzata
Luglio 2025	Pseudomonas aeruginosa UTIN	Indagine ambientale approfondita, misure aggiuntive prevenzione, audit specifico controllo infezioni neonatali	Contenimento cluster
Set 2025	Legionella pneumophila (recidiva) Reparto Medicina	Revisione strutturale sistema idrico, protocollo monitoraggio continuo, istituzione Comitato Permanente Legionella	Risoluzione - piano permanente attivato

Pattern microbiologico 2025 - distribuzione e profili di resistenza

Il dato microbiologico più rilevante del 2025 è l'inversione di tendenza rispetto al 2024: Pseudomonas aeruginosa diventa il microrganismo più frequentemente isolato con 56 casi (22%), superando nettamente Acinetobacter baumannii in forte calo da 41 a 20 isolamenti (-51%). Questo cambiamento ha implicazioni dirette sul piano terapeutico, della sorveglianza ambientale e delle strategie di profilassi.

Germe	N. 2025	% 2025	N. 2024	Variaz.	Note
Pseudomonas aeruginosa	56	22%	25	+124%	1° posto nel 2025 - resistenze critiche
Stafilococco / MRSA	43	17%	31	+39%	MRSA in aumento - ceppi sensibili in UTIN
Klebsiella pneumoniae	26	10%	29	-10%	MDR - 100% resistenza su molte classi
Acinetobacter baumannii	20	8%	41	-51%	Forte calo - effetto misure di controllo

Enterococcus faecium	17	7%	-	-	Inclusi casi VRE simil-VAN A
Stenotrophomonas maltophilia	17	7%	-	-	Prevalente in UTIN - spesso colonizzazione
C. difficile	7	3%	9	-22%	In calo
Candida spp.	6	2%	-	Stabile	
E. coli	6	2%	13	-54%	In forte calo
Serratia marcescens	5	2%	-	-	Cluster UTIN aprile 2025
Legionella pneumophila	4	2%	0	NUOVA	Due cluster gen-mar e set 2025
Enterobacter	4	2%	-	Stabile	
Proteus mirabilis	4	2%	9	-56%	In forte calo
Altro / non classificato	34	14%	-	-	Germi rari, contaminanti
TOTALE (database)	249	100%	212	+17%	225 secondo dati CIO (differenza metodologica)

Pattern microbiologico 2025 249 isolamenti totali

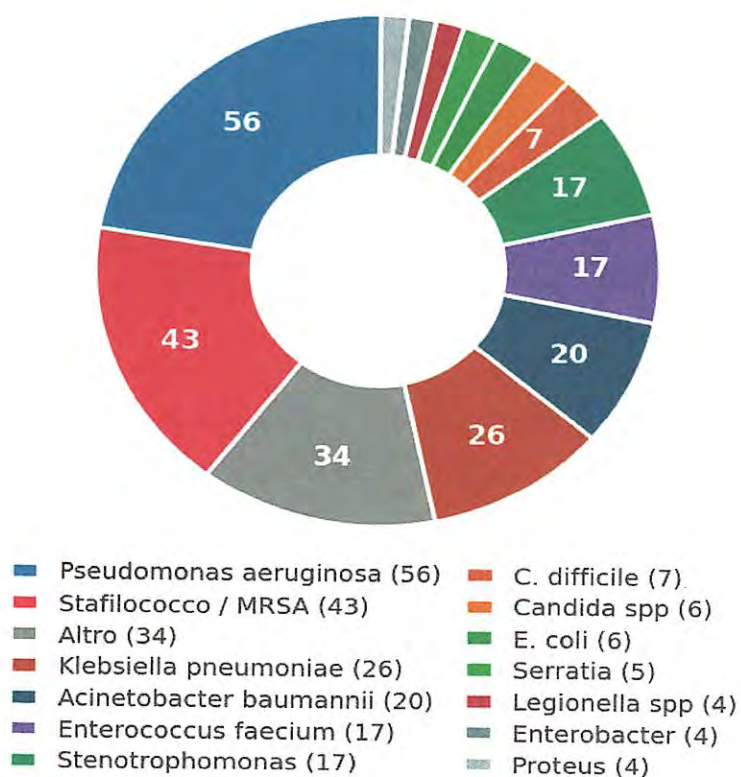


Fig. 6 - Pattern microbiologico 2025 - Distribuzione dei 249 isolamenti per classe di germe

Profili di resistenza antibiotica - Antimicrobial Stewardship

L'analisi dei profili di resistenza dei principali patogeni isolati nel 2025 evidenzia criticità di rilievo che impongono una revisione delle strategie terapeutiche e un rafforzamento del programma di Antimicrobial Stewardship aziendale.

Patogeno	Antibiotico / Classe	Profilo resistenza 2025	Implicazione clinica
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Amikacina	0% resistenza (36 isolati)	Gold standard confermato
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Piperacillina/Tazobactam	32,4% resistenza	Criticità rilevante - monitorare
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Ceftolozane/Tazobactam	30,4% resistenza	Ridotta efficacia combinazioni protette
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Ciprofloxacina/Ceftazidime	Elevata quota valori I	Monitoraggio dosaggi necessario
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	Penicilline, Cef. III-IV gen., Fluorochinoloni, Gentamicina, Ertapenem	100% resistenza	MDR estremo - opzioni terapeutiche residue minime
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	Amikacina	18,2% resistenza	Opzione terapeutica residua
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	Colistina	30% resistenza	
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	Ceftazidime/Avibactam	70% resistenza	Possibili ceppi MBL/carbapenemasi complesse - ALLERTA
<i>Stenotrophomonas</i>	Quasi tutti gli antibiotici	Resistenza molto estesa	Sensibilità limitata a trimetoprim-sulfametossazolo
<i>Acinetobacter baumannii</i>	Cefiderocol	Da inserire nel pannello ampliato	Delibera C-CICA 2025

Il fallimento di Ceftazidime/Avibactam (70% di resistenza su *Klebsiella*) è un indicatore particolarmente allarmante, suggestivo di ceppi produttori di metallo-beta-lattamasi (MBL) o carbapenemasi complesse. Il C-CICA ha deliberato l'istituzione di un registro interno dei casi produttori di carbapenemasi, con comunicazione immediata al Comitato per ogni nuovo isolamento, e ha avviato la predisposizione dell'elenco condiviso di antibiotici per l'antibiogramma esteso (Cefiderocol per *Acinetobacter baumannii*, Daptomicina per *Enterococcus faecium*).

B. CONFRONTO BIENNALE 2024-2025

Nel confronto tra i dati dei due anni 2024 - 2025 il C-CICA ha rilevato che l'incremento dei casi è verosimilmente multifattoriale: maggiore complessità clinica dei pazienti ricoverati, aumento della durata media di degenza, incremento delle procedure invasive, miglioramento delle capacità di rilevazione microbiologica e rafforzamento della sorveglianza attiva. Il gap persistente tra casi identificati e casi segnalati con scheda formalizzata (54 casi senza scheda nel 2025) rimane un punto critico su cui intervenire attraverso il coinvolgimento attivo dei reparti storicamente meno partecipativi.

Indicatore	2024	2025	Variazione	Lettura
Pazienti unici segnalati	108	122	+13%	Crescita moderata e costante
Isolamenti totali (database)	212	249	+17%	Aumento isolamenti confermato
Schede segnalazione	58	71	+22%	Miglioramento cultura segnalazione
Pazienti adulti >18 anni	167	153	-8%	Lieve riduzione relativa
Pazienti neonati (età = 0)	44	96	+118%	Forte aumento sorveglianza UTIN
Acinetobacter baumannii	41 (1° pos.)	20 (4° pos.)	-51%	Effetto positivo misure controllo
Pseudomonas aeruginosa	25	56 (1° pos.)	+ 124%	Nuova emergenza - richiede attenzione
Stafilococco / MRSA	31	43	+39%	MRSA in aumento
Klebsiella pneumoniae	29	26	-10%	Lieve riduzione ma profilo MDR critico
C. difficile	9	7	-22%	Segnale positivo
Legionella pneumophila	0	4	NUOVA	Due cluster - piano permanente attivato
Media germi per paziente	1,96	2,04	+0,08	PolimicrobicITÀ stabile
Gap casi non segnalati con scheda	~49	~54	In aumento	Priorità di miglioramento 2026

Il confronto biennale consente di identificare la transizione microbiologica più rilevante dell'anno: il calo di *Acinetobacter baumannii* (-51%) è un segnale incoraggiante riconducibile all'efficacia delle misure di controllo ambientale e di isolamento adottate. Tuttavia, l'incremento di *Pseudomonas aeruginosa* (+124%) indica chiaramente che il rischio non si è ridotto complessivamente ma si è spostato verso un altro patogeno opportunistico che predilige gli ambienti acquosi, i circuiti di ventilazione e i drenaggi. Il problema non è quindi risolto: si è trasformato.

Il quasi raddoppio degli isolamenti in neonati (da 44 a 96, +118%) rispecchia sia il consolidamento della sorveglianza attiva in UTIN e Neonatologia, sia la complessità crescente dei pazienti ricoverati. La distinzione tra colonizzazione e infezione attiva è cruciale in questo segmento: i germi dominanti - *Pseudomonas aeruginosa* e *Stenotrophomonas maltophilia* - sono frequentemente colonizzazioni senza infezione clinicamente attiva, e la gestione appropriata, evitando trattamenti antibiotici superflui, è fondamentale per preservare il microbiota neonatale e contenere la pressione selettiva verso la resistenza.

Il trend biennale confermato nel 2025 - crescita costante delle segnalazioni - indica che la cultura della sorveglianza è in progressivo miglioramento. Il gap persistente tra casi identificati e schede di segnalazione formalizzate (54 casi non segnalati nel 2025) rimane tuttavia l'obiettivo prioritario di miglioramento per il 2026, da affrontare attraverso il coinvolgimento formale dei reparti finora meno partecipativi e il rafforzamento del sistema di alert del Laboratorio Analisi verso i clinici.

Il Direttore Sanitario ha redatto richiesta ufficiale ai Responsabili delle UOC di Chirurgia, Ortopedia, Ginecologia e Ostetricia per il loro coinvolgimento formale nel C-CICA.

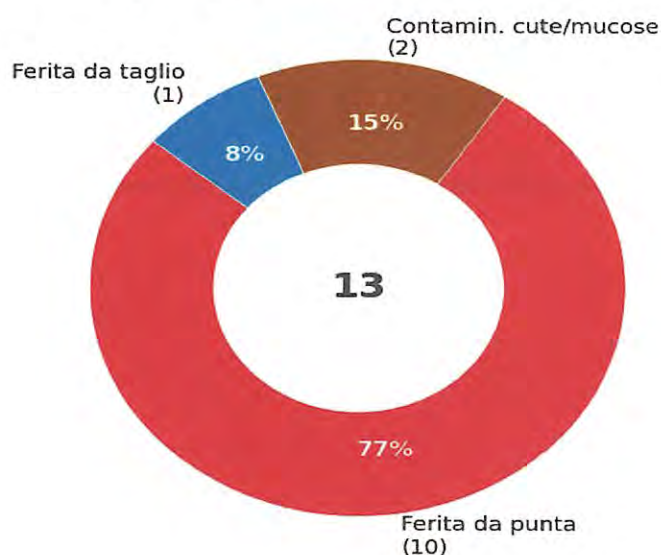
Tipologia lesione — Anno 2025

Fig. 8 - Distribuzione per tipologia di lesione, Anno 2025

Analisi per tipologia di lesione e per setting

La ferita da punta è di gran lunga la tipologia più frequente, con 10 casi su 13 (76,9%). Si tratta quasi sempre di punture accidentali con ago durante manovre assistenziali o chirurgiche. Seguono 2 casi di contaminazione di cute e/o mucose (15,4%) e 1 caso di ferita da taglio (7,7%). In nessuno dei 13 casi si è resa necessaria la profilassi post-esposizione (PEP): in tutti gli episodi la valutazione del rischio di trasmissione di agenti patogeni (HBV, HCV, HIV) ha avuto esito negativo o trascurabile.

Setting	N. 2025	% 2025	Caratteristiche di rischio specifiche
Blocco Operatorio	5	38,5%	Alto rischio: strumenti taglienti, procedure invasive, lavoro d'équipe in urgenza
Pronto Soccorso	4	30,8%	Criticità da imprevedibilità, velocità manovre, pazienti non collaboranti
Radiologia	4	30,8%	NUOVA AREA 2025 - procedure interventistiche guidate da imaging: biopsie, termoablazioni, drenaggi
TOTALE	13	100%	

Analisi per qualifica professionale e fascia d'età

Gli infermieri rappresentano la categoria più coinvolta con 8 segnalazioni su 13 (61,5%), dato coerente con il profilo di attività di questa figura professionale, che esegue quotidianamente prelievi, cateterizzazioni, medicazioni e assistenza in sala operatoria. I medici (incluso il primario) registrano 3 casi (23,1%). Le restanti 2 segnalazioni riguardano personale esterno. La presenza di personale esterno nella casistica degli infortuni biologici richiede attenzione sul piano della formazione e dell'informazione sui rischi specifici del contesto ospedaliero, che deve essere garantita anche ai lavoratori non dipendenti presenti nella struttura.

La fascia 30–39 anni è la più rappresentata con 7 casi (53,8%), seguita dalla fascia 40–49 anni (3 casi). L'elevata incidenza nella fascia 30–39 anni può essere correlata sia al volume di attività clinica di questa fascia d'età sia a una minore automatizzazione dei comportamenti di sicurezza rispetto ai professionisti più esperti. Le donne rappresentano il 76,9% delle segnalazioni (10 casi), riflettendo la composizione di genere del personale infermieristico a prevalenza femminile.

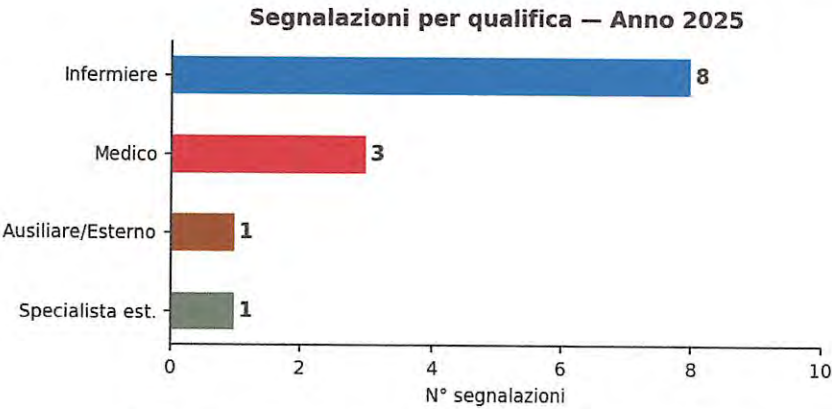


Fig. 9 - Segnalazioni per qualifica professionale, Anno 2025

B. CONFRONTO BIENNALE 2024–2025

Il numero totale di segnalazioni è passato da 11 nel 2024 a 13 nel 2025, con un incremento del 18%. Si tratta di un aumento moderato, da leggere non come un peggioramento della sicurezza ma come parte di una tendenza generale alla maggiore sensibilizzazione degli operatori alla segnalazione.

Variabile	2024	2025	Delta	Variazione	Lettura
Totale segnalazioni	11	13	+2	+18%	Aumento moderato
Infermieri coinvolti	5	8	+3	+60%	Incremento significativo
Medici coinvolti	3	3	0	Stabile	Nessuna variazione
Blocco Operatorio	5	5	0	Stabile	Criticità strutturale confermata
Pronto Soccorso	1	4	+3	+300%	Forte incremento - attenzione
Radiologia	0	4	+4	Nuova area	Assente nel 2024 - procedure interventistiche
Medicina / UTIR	3	0	-3	-100%	Possibile effetto interventi formativi 2024
Ferita da punta	8	10	+2	+25%	Lesione prevalente confermata
Profilassi PEP necessaria	1	0	-1	Miglioramento	Dato positivo
Fascia 30–39 anni	5	7	+2	+40%	Fascia più esposta - confermata

I segnali di cambiamento più rilevanti nel confronto biennale sono tre. Il primo è l'ingresso della Radiologia come nuova area di rischio biologico (da 0 a 4 segnalazioni): questo segnale è verosimilmente correlato all'aumento del volume di procedure interventistiche guidate da imaging (biopsie, termoablazioni, drenaggi), che espongono al rischio di ferite da punta con ago e trocar. Il secondo è la forte crescita delle segnalazioni

al Pronto Soccorso (+300%), che letto in parallelo con l'aumento dei reclami URP nello stesso setting suggerisce un contesto operativo sotto pressione, dove la velocità e l'intensità dell'attività assistenziale aumentano il profilo di rischio biologico. Il terzo - positivo - è la scomparsa di segnalazioni da Medicina/UTIR (da 3 a 0), che potrebbe riflettere l'effetto di interventi formativi specifici adottati nel 2024, ma che richiede conferma nei prossimi anni.

Il dato più incoraggiante del biennio è l'assenza di casi che abbiano richiesto profilassi post-esposizione nel 2025 (dopo 1 caso nel 2024), che indica che la valutazione del rischio di trasmissione ha portato in tutti i casi a una conclusione rassicurante.

3.5 Aggressioni al Personale Sanitario

A. ANALISI DEI DATI 2025

Introduzione e contesto

La violenza nei confronti degli operatori sanitari è un fenomeno riconosciuto a livello internazionale come una delle principali minacce alla sicurezza sul luogo di lavoro nel settore della salute. L'OMS stima che il 25% degli episodi di violenza lavorativa avvenga in ambito sanitario, con conseguenze che vanno dal danno fisico immediato al burnout e all'abbandono della professione. Nel corso del 2025 sono stati registrati **31** episodi di violenza presso la nostra struttura attraverso il sistema di monitoraggio ONSEPS, con un totale di 48 operatori coinvolti. Va premesso che il fenomeno è verosimilmente sottostimato rispetto alla reale incidenza: episodi di violenza verbale - percepiti come normali o inevitabili in certi contesti - tendono a non essere segnalati sistematicamente. Il numero di 31 rappresenta una soglia minima, non esaustiva.

Indicatore di sintesi	Valore 2025	Nota
Episodi totali segnalati	31	100%
di cui con aggressione fisica	6	19%
di cui solo verbale	25	81%
Operatori totali coinvolti	48	Media 1,55 per episodio
Episodi con 2+ operatori coinvolti	17 / 31	55% degli episodi
Tipo di aggressore prevalente	Parente/Caregiver	27 casi (87%)
Setting più colpito	Pronto Soccorso	16 casi (52%)
Qualifica più colpita	Infermiere	34 operatori (71%)
Fascia d'età più colpita (operatori)	40–49 anni	15 operatori (31%)

Tipo di aggressore - il dato strutturale più significativo

L'analisi del profilo dell'aggressore rivela un dato che domina l'intera interpretazione dei dati 2025: in 27 casi su 31 (87%) l'aggressione è stata perpetrata da un parente, caregiver o conoscente del paziente. Solo 4 episodi (13%) vedono il paziente stesso come aggressore diretto. Questo dato ha implicazioni dirette sulla strategia preventiva: gli interventi non possono limitarsi alla gestione del paziente, ma devono includere protocolli strutturati per la gestione dei familiari e dei visitatori, in particolare nei momenti di maggiore tensione emotiva.

Tipo di aggressore	N. episodi 2025	% 2025
Parente / Caregiver / Conoscente	27	87%
Utente / Paziente	4	13%
Estraneo	0	0%
TOTALE	31	100%

Setting assistenziale

La distribuzione degli episodi per setting conferma il Pronto Soccorso come l'ambiente a maggiore esposizione, con 16 casi (52% del totale). Il dato del PS riflette le caratteristiche strutturali di questo setting: tempi di attesa spesso prolungati, alta tensione emotiva di pazienti e familiari, contesto caotico, operatività h24 con turni notturni. Questi fattori di rischio sono noti e devono guidare interventi specifici.

Significativo e strutturalmente nuovo è il dato dell'Area di Degenza, che rappresenta il 39% degli episodi nel 2025 con 12 casi - un cambiamento radicale rispetto all'anno precedente, in cui questa area rappresentava meno del 10% del totale. La vicinanza prolungata tra personale e familiari durante i ricoveri crea condizioni di attrito che nel 2025 si sono manifestate con frequenza crescente.

Setting assistenziale	N. episodi 2025	% 2025	Tipo aggressione prevalente
Pronto Soccorso	16	52%	Verbale (14) + Fisica (2)
Area di Degenza	12	39%	Verbale (8) + Fisica (4)
Aree comuni	2	6%	Verbale (2)
Altro (Sala parto)	1	3%	Verbale (1)
TOTALE	31	100%	

Distribuzione temporale

La distribuzione per fascia oraria mostra una sostanziale uniformità tra mattina e pomeriggio (11 episodi ciascuno, 35%), con una leggera riduzione nelle ore notturne (9 episodi, 29%). L'assenza di un picco netto indica che il rischio è distribuito nell'arco dell'intera giornata. L'84% degli episodi si è verificato in giorni feriali (26 su 31); i 5 episodi festivi si concentrano prevalentemente nella fascia pomeridiana (3 su 5), quando l'afflusso dei visitatori è massimo e i presidi di personale possono essere ridotti.

Fascia oraria	N. episodi	% totale	Feriale	Festivo
Mattina (06:00–13:59)	11	35%	9	2
Pomeriggio (14:00–21:59)	11	35%	8	3
Notte/Sera (22:00–05:59)	9	29%	9	0
TOTALE	31	100%	26 (84%)	5 (16%)

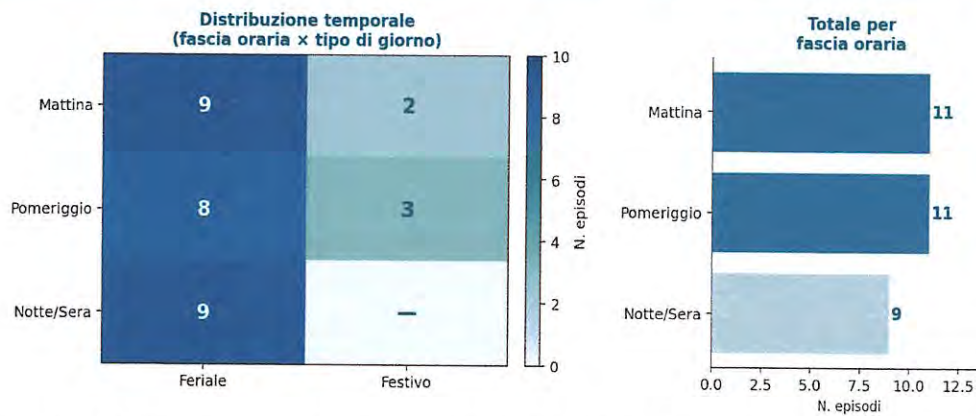


Fig. 10 - Distribuzione temporale: heatmap fascia oraria x tipo di giorno e totale per fascia oraria

Profilo degli operatori coinvolti

Gli infermieri rappresentano la categoria professionale più esposta con 34 operatori coinvolti su 48 totali (71%). Seguono i coordinatori infermieristici (6 casi, 13%) e gli OSS (3 casi, 6%). Questo riflette sia la maggiore numerosità della categoria infermieristica, sia il suo ruolo di primo contatto con pazienti e familiari. La fascia d'età 40–49 anni è la più colpita (15 operatori, 31%), seguita dalla fascia 30–39 anni (14 operatori, 29%): il 60% dei coinvolti ha tra i 30 e i 49 anni, ovvero il personale con maggiore esperienza e spesso con ruoli di gestione diretta delle situazioni critiche.

Qualifica professionale	N. operatori	% coinvolti	Note
Infermiere	34	71%	Categoria più esposta in assoluto
Coordinatore Infermieristico	6	13%	Ruolo di gestione conflitti - in aumento
Operatore Socio Sanitario (OSS)	3	6%	
Dipendenti non sanitari / Front office	2	4%	
Medico chirurgo	2	4%	Forte riduzione rispetto al 2024
Ostetrica/o	1	2%	
TOTALE	48	100%	

Episodi con aggressione fisica - segnali di allerta

I 6 episodi che hanno incluso una componente fisica sono distribuiti tra Area di Degenza (4 casi) e Pronto Soccorso (2 casi). L'episodio più grave è il N. 20: 5 operatori coinvolti in un'Area di Degenza durante un turno mattutino feriale, con aggressione fisica e verbale da parte di un parente/caregiver. Per ciascuno dei 6 episodi fisici è stata proposta l'attivazione dei supporti previsti per gli operatori coinvolti: supporto psicologico ed assistenza medico-legale.

B. CONFRONTO BIENNALE 2024–2025

Il confronto tra i dati del 2024 e quelli del 2025 evidenzia un anno di transizione strutturale: non solo i numeri sono cambiati, ma la morfologia del fenomeno - chi aggredisce, dove, chi viene colpito - si è trasformata in

modo profondo. Va premesso che la lettura dei numeri deve sempre considerare la variabile della propensione alla segnalazione: un aumento degli episodi registrati non coincide necessariamente con un aumento reale degli episodi occorsi, ma può riflettere un miglioramento della cultura della sicurezza.

Indicatore	2024	2025	Variazione	Lettura
Episodi totali segnalati	25	31	+24%	Aumento moderato - in parte effetto cultura segnalazione
Operatori coinvolti	29	48	+66%	Episodi più diffusivi - coinvolgono più persone
Media operatori per episodio	1,16	1,55	+34%	Situazioni di tensione che si estendono all'équipe
Aggressioni fisiche	8 (32%)	6 (19%)	-25%	Segnale positivo - personale più capace di de-escalation
Aggressioni verbali	17 (68%)	31 (100%)*	+82%	In parte effetto positivo: più segnalazioni anche del verbale
Danni alla proprietà	2	0	-2	Scomparsi
Aggressore: paziente	57%	13%	-44 pp	Ribaltamento strutturale profilo
Aggressore: parente/caregiver	43%	87%	+44 pp	Cambio di paradigma - familiare come nuovo aggressore
Setting: Pronto Soccorso	~90%	52%	-38 pp	Prevalente ma meno esclusivo
Setting: Area di Degenza	~8%	39%	+31 pp	Nuovo fronte di rischio
Infermieri coinvolti	19 (66%)	34 (71%)	+79%	Categoria più esposta in entrambi gli anni
Medici coinvolti	5 (17%)	2 (4%)	-60%	Forte riduzione
Coordinatori infermieristici coinvolti	3 (10%)	6 (13%)	+100%	Raddoppio - figura di mediazione sempre più esposta

* Nel 2025 tutti e 31 gli episodi includono una componente verbale; 6 di essi includono anche aggressione fisica.

Il cambiamento strutturale più significativo del confronto biennale è il ribaltamento del profilo dell'aggressore. Nel 2024 il paziente stesso era responsabile della maggioranza degli episodi (57%); nel 2025 questa proporzione si inverte radicalmente con i parenti/caregiver che salgono all'87%. Questo cambiamento non può essere attribuito a un'unica causa: una prima interpretazione è organizzativa (ampliamento delle fasce di visita e maggiore presenza dei familiari), una seconda è clinica (pazienti più anziani e con maggiore comorbidità, meno capaci di agire come aggressori diretti), una terza - probabilmente la più significativa - è comunicativa: le tensioni generate da attese prolungate, percorsi di cura complessi e comunicazioni difficili trovano sfogo sempre più spesso nel familiare che accompagna, piuttosto che nel paziente stesso.

Il dato della riduzione delle aggressioni fisiche (da 8 a 6, -25%) è il segnale più incoraggiante del biennio: suggerisce una maggiore capacità del personale di gestire le situazioni prima che degenerino nel contatto fisico. Parallelamente, l'aumento delle aggressioni verbali (+82%) va letto - almeno in parte - come effetto positivo di una maggiore propensione a segnalare anche gli episodi senza contatto fisico, che nel 2024 venivano spesso omessi perché percepiti come "normali".

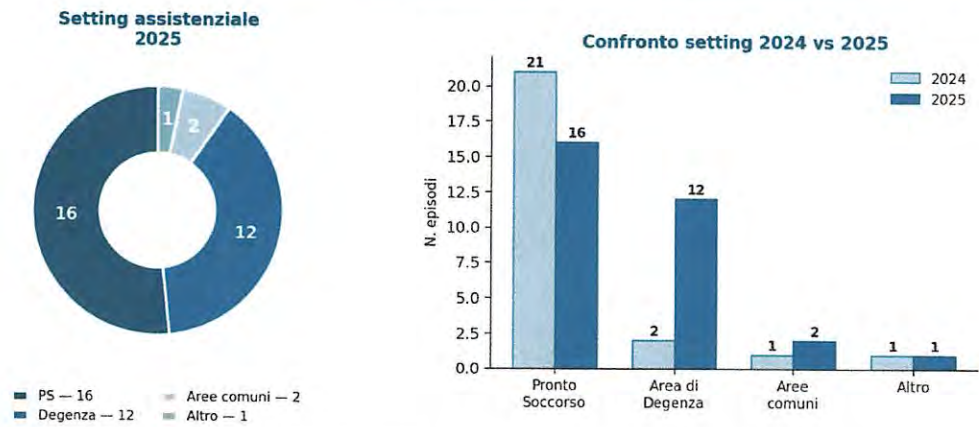


Fig. 11a - Setting assistenziale 2025 e confronto con il 2024

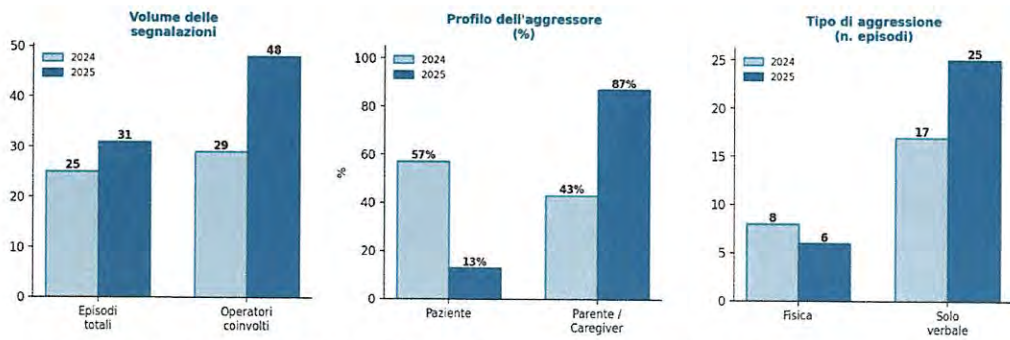


Fig. 11b - Confronto 2024 vs 2025: volumi, profilo aggressore e tipo di aggressione

3.6 Reclami e Segnalazioni URP

A. ANALISI DEI DATI 2025

Metodologia e quadro generale

Il presente paragrafo analizza i reclami e le segnalazioni pervenuti e formalizzati presso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) nel corso del 2025. I dati sono estratti dal database gestionale dell'URP e riguardano esclusivamente le pratiche formalizzate, per le quali è stata avviata una istruttoria. Per ciascun evento la procedura prevede: accoglienza della segnalazione, trasmissione ai responsabili di reparto (Primario, Caposala, Direzione Sanitaria/Amministrativa), ricerca delle cause-radici, predisposizione della risposta all'utente e monitoraggio delle azioni migliorative.

Nel corso del 2025 l'URP ha registrato e formalizzato 38 reclami e segnalazioni, con una media mensile di 3,2 segnalazioni. La distribuzione è abbastanza omogenea nel corso dell'anno, con picchi nei periodi primaverile (marzo-aprile) ed estivo (agosto).

Indicatore	Valore 2025
Totale reclami / segnalazioni 2025	38

Media mensile	3,2 reclami/mese
Mesi con maggiore volume	Marzo, Aprile, Agosto (5 ciascuno)
Mese con minore volume	Giugno (1 reclamo)
Reclami con risposta formalizzata	19 (50%)
Reclami con soluzione documentata	9 (24%)
Canale prevalente di accesso	Posta elettronica (mail): 23 casi (60,5%)
Tipologia prevalente di reclamante	Paziente per sé stesso: 22 casi (57,9%)
Reclami presentati da familiare	16 casi (42,1%)

Distribuzione per area di interesse

Le tre aree principali concentrano il 76,3% del totale dei reclami: il Pronto Soccorso si conferma l'area più critica in termini assoluti con 12 reclami (31,6%); Ostetricia/Ginecologia emerge come criticità strutturale con 11 reclami (28,9%, +450% rispetto al 2024); Ortopedia è una area completamente nuova con 6 reclami (15,8%), assente nei dati del 2024.

Area di interesse	N. 2025	% 2025	N. 2024	Variaz.	Macroarea prevalente
Pronto Soccorso	12	31,6%	9	+33%	Relazione, Assistenza, Organizzazione
Ostetricia / Ginecologia	11	28,9%	2	+450%	Relazione, Assistenza, Comfort
Ortopedia	6	15,8%	0	NUOVA	Relazione
Medicina / T.I.	2	5,3%	2	Stabile	Assistenza
Nido	1	2,6%	0	NUOVA	Relazione, Assistenza
Sala Operatoria	1	2,6%	0	NUOVA	Assistenza, Relazione, Comfort
Radiologia	1	2,6%	1	Stabile	Organizzazione, Relazione
Chirurgia	1	2,6%	1	Stabile	Comfort
CUP	1	2,6%	2	-50%	Organizzazione
Laboratorio Analisi	1	2,6%	0	NUOVA	Organizzazione (attesa)
Ufficio Ricoveri / Altro	1	2,6%	0	NUOVA	Organizzazione
TOTALE	38	100%	19	+100%	

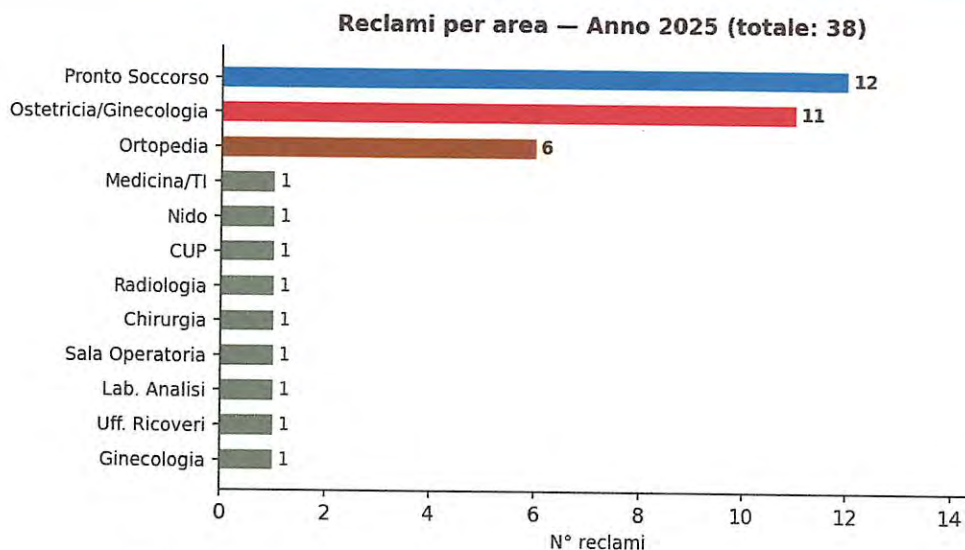


Fig. 12 - Distribuzione reclami per area di interesse, Anno 2025 (tot. 38)

Macroaree e microaree di criticità

I reclami sono classificati secondo quattro macroaree. Poiché un singolo reclamo può riguardare più di una macroarea, il totale delle citazioni supera il numero dei reclami. La macroarea "Relazione" (comunicazione, scortesia, informazione) è presente in circa il 68% dei reclami ed è la dimensione trasversale più diffusa, rilevata in tutte le aree dell'ospedale. Nel 2024 questa macroarea era concentrata quasi esclusivamente nel Pronto Soccorso; nel 2025 si è estesa a tutti i reparti, diventando un fenomeno sistemico.

Macroarea	% reclami in cui compare	Tendenza rispetto 2024	Reparti più coinvolti
Relazione (comunicazione, scortesia, informazione)	~68%	Da concentrata (PS) a SISTEMICA	PS, Ost./Gin., Ortopedia, tutti i reparti
Assistenza (qualità inf. e medica)	~47%	In aumento	PS, Ost./Gin., Ortopedia
Organizzazione (tempi, percorsi, accesso)	~32%	Stabile - nuove aree	PS, CUP, Lab. Analisi
Comfort (igiene, arredo, strutture)	~18%	In crescita	Ostetricia/Ginecologia

Parola chiave (microarea)	N. citazioni 2025	Ambito
Comunicazione	12	Relazione operatore-paziente/familiare
Infermieri / Infermiere	11	Qualità assistenza infermieristica
Medico / Medici	8	Qualità assistenza medica
Scortesia	6	Relazione operatore-paziente
Informazione	5	Relazione / Organizzazione
Pulizia / Igiene	5	Comfort strutturale
Attesa	3	Organizzazione

"Comunicazione" è la parola chiave più citata (12 occorrenze), seguita da "Infermieri/Infermiere" (11 occorrenze) e "Medico/Medici" (8 occorrenze). "Scortesie" compare in 6 reclami. Questi dati confermano che la relazione umana tra personale e paziente/familiare è il nucleo principale delle criticità segnalate nel 2025. Non si tratta di un problema episodico o localizzato in uno o due reparti: la diffusione del tema relazionale in tutte le aree dell'ospedale indica una criticità culturale trasversale che richiede una risposta di sistema, non di singola unità operativa.

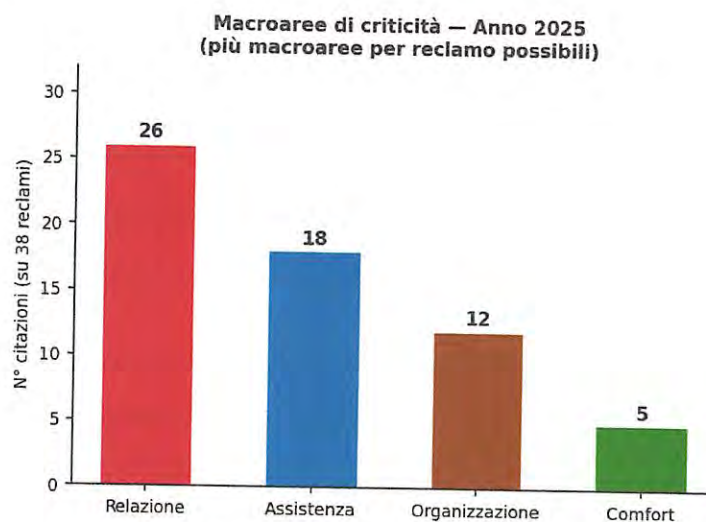


Fig. 13 - Macroaree di criticità citate nei reclami 2025

Modalità di presentazione e tipologia del reclamante

Il canale privilegiato dai reclamanti è la posta elettronica (mail), che rappresenta il 60,5% degli accessi (23 reclami su 38). Seguono il modulo cartaceo (26,3%), le modalità miste verbale+mail (5,3%) e la raccomandata (2,6%). Il ricorso prevalente alla mail indica una propensione dell'utenza a documentare formalmente e per iscritto la propria segnalazione. Il 57,9% dei reclami è presentato direttamente dal paziente interessato (22 casi); il restante 42,1% è presentato da un familiare (16 casi), dato significativo soprattutto in area ostetrico-ginecologica dove il familiare è spesso il partner o il genitore.

B. CONFRONTO BIENNALE 2024–2025

Il raddoppio del volume dei reclami - da 19 nel 2024 a 38 nel 2025 (+100%) - è l'indicatore più immediato e impattante del confronto biennale.

Indicatore	2024	2025	Variazione	Lettura
Totale reclami	19	38	+100%	Raddoppio del volume
Media mensile	1,6	3,2	+100%	
N. aree coinvolte	8	12	+4 aree	Espansione fenomeno a nuove aree
Pronto Soccorso	9 (47%)	12 (31,6%)	+ 33% (ass.)	Peso % ridotto - PS non più dominante
Ostetricia / Ginecologia	2 (11%)	11 (28,9%)	+ 450%	Criticità emergente - priorità
Ortopedia	0	6 (15,8%)	NUOVA area	Completamente assente nel 2024
Medicina / T.I.	2 (11%)	2 (5,3%)	Stabile	

CUP	2 (11%)	1 (2,6%)	-50%	Segnale positivo
Pediatria	1 (5%)	0	Scomparso	Segnale positivo
Ambulatorio	1 (5%)	0	Scomparso	Segnale positivo
Macroarea Relazione	Conc. PS	Sistemica	Estensione totale	Tema strutturale dell'organizzazione
Reclami con risposta	n.d.	19 (50%)	-	Target 2026: $\geq 75\%$

Il segnale più preoccupante è l'incremento straordinario in Ostetricia/Ginecologia: il passaggio da 2 a 11 reclami (+450%) non è riconducibile a un unico episodio ma a una casistica diversificata distribuita sull'intero anno, che copre tutti i sottoreparti (Ginecologia, Ostetricia, Sala Parto, PS Ostetrico, Nido). I temi segnalati sono eterogenei - comunicazione, scortesia, qualità assistenziale infermieristica, comfort (arredo, igiene, biancheria), organizzazione - il che esclude un problema puntuale e suggerisce una criticità strutturale nella gestione della relazione con la paziente.

Il Pronto Soccorso, pur aumentando in valore assoluto (+33%), vede ridurre il proprio peso percentuale sul totale (da 47% nel 2024 a 31,6% nel 2025). Questo non è necessariamente un segnale di miglioramento del PS, ma riflette la crescita proporzionale di altre aree. Il profilo delle criticità nel PS si è parzialmente evoluto: accanto ai temi storici (attesa, sovraffollamento, organizzazione), nel 2025 emergono in modo più marcato le segnalazioni per comportamento del personale e qualità della relazione - segnale che alcune misure organizzative adottate nel 2024 iniziano a produrre effetti sul fronte logistico, mentre il tema relazionale rimane irrisolto.

I segnali positivi del biennio sono: la riduzione dei reclami al CUP (-50%), la scomparsa dei reclami da Pediatria e Ambulatorio, e la stabilità di Medicina/T.I. nonostante l'espansione del fenomeno in altre aree. Questi dati indicano che interventi localizzati possono produrre risultati concreti e che la diversità degli esiti tra i reparti non è casuale ma rispecchia la qualità delle risposte organizzative e relazionali adottate.

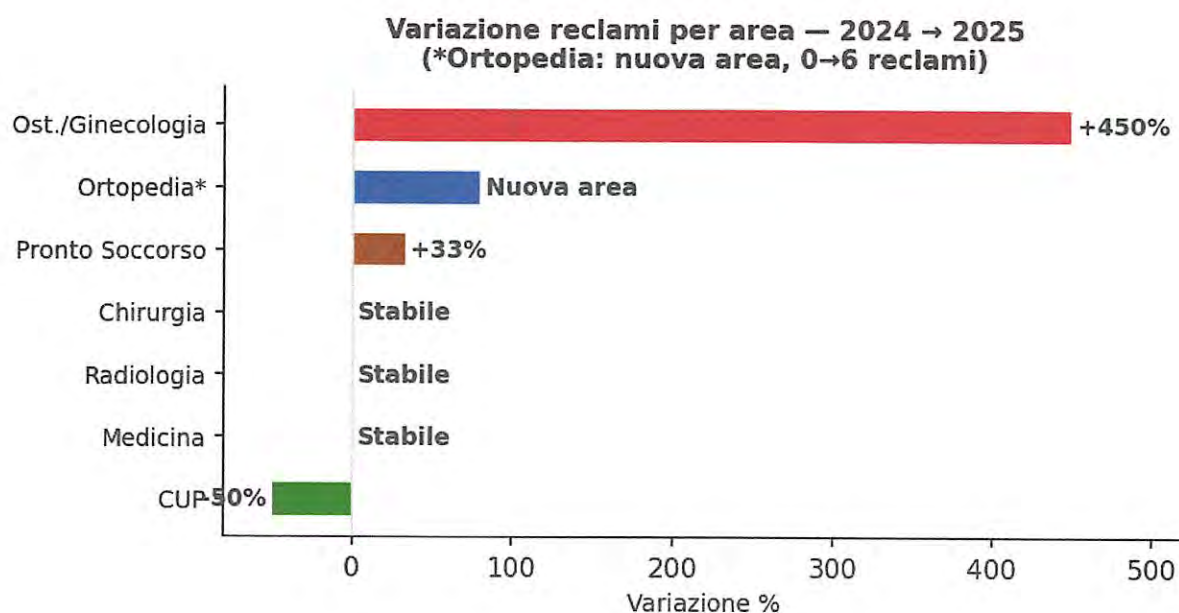


Fig. 14 - Variazione percentuale per area, 2024 → 2025

3.7 Analisi richieste di risarcimento

Metodologia e quadro generale

Il presente paragrafo illustra l'analisi delle richieste di risarcimento danni pervenute all'Ufficio di Direzione dell'Ospedale Buon Consiglio Fatebenefratelli di Napoli nel corso dell'anno 2025. L'attività di monitoraggio e gestione dei sinistri sanitari rientra nel più ampio sistema di governo clinico adottato dalla struttura, in attuazione delle disposizioni previste dalla Legge 8 marzo 2017, n. 24 (c.d. Legge Gelli-Bianco) in materia di sicurezza delle cure e responsabilità professionale.

Ogni pratica viene catalogata e gestita attraverso la piattaforma SIMES (Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità), consentendo la raccolta strutturata dei dati, l'individuazione di aree critiche e la pianificazione di azioni correttive e preventive.

A. ANALISI DEI DATI 2025

Analisi delle pratiche prese in carico nel 2025

Nel corso dell'anno 2025 sono state prese in carico complessivamente **14** pratiche di risarcimento danni, con un incremento di 1 unità (+7,7%) rispetto alle 13 pratiche registrate nell'anno precedente. Le pratiche si riferiscono a eventi sinistro con data di accadimento che si estende dal 2014 al 2025, evidenziando come le richieste legali possano pervenire a notevole distanza temporale dal fatto.

Tipologia Evento	N° 2025	%
Richiesta risarcimento	9	64,3%
Decesso	3	21,4%
Decesso feto	2	14,3%

La maggioranza delle pratiche (9 su 14, pari al 64,3%) si configura come richiesta stragiudiziale di risarcimento. In 3 casi la richiesta è conseguente al decesso del paziente, in 2 casi al decesso del feto in ambito ostetrico. Si registra inoltre 1 caso con apertura di procedimento penale (art. 360 c.p.p. e art. 589 c.p.), indice di una gravità percepita che travalica il piano civile.

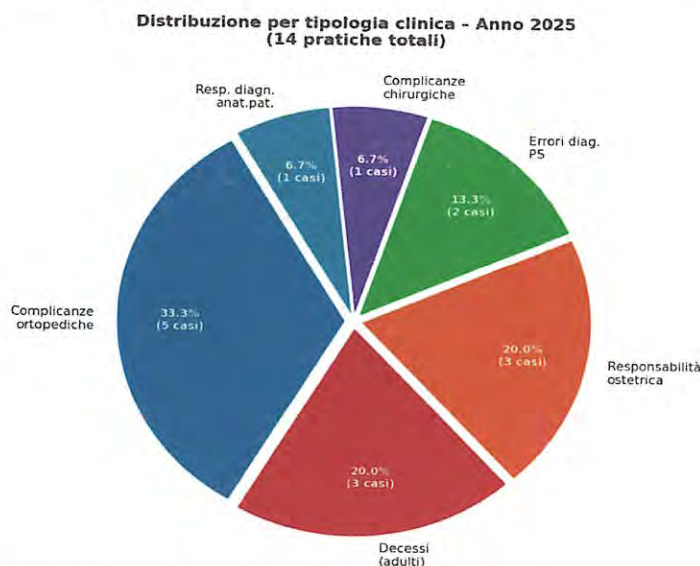


Fig. 15 – Distribuzione per tipologia clinica Anno 2025 (14 pratiche totali)

L'analisi dei contenuti delle 14 pratiche consente di ricondurre gli eventi sinistro alle seguenti macro-categorie cliniche:

- Errori/complicanze post-operatorie in chirurgia ortopedica (5 casi): dismetria, pseudoartrosi, protesi non correttamente posizionata, rottura femorale post-artroprotesi, impianto incongruo di chiodo endomidollare.
- Decessi con presunta responsabilità medica (3 casi): decesso da omicidio colposo al Pronto Soccorso, mancata diagnosi con exitus, decesso da carcinoma vulvare per staging errato.
- Responsabilità ostetrica (3 casi): 2 decessi fetali e 1 procedimento penale per lesioni in corso di parto.
- Errori diagnostici al Pronto Soccorso (2 casi): omessa diagnosi di frattura del collo del femore; omessa somministrazione di antidoto in intossicazione mista.
- Complicanze post-operatorie in chirurgia generale (1 caso): perforazione ileale durante colecistectomia laparoscopica.
- Responsabilità diagnostica in ambito anatomo-patologico (1 caso): richiesta di acquisizione vetrini istologici per accertamento di presunta diagnosi errata.

B. CONFRONTO BIENNALE 2024–2025

La tabella seguente mette a confronto le tipologie cliniche dei sinistri nei due anni, utilizzando come riferimento la classificazione già adottata nel 2024.

Tipologia Clinica	2024	2025	Variaz.	Trend
Errore diagnostico / Mancata diagnosi	7	3	-4	▼ 57%
Errore trattamento chirurgico	5	6	+1	▲ 20%
Decesso / Omicidio colposo	0	5	+5	Nuova cat.
Complicanze post-operatorie	0	3	+3	Nuova cat.
Infezione correlata assistenza	1	0	-1	▼ 100%
Responsabilità ostetrica / Feto	0	3	+3	Nuova cat.
Procedimento penale	0	1	+1	Nuova cat.
TOTALE	13	14	+1	▲ 7,7%

I principali elementi di discontinuità rispetto al 2024 sono i seguenti:

- Aumento degli eventi con esito letale: nel 2025 si registrano 5 decessi collegati a responsabilità sanitaria (3 pazienti adulti + 2 feti), fenomeno assente tra le pratiche classificate nel 2024.
- Nuova casistica ostetrica: le 3 pratiche relative a decessi fetali e lesioni in corso di parto rappresentano un'area critica emergente, non presente nel campione 2024.
- Riduzione degli errori diagnostici puri: le pratiche riconducibili a errore diagnostico senza esito letale scendono da 7 a 3.
- Stabilità del profilo ortopedico: Ortopedia rimane il reparto con il maggior numero di pratiche (5 nel 2025 vs 6 nel 2024), confermando la necessità di interventi strutturali già avviati.
- Incremento marginale del volume totale: 14 pratiche nel 2025 vs 13 nel 2024 (+7,7%), variazione contenuta ma che si inserisce in un trend di lieve crescita.

Distribuzione per area / reparto di competenza

Reparto / Area	Casi 2025	% 2025	Casi 2024	% 2024
Ortopedia	5	35,7%	6	46,2%
Pronto Soccorso	4	28,6%	3	23,1%
Ostetricia/Ginecologia	3	21,4%	1	7,7%
Chirurgia	1	7,1%	2	15,4%
Laboratorio Analisi	1	7,1%	0	0,0%
Non specificato	0	0,0%	1	7,7%
TOTALE	14	100%	13	100%

L'area ortopedica si conferma anche nel 2025 come la più esposta alle richieste di risarcimento, con 5 pratiche pari al 35,7% del totale, in ulteriore aumento rispetto al 46,2% del 2024 (6 casi su 13). Seguono il Pronto Soccorso con 4 casi (28,6%) e l'area di Ostetricia e Ginecologia, che registra 3 pratiche nel 2025 contro 1 nel 2024, segnalando una tendenza in crescita.

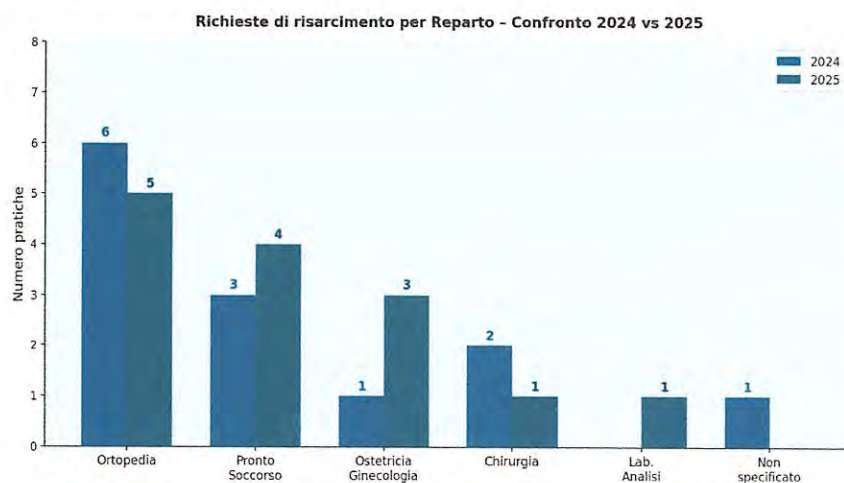


Fig. 16 – Confronto richieste di risarcimento per reparto (2024 vs 2025)

Aree di rischio prioritarie

Dall'analisi integrata dei due anni emergono le seguenti aree di rischio su cui concentrare le azioni di miglioramento:

1. Chirurgia ortopedica

- Corretta selezione e posizionamento dei mezzi di sintesi e degli impianti protesici.
- Gestione del consenso informato e dell'informativa pre-operatoria con particolare attenzione a pazienti fragili o con tutore legale.
- Protocollo di sorveglianza post-operatoria nelle prime 48 ore.

2. Area di Ostetricia e Ginecologia

- Protocollo di monitoraggio fetale intensivo nelle gravidanze ad alto rischio (preeclampsia, gravidanze complesse).
- Definizione delle responsabilità nella gestione dei parti in regime di libera professione.
- Revisione dei criteri di dimissione delle partorienti a rischio.

3. Pronto Soccorso

- Protocollo diagnostico per le fratture ossee nell'anziano (imaging integrato RX + TAC).
- Gestione delle intossicazioni: checklist per antidoti e monitoraggio intensivo dei parametri vitali.
- Adeguata sorveglianza dei pazienti instabili prima del trasferimento in reparto ordinario.

3.8 Analisi della sinistrosità

L'analisi della sinistrosità e dei risarcimenti costituisce un elemento fondamentale per la valutazione della sicurezza delle cure e dell'efficacia dei processi assistenziali. In conformità con quanto previsto dall'art. 4, comma 3 della Legge 24/2017 (c.d. Legge Gelli-Bianco), il monitoraggio sistematico degli eventi che hanno originato richieste di risarcimento nel quinquennio 2020–2025 consente di identificare le aree critiche, misurare l'impatto delle azioni correttive già adottate e orientare le strategie di prevenzione del rischio clinico.

La tabella seguente riporta l'andamento dei sinistri aperti, liquidati e dei relativi importi risarcitori per ciascun anno del periodo considerato nell'ultimo quinquennio.

Anno	Sinistri aperti (A)	Sinistri liquidati (A)	Risarcimenti erogati (€)	Risarcimento medio annuo (€)
2020	25	11	€ 989.592,80	€ 89.962,98
2021	17	11	€ 2.044.302,36	€ 185.845,67
2022	14	12	€ 1.044.529,46	€ 87.044,12
2023	30	18	€ 2.344.139,43	€ 130.229,97
2024	31	10	€ 2.853.448,40	€ 285.344,84
2025	29	9	€ 1.678.631,13	€ 186.514,57

(A) I dati includono esclusivamente i sinistri e i risarcimenti riconducibili al rischio clinico; sono esclusi quelli relativi a danni di altra natura (ad es. smarrimento effetti personali, danni a cose, ecc.).

Principali evidenze del quinquennio

Numero di sinistri aperti. Nel periodo analizzato, il numero di sinistri aperti annualmente è oscillato tra un minimo di 14 (2022) e un massimo di 31 (2024), con una media di circa 24 pratiche l'anno. Il dato del 2022 appare anomalmente contenuto e potrebbe riflettere, in parte, l'effetto residuo della pandemia da COVID-19 sui comportamenti di sinistro. Il successivo incremento registrato nel biennio 2023–2024 riporta i volumi su livelli fisiologici, segnalando comunque la necessità di monitorare attentamente la frequenza dei sinistri.

Sinistri liquidati. Il numero di sinistri annualmente definiti con liquidazione oscilla tra 9 (2025) e 18 (2023). Il valore più elevato del 2023 riflette verosimilmente la maturazione di pratiche aperte negli anni precedenti; il dato ancora parziale del 2025 - con sole 9 liquidazioni - dipende dalla normale latenza temporale tra apertura e definizione del sinistro.

Risarcimenti erogati. L'onere risarcitorio complessivo raggiunge il picco nel 2024, con € 2.853.448, registrando un incremento del 22% rispetto al 2023 (€ 2.344.139) e del 189% rispetto al 2020 (€ 989.593). Gli anni 2021 e 2023 presentano anch'essi valori superiori ai due milioni di euro, confermando la tendenza a una crescita strutturale dell'esposizione economica.

Risarcimento medio per sinistro liquidato è il dato più rilevante. Il trend più significativo del quinquennio riguarda il valore medio dei risarcimenti, che è cresciuto da € 89.963 nel 2020 a € 285.345 nel 2024, registrando un aumento del +217% in soli cinque anni. Questo fenomeno segnala che non è tanto la frequenza dei sinistri a determinare il deterioramento dell'esposizione economica, quanto la complessità e la gravità dei casi che giungono a liquidazione. La lieve flessione nel 2025 (€ 186.515) è ancora prematura da interpretare in senso positivo, dato il basso numero di liquidazioni completate.

Implicazioni per la gestione del rischio clinico

L'analisi evidenzia due direttrici prioritarie di intervento. Da un lato, occorre consolidare le azioni già intraprese per contenere la frequenza dei sinistri, in particolare nelle aree che presentano ricorrenze sistematiche. Dall'altro, l'escalation del risarcimento medio impone un'analisi qualitativa approfondita delle

fattispecie che portano a liquidazioni di importo elevato, al fine di identificare i processi clinici e organizzativi che generano il maggiore impatto economico.

I risultati di questa analisi costituiscono, pertanto, un elemento essenziale per la programmazione delle attività di risk management per il prossimo triennio, in coerenza con gli obiettivi di miglioramento della qualità e della sicurezza delle prestazioni erogate previsti dal Piano Aziendale per la Sicurezza delle Cure.

3.9 Posizione Assicurativa

Con riferimento alla copertura assicurativa, la Provincia ha adottato il modello di gestione diretta dei sinistri (c.d. retention o self-insurance), introdotto con Circolare Prot. n. 968/11/003DG del 1° luglio 2011 e successivamente aggiornato con Ordine di Servizio n. 28 del 13 aprile 2015. Tale assetto consente all'Ente di gestire internamente le pratiche di risarcimento, garantendo un controllo più diretto sui processi liquidativi e una maggiore efficienza nella gestione dei costi assicurativi.

4. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

La realizzazione del PARM si fonda su un modello di governance condivisa, che coinvolge i diversi livelli dell'organizzazione ospedaliera secondo responsabilità chiaramente definite.

a) Risk Manager È il soggetto responsabile della redazione del PARM e del monitoraggio continuo della sua implementazione. Coordina la raccolta dei dati, ne effettua l'analisi sistematica e garantisce il raccordo tra le diverse componenti organizzative coinvolte nel processo di gestione del rischio clinico.

b) Direzione Sanitaria Centrale e Locale. Partecipa attivamente a tutte le fasi del ciclo di vita del PARM - dalla redazione alla sua formale adozione, fino alle attività di monitoraggio e analisi dei risultati - assicurando la coerenza degli interventi con gli obiettivi clinico-assistenziali dell'Ente.

c) Direzione Amministrativa. Analogamente alla Direzione Sanitaria, è coinvolta in tutte le fasi di redazione, adozione, monitoraggio e analisi del PARM, garantendo il supporto amministrativo e procedurale necessario alla concreta attuazione delle misure previste.

d) Direzione Generale. Adotta formalmente il PARM mediante delibera, esercitando il ruolo di indirizzo strategico. Si impegna a mettere a disposizione del Risk Manager e dell'intera organizzazione le risorse necessarie - umane, strumentali ed economiche - e a fornire le direttive operative utili alla realizzazione delle attività pianificate, tra cui, a titolo esemplificativo, la definizione di specifici obiettivi di budget.

Nella specifica realtà dell'Ospedale Buon Consiglio, il Responsabile del Rischio Clinico opera in sinergia con un gruppo di lavoro, multidisciplinare e multiprofessionale che riunisce i principali stakeholder interni all'azienda. Il gruppo è composto, in primo luogo, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, a garanzia del necessario raccordo con i vertici strategici dell'Ente. Vi partecipano inoltre tutte le figure professionali che, nell'operatività quotidiana, sono direttamente coinvolte nelle attività di identificazione, analisi e gestione degli eventi avversi e dei quasi-eventi, ciascuna per il proprio ambito di competenza:

- Servizio Infermieristico
- Ufficio Tecnico
- Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)
- Servizio Informativo
- Medicina del Lavoro
- Servizio di Farmacia
- Responsabili delle Unità Operative
- Coordinatori Infermieristici, Tecnici e Ostetriche
- Servizio Sociale

Questa composizione allargata riflette la visione dell'Ospedale Buon Consiglio secondo cui la sicurezza delle cure non è responsabilità esclusiva del personale clinico, ma un obiettivo trasversale che richiede il contributo attivo di tutte le componenti dell'organizzazione.

La matrice riporta per ciascuna area di attività il titolare della responsabilità primaria e i soggetti coinvolti in funzione di supporto o esecuzione.

Area / Attività	Responsabile primario	Soggetti coinvolti
Coordinamento generale PARM	Risk Manager	Direttore Sanitario, Direzione Amministrativa, Direzione Centrale
Redazione PARM	Risk Manager	Direttore Sanitario, Direzione Amministrativa, Direzione Centrale
Adozione PARM	Direttore Generale	Risk Manager Direttore Sanitario, Direzione Amministrativa, Direzione Centrale
Monitoraggio PARM	Risk Manager	Direttore Sanitario, Direzione Amministrativa, Direzione Centrale, Direttori di struttura
Incident Reporting e Near Miss	Direzione Sanitaria	Referenti di reparto, tutto il personale
Prevenzione cadute	Direzione Sanitaria + Referenti reparto	Coordinatori infermieristici, Primari, Dirigente Ass. Infermieristica, tutto il personale
ICA - Sorveglianza e C-CICA	Direttore Sanitario + C-CICA	Lab. Analisi, Microbiologia, Reparti, Dirigente Ass. Infermieristica
Infortuni biologici	SPP - Responsabile Prevenzione e Protezione	Direzione Sanitaria, Referenti reparto
Aggressioni al personale	SPP + Direzione Sanitaria	Coordinatori, Referenti reparto, Dirigente Ass. Infermieristica, tutto il personale
Reclami URP	URP	Primari, Caposale, Direzione Sanitaria/Amministrativa, Dirigente Ass. Infermieristica
Formazione	Direzione Sanitaria - Ufficio Formazione	Responsabile Centro Studi, Primari, Dirigente Ass. Infermieristica, Referenti tematici
Documentazione clinica / Digitalizzazione	Direzione Sanitaria + IT	Primari, Coordinatori Infermieristici, Dirigente Ass. Infermieristica.
Sinistri / CVS	Comitato Valutazione Sinistri	Direzione Amministrativa, Primari
Raccomandazioni Ministeriali	Direzione Sanitaria	Primari UO interessate
Adempimenti regionali (SIMES, ONSEPS)	Direttore Sanitario	SPP, URP, C-CICA
Percorso Nascita / CPN	Direttore Sanitario + Primario Ostetricia	Equipe Materno-Infantile, UTIN
Sicurezza paziente chirurgico	Direttore Sanitario + Primario Chirurgia	Anestesia, Sala Operatoria, infermieri, Dirigente Ass. Infermieristica

5. ATTIVITÀ REALIZZATE NEL 2025

Nell'ambito della gestione del rischio clinico, l'ospedale Buon Consiglio ha sviluppato e consolidato nel corso dell'anno 2025 un insieme strutturato di attività finalizzate alla sicurezza del paziente e al miglioramento continuo della qualità assistenziale. In particolare, sono state implementate procedure operative standardizzate per la prevenzione degli eventi avversi nonché protocolli specifici per la gestione dei rischi più rilevanti (infezioni correlate all'assistenza, sicurezza farmacologica, identificazione del paziente, ecc.).

Parallelamente, è stata posta grande attenzione alla formazione del personale sanitario, attraverso programmi periodici di aggiornamento e sensibilizzazione sui temi della sicurezza, della cultura no blame e della gestione del rischio. Tali attività formative hanno favorito una maggiore consapevolezza e partecipazione degli operatori nei processi di prevenzione.

L'integrazione procedure - formazione consente all'organizzazione di individuare criticità, implementare azioni correttive e promuovere un ambiente assistenziale sempre più sicuro ed efficace.

5.1 Implementazione procedure

Nel presente documento si precisa che tutte le procedure citate sono state oggetto di diffusione attraverso modalità integrate, al fine di garantirne la massima conoscenza e tracciabilità. In particolare, esse sono state distribuite in formato cartaceo con raccolta delle firme per presa visione, nonché pubblicate sulla intranet aziendale, assicurandone così la possibilità di accesso costante e diffuso a tutto il personale.

Implementazione delle procedure connesse alle raccomandazioni ministeriali

Nell'anno 2025 sono state implementate le seguenti raccomandazioni ministeriali:

Raccomandazione	Oggetto	Temporizzazione
Racc. n. 1	Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio	Agosto 2025
Racc. n. 4	Prevenzione suicidio paziente in ospedale - nuova versione procedura	Luglio 2025
Racc. n. 8	Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori in ambito sanitario e socio-sanitario a causa dell'esercizio delle loro funzioni	Gennaio 2025
Racc. n. 11	Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	Febbraio 2025
Racc. n. 12	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"	Luglio 2025
Racc. n. 15	Prevenzione mortalità da errato triage PS - completamento revisione procedura 5 codici colori + OBI	Dicembre 2025
Racc. n. 18	Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli	Dicembre 2025
Racc. n. 19	Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide	Dicembre 2025

Implementazione di procedure non direttamente connesse alle raccomandazioni ministeriali

Nello stesso periodo sono state inoltre aggiornate e nuovamente diffuse le seguenti procedure, non direttamente collegate a raccomandazioni ministeriali, ma comunque riconducibili alle attività di Risk Management.

Oggetto	Temporizzazione
Procedure per la segnalazione delle Infezioni Ospedaliere	Luglio 2025
Protocollo operativo per la gestione dei gorgogliatori nella somministrazione di ossigeno in Ospedale	Novembre 2025
Gestione degli accessi al Pronto Soccorso, presa in carico e monitoraggio del sovraffollamento	Dicembre 2025
Procedura per la gestione del cateterismo vescicale e la prevenzione delle infezioni urinarie	Dicembre 2025
Protocollo per la gestione delle Dichiarazioni di Nascita	Dicembre 2025
Procedura sul TRIAGE in Pronto Soccorso generale con l'adozione dei Protocolli Sindromici (TIPS)	Dicembre 2025

5.2 Formazione

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 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.

Piano formativo realizzato nel 2025

Il piano formativo 2025 ha segnato un passo significativo nel percorso di sviluppo professionale dell'ospedale, con oltre 14 eventi accreditati ECM e una platea complessiva stimata in più di 430 operatori. Non si è trattato di un catalogo omogeneo: la formazione ha abbracciato ambiti clinici molto diversi tra loro, riflettendo la complessità della pratica ospedaliera quotidiana.

Tra gli elementi più rilevanti spicca il corso di triage intraospedaliero (D.G.R.C. n. 37/2025), che con i suoi 50 crediti ECM rappresenta il percorso formativo più impegnativo dell'anno - un segnale chiaro dell'attenzione dedicata all'appropriatezza dei processi di presa in carico nei contesti ad alta pressione come il Pronto Soccorso.

Altrettanto significativa è stata la risposta alla Giornata mondiale per l'igiene delle mani, con 60 partecipanti: un'adesione che testimonia quanto la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza sia ormai percepita non come adempimento, ma come valore condiviso. Il programma BLSD, articolato in quattro edizioni lungo tutto l'arco dell'anno, ha formato 70 operatori sulla gestione dell'arresto cardiaco - a conferma che la sicurezza nelle emergenze non è un evento sporadico ma una competenza da rinnovare con continuità.

Degno di nota è anche l'approccio multidisciplinare di alcuni eventi, come il corso sulla fragilità del paziente (fisica, psicologica e sociale) e quello sulla diade madre-neonato, che portano la formazione oltre il tecnico-procedurale verso una cultura della cura centrata sulla persona. Chiude l'anno il corso "Orientarsi nell'ospedale digitale", segnale di una struttura che investe anche nella transizione verso nuovi modelli organizzativi e tecnologici.

Dettaglio eventi formativi accreditati ECM realizzati nel 2025

La tabella seguente riporta l'elenco completo degli eventi formativi realizzati nel corso dell'anno, con indicazione della data, della partecipazione e dei crediti ECM assegnati.

Evento formativo	Data	Part.	Crediti ECM
Emergenze infettive in ospedale (C-CICA - 4 riunioni)	Mar–Dic 2025	17	15,6
Igiene delle mani - Giornata mondiale	6 mag 2025	60	6,5
La fragilità nei pazienti: fisica, psicologica, sociale	14 mag 2025	41	8
Triage intraospedaliero - D.G.R.C. n. 37/2025	14–16 apr 2025	19	50
OBI - Pronto Soccorso e sovraffollamento	Aprile 2025	-	-
Airway Management: sala operatoria – Terapia Intensiva	28–29 mar 2025	16	8
Sicurezza lavoratori - personale medico (FAD+aula)	Dic 2024–Mag 2025	36	-
Sicurezza paziente chirurgico - D.G.R.C. n. 254/2024	Ottobre 2025	-	-
La stanza che cura: diade madre-neonato	25 nov 2025	26	6,6
Identificazione precoce della sepsi	Novembre 2025	-	-
Stewardship antibiotica - terapia e profilassi peri-op.	Dicembre 2025	-	-
Orientarsi nell'ospedale digitale	18 dic 2025	28	9
BLSD American Heart (4 edizioni)	Mar–Dic 2025	70	6,5 x ed.
2nd HOT TOPICS IN FUNCTIONAL DIGESTIVE SURGERY	22–24 giu 2025	-	-
Rompicapi in chirurgia spalla e gomito	Ottobre 2025	11	4

Nota: il simbolo - indica dati non disponibili al momento della redazione del presente documento.

6. OBIETTIVI E PIANO DI ATTIVITÀ 2026

Il piano di attività 2026 si struttura attorno a quattro obiettivi strategici, in coerenza con le Linee di Indirizzo Regionali (D.D. n. 99/2022) e con le priorità emerse dall'analisi del rischio condotta sui dati 2025. Per ciascun obiettivo sono indicate le attività, i responsabili, gli indicatori di risultato e le scadenze.

6.1 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.

6.2 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:

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.

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.

6.2.1 Obiettivo 1 - Diffondere la cultura della sicurezza

Rafforzamento della cultura dell'Incident Reporting

L'ampio divario tra segnalazioni informali (79%) e Incident Reporting formale (21%) rilevato nel 2025 impone interventi strutturali per aumentare la propensione del personale alla segnalazione formalizzata.

Attività	Responsabile	Temporizzazione	Indicatore
Campagna di sensibilizzazione sull'IR: incontri di reparto, comunicazioni interne, affissioni di cartelloni e diffusione di materiale informativo sulla segnalazione	Direzione Sanitaria	Gennaio - Dicembre 2026	N. incontri $\geq$ 10
Revisione del sistema di segnalazione: semplificazione e diversificazione del modulo IR per disciplina, accesso digitale facilitato, trasmissione via email	Direzione Sanitaria	Gennaio - Dicembre 2026	N. segnalazioni IR 2026 $\geq$ 15
Audit specifici su errori di identificazione paziente (categoria più ricorrente nel 2025)	Direzione Sanitaria + Coordinatori inf.	Settembre 2026	Adozione protocollo identificazione
Audit su errori trasfusionali	Direzione Sanitaria + Responsabili UO + Servizio Trasfusionale AO Pausillipon	Giugno 2026	Completamento audit e raccomandazioni
Audit specifico in Radiologia	Direzione Sanitaria + UO Radiologia	Giugno 2026	Definizione dei requisiti della refertazione radiologica

Formazione 2026 specifico su rischi prioritari

Il piano formativo 2026 è costruito in diretta continuità con le criticità emerse nel 2025 e si articola sulle seguenti priorità.

Evento formativo pianificato	Target	Periodo	Note
Comunicazione con i familiari: protocolli strutturati per momenti ad alto rischio	Tutto il personale di contatto - priorità Ost./Gin., Ortopedia, PS	III-IV trim. 2026	
Giornata Mondiale Igiene delle Mani 2026	Multiprofessionale	Maggio 2026	Crediti ECM previsti
C-CICA 4 riunioni ordinarie	Comitato C-CICA	Mar/Mag/Set/Dic 2026	Crediti ECM previsti
Antimicrobial Stewardship: antibiogramma esteso, gestione Pseudomonas e Klebsiella MDR	Medici, biologi, infermieri UTIN/UTIR/Medicina	II trim. 2026	Crediti ECM previsti
Prevenzione e controllo Legionella: riunioni	Comitato C-CICA	Marzo - Giugno 2026	
La prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza con focus sulle IVU e CAUTI	DAI + C-CICA	Maggio 2026	Crediti ECM previsti
BLSD American Heart (edizioni di aggiornamento)	Multiprofessionale	Tutto l'anno	Crediti ECM previsti
Triage e gestione PS - aggiornamento post D.G.R.C. 37/2025	Infermieri e medici PS	II trim. 2026	Crediti ECM previsti
Sicurezza del paziente chirurgico - proseguimento D.G.R.C. 254/2024 GOSBO 3 riunioni ordinarie	Équipe blocco operatorio	Tutto l'anno	Crediti ECM previsti
11 th Update Problematiche Ostetriche & Neonatologiche	Infermieri e medici Dipartimento materno-infantile	Aprile 2016	Crediti ECM previsti

Approccio alle emergenze pediatriche	Medici anestesisti e pediatri - Infermieri e infermieri pediatrici	Maggio 2026	Crediti ECM previsti
Progetto ItOSS - near miss ostetrici (ISS)	Dipartimento Materno-Infantile, Anestesisti, Cardiologi	Tutto l'anno	-
Tossicologia e corretta catena di custodia	Medici e Infermieri Pronto Soccorso	Aprile 2026	Crediti ECM previsti
Incontri di ematologia: gestione dei campioni in fase preanalitica	Medici - biologi - infermieri e tecnici di laboratorio	Aprile 2026	Crediti ECM previsti
Sicurezza del paziente in area critica ed in pronto soccorso	Medici e Infermieri Rianimazione e Pronto Soccorso	Giugno 2026	Crediti ECM previsti
Sicurezza del paziente: emergenze in Radiologia	Medici Radiologi e Infermieri	Settembre 2026	Crediti ECM previsti
Meeting experience: Gestione accessi venosi in ospedale e sul territorio	Medici anestesisti - Infermieri di area critica	Novembre 2026	
Meeting experience: Trattamenti depurativi in area critica	Medici anestesisti - Infermieri di area critica	Ottobre 2026	Crediti ECM previsti
Meeting experience: Nutrizione in area critica	Medici anestesisti - Infermieri di area critica	Dicembre 2026	Crediti ECM previsti
Corsi sulla Sicurezza nel luogo di lavoro	Infermieri	Varie edizioni nell'anno 2026	Crediti ECM previsti
Corsi digital hupskilling up	Tutto il personale	Piattaforma regionale anno 2026	Crediti ECM previsti

Prevenzione delle cadute - azioni prioritarie

Azione	Responsabile	Temporizzazione
Introdurre rivalutazione sistematica del punteggio Conley dopo ogni caduta e in corrispondenza di variazioni cliniche significative (farmaci, deterioramento cognitivo, mobilitazione)	DAI + Resp. UOC area medica + Direzione Sanitaria	Giugno 2026
Diffondere e aggiornare la procedura rooming-in (good practice AGENAS): formazione specifica per personale neonatologico e ostetrico, e per le madri al momento del ricovero	Coordinatore In f. neonatologia + neonatologi + Direzione Sanitaria	Marzo 2026
Strutturare comunicazione formale ai familiari sui comportamenti a rischio caduta	Coordinatori infermieristici	Giugno 2026
Monitoraggio fattori di rischio ambientali	Direzione sanitaria + Coordinatori infermieristici + Ufficio Tecnico	Marzo 2026

Prevenzione aggressioni al personale - azioni prioritarie 2026

Azione	Responsabile	Temporizzazione
Attivare informazione su de-escalation verbale e gestione familiari in stato di agitazione - priorità infermieri PS e Area Degenza	Direzione Sanitaria + Servizio di psicologia + SPP	Il trim. 2026
Sviluppare protocolli strutturati per la comunicazione con i familiari nei momenti critici (attese, cattive notizie, limitazioni visite)	Direzione Sanitaria + Primari + Servizio di psicologia	Giugno 2026

Formazione specifica per i coordinatori infermieristici	DAI + Direzione Sanitaria	II trim. 2026
Aggiornare e diffondere il Piano di Prevenzione della Violenza (PPV)	DAI + Direzione Sanitaria + SPP	Giugno 2026

6.2.2 Obiettivo 2 - Migliorare l'Appropriatezza Assistenziale e Organizzativa

Revisione e implementazione procedure - sistemi ospedalieri complessi

Attività	Stato	Responsabile	Temporizzazione
Completamento costituzione GOSBO Gruppo Strategico paziente chirurgico - D.G.R.C. 254/2024: finalizzazione regolamento blocco operatorio e processo preospedalizzazione	IN CORSO (da 2025)	Direzione + Chirurgia/Anestesia	Marzo 2026
Implementazione definitiva regolamento Blocco Operatorio: firma digitale 1° operatore, check list on voice	IN CORSO	Responsabili UO Chirurgia + IT	Giugno 2026
Comitato Percorso Nascita (CPN-L): avvio a regime degli audit trimestrali Dipartimento Materno-Infantile con standard 4/anno	IN CORSO (da set 2025)	Direzione + Responsabile UO Ostetricia + Responsabile UO Neonatologia	In continuo
Completamento procedura tracciabilità catena custodia stupefacenti	IN CORSO	Laboratorio analisi + Pronto Soccorso + Direzione Sanitaria	Marzo 2026
Revisione procedure gestione rifiuti ospedalieri (RENTRI - Registro Elettronico Nazionale)	IN CORSO	Direzione Sanitaria + SPP + Ufficio Tecnico	Dicembre 2026
Aggiornamento procedura Raccolta Differenziata Rifiuti Urbani	IN CORSO	Laboratorio analisi + DAI + Direzione Sanitaria	Settembre 2026
Revisione procedura per la gestione del prelievo venoso periferico nel paziente adulto	IN CORSO	Laboratorio analisi + DAI + Direzione Sanitaria	Giugno 2026
Istruzioni Operative sulla Gestione della Puntura Accidentale della Dura Madre in Ostetricia	IN CORSO	U.O. Anestesia e Rianimazione	Febbraio 2026
Progetto di Individuazione Precoce del Paziente Fragile e Attivazione del Percorso Intra ed Extra Ospedaliero	IN CORSO	Direzione Sanitaria + Servizio Sociale	Aprile 2026
Procedura Organizzativa per la Gestione dei Pazienti da Ricoverare dal Pronto Soccorso ed Istituzione del Bed Manager	IN CORSO	Direzione Sanitaria + Pronto Soccorso	Gennaio 2026
Revisione procedure gestione pratiche fine vita e cremazione	IN CORSO	Direzione Sanitaria	Dicembre 2026
Progetto per la gestione della fragilità sociale e della dimissione complessa in ottemperanza Miss. 5 PNNR	ATTUATO	Direzione Sanitaria + Servizio Sociale + Resp. UOC	Gennaio 2026
Riorganizzazione Pronto Soccorso pediatrico	IN CORSO	Direzione Sanitaria + DAI + Resp. UOC Anestesia e Neonatologia	Dicembre 2026

Revisione procedure connesse alle Raccomandazioni Ministeriali

Raccomandazione	Oggetto	Stato	Temporizzazione
Racc. n. 3	Prevenzione degli errori di identificazione del paziente - nuova versione procedura	IN CORSO	Maggio 2026

Racc. n. 5	Prevenzione reazione trasfusionale AB0 - completamento sistema tracciabilità emotrasfusionale con RFID/barcode e integrazione SIT AORN Santobono	IN CORSO	Luglio 2026
Racc. n. 6	Prevenzione mortalità materna: gestione ipertensione/eclampsia, emergenze sala parto, induzione farmacologica	IN CORSO	Dicembre 2026
Racc. n. 14	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici	IN CORSO	Aprile 2026
Racc. n. 15	Prevenzione mortalità da errato triage PS - completamento revisione procedura 5 codici colori + OBI	IN CORSO	Dicembre 2026
Racc. n. 16	Prevenzione morte/disabilità neonato sano >2500 gr - revisione assistenza neonatale sala parto e SO (in relazione a +118% isolamenti UTIN)	IN CORSO	Settembre 2026
Manuale SO	Revisione del Regolamento di Sala Operatoria e dei percorsi chirurgici	IN CORSO	Dicembre 2026

Controllo e prevenzione ICA - azioni prioritarie

Azione	Responsabile	Temporizzazione
Sorveglianza attiva <i>Pseudomonas aeruginosa</i> , <i>Acinetobacter baumannii</i> , <i>Klebsiella pneumoniae</i> e gli MDR per la valutazione dei tamponi di ingresso nei reparti ad alto rischio e per la revisione dei protocolli ICP	C-CICA + Microbiologia	Giugno 2026
Test reflex su urinocoltura: attivare il protocollo approvato (urinocoltura automatica se conta >1.000 UFC)	Laboratorio Analisi	Giugno 2026
Antibiogramma esteso: implementare l'elenco condiviso (Cefiderocol per <i>A. baumannii</i> , Daptomicina per <i>E. faecium</i>)	Laboratorio Analisi + C-CICA	Aprile 2026
Coinvolgimento formale UOC Chirurgia, Ortopedia, Ginecologia, Ostetricia nel C-CICA	Direttore Sanitario	Marzo 2026
Monitoraggio idrico settimanale Legionella: misura temperatura e cloro residuo in tutti i punti sentinella della planimetria	Direzione sanitaria + Ufficio Tecnico	In continuo
Campionamento microbiologico trimestrale nei punti sentinella + vasca da parto	Direzione sanitaria + Ufficio Tecnico	Trimestralmente
Flussaggi programmati: apertura giornaliera a rotazione rubinetti e soffioni in tutti i reparti (servizio Medihospes)	Direzione sanitaria + Responsabile Medihospes + Ufficio Tecnico	In continuo
Istituzione Comitato Permanente Legionella	Comitato Permanente Legionella	Dicembre 2026
Avvio redazione Piano di Sicurezza delle Acque (PSA) - obbligatorio dal 2027 ai sensi D.Lgs. 18/2023	Comitato Permanente Legionella	Dicembre 2026
Protocollo Infection Prevention and Control (IPC) con l'implementazione e l'utilizzo delle CARD Action che individuano le precauzioni aggiuntive basate sulla via di trasmissione	C-CICA + Tutto il personale	Febbraio 2026
Protocollo di sanificazione delle aree ad alto rischio (sala Operatoria)	C-CICA + Responsabile Medihospes + Sala Operatoria	Gennaio 2026
Protocollo di sanificazione delle aree ad alto rischio (UTIC - UTIR)	C-CICA + Responsabile Medihospes + Personale UTIC - UTIR	Aprile 2026

Partecipazione al progetto Novel tool per antimicrobial resistance in collaborazione con ISS

C-CICA + Farmacista

Tutto anno 2026

Prevenzione infortuni biologici - azioni prioritarie

Azione	Responsabile	Temporizzazione
Verifica incremento procedure interventistiche in Radiologia e adeguamento piano formativo specifico	Direzione Sanitaria + Resp. UOC Radiologia	Giugno 2026
Sessioni formative infermieri su prevenzione infortuni da taglio e da punta per il personale onboarding	DAI	II trim. 2026
Strutturare briefing obbligatorio di sicurezza per personale esterno (ditte service, professionisti in consulenza)	Direzione Sanitaria	Marzo 2026
Monitoraggio trimestrale segnalazioni per qualifica con alert in caso di trend crescente	Direzione Sanitaria	In continuo

6.2.3 Obiettivo 3 - Favorire una Visione Unitaria della Sicurezza

Qualità e appropriatezza della documentazione clinica

Attività	Stato	Responsabile	Temporizzazione
Digitalizzazione documentazione clinica: completamento monitoraggio dolore informatizzato, firma digitale utente consensi	IN CORSO	IT + Direzione Sanitaria	Giugno 2026
Informatizzazione segnalazione malattie infettive su piattaforma regionale SESMI	IN CORSO	IT + Direzione Sanitaria	Giugno 2026
Informatizzazione richiesta dimissioni protette su piattaforma COT	IN CORSO	IT + Direzione Sanitaria	Giugno 2026
Completamento acquisizione software tracciabilità emotrasfusionale con integrazione SIT AORN Santobono (RFID/barcode)	IN CORSO	IT + Laboratorio	Luglio 2026
Revisione template documentali per ridurre errori documentali (8 casi nel 2025)	NUOVO	Direzione Sanitaria + Referenti	Settembre 2026
Verifica a campione correttezza compilazione cartelle cliniche in reparti con segnalazioni near miss documentali	NUOVO	Direzione Sanitaria	Dal II trim. 2026
Sperimentazione delle nuove classificazioni ICD-10 e CIPI per la codifica delle informazioni cliniche contenute nei sistemi informativi sanitari nazionali. Adeguamento sistemi informativi e software gestionali, formazione "a cascata" ai sensi del Decreto Ministeriale del 23.10.2025	NUOVO	Direzione Sanitaria	Dal II trim. 2026

Comunicazione trasversale in materia di ICA e sicurezza

Attività	Responsabile	Temporizzazione
4 riunioni ordinarie C-CICA con valenza formativa ECM (marzo, maggio, settembre, dicembre 2026)	C-CICA + Direzione Sanitaria	Tutto l'anno
2 riunioni Comitato Permanente Legionella (giugno e dicembre 2026)	Comitato Permanente Legionella	Giugno / Dicembre 2026
Diffusione report periodici ICA ai Responsabili di reparto	C-CICA	Semestralmente
Pubblicazione sul sito web dei dati relativi agli	Direzione Sanitaria +	Entro giugno 2026

eventi avversi e ai risarcimenti (art. 2 c. 5 L. 24/2017)	Amministrazione	
Introduzione delle CHEK LIST di autocontrollo delle attività di sanificazione della sala operatoria	Direzione Sanitaria + Coord. Inf Blocco operatorio + Referente medihospes	Febbraio 2026
Introduzione delle CHEK LIST di autocontrollo delle attività di sanificazione di UTR UTIC	Direzione Sanitaria + Coord. Inf Blocco operatorio + Referente medihospes	Aprile 2026
Introduzione delle CHEK LIST di autocontrollo delle attività di sanificazione e della sicurezza dei reparti di degenza	Direzione Sanitaria +DAI + Coord. Inf reparti di degenza	Gennaio 2026

Qualità della comunicazione e gestione reclami URP

Azione	Responsabile	Temporizzazione
Priorità assoluta Ostetricia/Ginecologia: audit specifico con Primario, Caposala e personale - identificazione cause dell'incremento	Direzione Sanitaria + Resp. UOC Ost./Gin. + Coord. Infermieristica	Aprile 2026
Programma formativo sulla comunicazione empatica in ambito ostetrico: paziente e familiare	Direzione Sanitaria + URP + DAI	II trim. 2026
Verifica condizioni comfort alberghiero stanze di degenza private	Direzione Amministrativa	Marzo 2026
Ortopedia: monitoraggio trimestrale + incontro di analisi congiunta	URP + Resp UOC Ortopedia * Coord. Infermieristica	I trim. 2026
Indicatore semestrale di monitoraggio reclami per area - condivisione con Direzioni	URP	Da marzo 2026
Monitoraggio e presentazione dei risultati della customer satisfaction per rilevazione sistematica qualità percepita	URP + Direzione sanitaria	Dicembre 2026
Revisione procedura gestione reclami e completamento nuovo database URP informatizzato	URP + Direzione sanitaria	Aprile 2026
Indagini di Customer satisfaction reparti di degenza - pronto soccorso - ambulatori	URP + Direzione Sanitaria	Semestralmente

6.2.4 Obiettivo 4 - Partecipazione alle Attività Regionali in tema di Risk Management

Adempimento / Attività	Responsabile	Periodicità / Scadenza
SIMES - Sistema Informativo Monitoraggio Errori in Sanità: trasmissione regolare dati eventi avversi e sentinella	Direzione Sanitaria	Continua
ONSEPS - trasmissione dati episodi violenza personale sanitario 2025 e 2026 alla Regione Campania	Direzione Sanitaria + SPP	Entro gennaio 2027
Monitoraggio Raccomandazioni Ministeriali (AGENAS) nn. 4, 5, 6, 15, 16: sorveglianza attiva e revisione procedure	Direzione Sanitaria	Tutto l'anno
Giornata Mondiale dell'Igiene delle mani "SAVE LIVES: Clean Your Hands"	Direzione Sanitaria + CICA	5 maggio 2026
Giornata Nazionale della Sicurezza delle Cure: partecipazione e iniziative interne	Direzione Sanitaria	Autunno 2026

Giornata Nazionale del Prematuro	Direzione Sanitaria + Dipartimento materno Infantile	17 novembre 2026
Giornata Internazionale per eliminazione violenza sulle donne	Direzione Sanitaria + Dipartimento materno Infantile + Servizio psicologia	25 novembre 2026
(H) Open Week sulla salute della Donna Prevenzione carcinoma colon retto	Direzione Sanitaria + Servizio Psico Nutrizione + UOC Chirurgia	22 - 29 aprile 2026.
Progetto ItOSS - ISS: continuazione partecipazione al progetto sui near miss ostetrici	Dipartimento Materno- Infantile + Anestesia + Cardiologia	Tutto l'anno
Diffusione e aggiornamento good practice AGENAS cadute neonato in rooming-in	Direzione Sanitaria + Neonatologia	Tutto l'anno
Predisposizione Piano di Sicurezza delle Acque (PSA): avvio redazione in applicazione D.Lgs. 18/2023	Comitato Permanente Legionella	Entro dicembre 2026
Partecipazione a iniziative di benchmarking regionale e nazionale in materia di risk management	Direzione Sanitaria	Continua
Decreto Ministeriale del 23 ottobre 2025 - Sperimentazione delle nuove classificazioni ICD- 10 e CIPI per la codifica delle informazioni cliniche contenute nei sistemi informativi sanitari nazionali. Adeguamento sistemi informativi e software gestionali, formazione "a cascata" e cronoprogramma avvio sperimentazione	Direzione Sanitaria	A cascata a partire da aprile 2026
Stesura e pubblicazione PARM 2027 in base all'analisi dei dati 2026	Direzione Sanitaria	Entro marzo 2027
Partecipazione al progetto Novel tool per antimicrobial resistance in collaborazione con ISS	C-CICA + Farmacista	Tutto anno 2026

7. INDICATORI DI MONITORAGGIO

Gli indicatori di seguito riportati consentono il monitoraggio dello stato di avanzamento del PARM 2026 e saranno utilizzati per la redazione del Bilancio delle attività 2026 a corredo del PARM 2027.

Area	Indicatore	Valore 2025 (baseline)	Target 2026
Incident Reporting	N. segnalazioni IR formale/anno	9	≥ 15
Incident Reporting	% IR formale sul totale eventi	21%	≥ 30%
Cadute	N. cadute totali segnalate	24	≤ 24
Cadute	% caduti con Conley basso (0-2)	57%	Riduzione ≥ 10%
ICA	N. schede di segnalazione ICA/anno	71	≥ 71
ICA	Gap isolamenti/segnalazioni (casi non segnalati)	54	Riduzione
ICA	N. reparti attivamente coinvolti in C-CICA	5	+ Chirurgia, Ortopedia, Gin., Ost.
Infortuni biologici	Tasso incidenza per 100 dipendenti	Non calcolato	Calcolo avviato
Aggressioni	N. episodi segnalati/anno	31	Monitoraggio
Aggressioni	% episodi con aggressione fisica	19%	Riduzione
Reclami URP	N. reclami formali/anno	38	Monitoraggio
Reclami URP	N. reclami Ost./Ginecologia	11	Riduzione
Formazione	N. eventi formativi ECM realizzati/anno	14	≥ 14
Formazione	N. operatori formati/anno (eventi con dato disponibile)	430	≥ 430
Raccomandazioni Min.	N. procedure RM aggiornate	In corso (6)	Completamento ≥ 4
Manuale SO	Revisione Regolamento e percorsi	avviato	completamento

8. MODALITA' DI DIFFUSIONE

Al fine di garantire il corretto svolgimento di tutte le attività previste dal PARM e il raggiungimento degli obiettivi stabiliti, ne viene assicurata un'ampia diffusione attraverso le seguenti modalità:

Canali istituzionali e organizzativi

- Presentazione formale del Piano all'Ufficio di Direzione, con illustrazione degli obiettivi strategici e delle responsabilità assegnate;
- Presentazione del Piano nel corso degli incontri periodici tra la Direzione e i Responsabili di Unità Operativa, al fine di garantire un allineamento operativo condiviso;
- Trasmissione del Piano a tutti i Responsabili di UUOO e ai Coordinatori Infermieristici tramite comunicazione email ufficiale, corredata da nota esplicativa;

Diffusione al personale

- Sessioni informative dedicate rivolte a tutti gli operatori, organizzate per gruppi o per area di appartenenza;
- Inserimento del PARM nei percorsi di formazione e nei programmi di onboarding per il personale neoassunto;
- Distribuzione di materiale sintetico (schede informative, brochure o infografiche) nei reparti e negli spazi comuni;

Canali digitali

- Pubblicazione del Piano sulla rete Intranet aziendale, con accesso diretto da parte di tutto il personale;
- Pubblicazione sul sito Internet istituzionale dell'ospedale (<https://www.ospedalebuonconsiglio.it/>), a garanzia della trasparenza verso l'esterno;

Monitoraggio della diffusione

- Rilevazione del grado di conoscenza del Piano attraverso brevi questionari somministrati al personale;
- Verifica periodica dell'effettiva applicazione delle misure previste da parte dei Responsabili di UUOO e dei Coordinatori Infermieristici con rendicontazione alla Direzione.

9. NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Riferimento	Oggetto
Legge 8 marzo 2017 n. 24 (Legge Gelli-Bianco)	Sicurezza delle cure e della persona assistita; responsabilità professionale esercenti professioni sanitarie
D.D. Regione Campania n. 99 del 16/12/2022	Linee di indirizzo regionali per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)
D.G.R.C. n. 254 del 30 maggio 2024	Sicurezza del paziente chirurgico programmato - costituzione Gruppo Strategico
D.G.R.C. n. 37 del 5 febbraio 2025	Nuovo modello regionale di triage a 5 codici colore - Pronto Soccorso
D.Lgs. 23 febbraio 2023 n. 18	Recepimento Direttiva UE 2020/2184 sulla qualità delle acque destinate al consumo umano - Piano Sicurezza Acque obbligatorio dal 2027
Conferenza Stato-Regioni 7 maggio 2015	Linee guida nazionali per la prevenzione e il controllo della legionellosi
D.P.R. 14 gennaio 1997	Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie
D.Lgs. 81/2008 (T.U. Sicurezza)	Sicurezza nei luoghi di lavoro - Documento di Valutazione dei Rischi (DVR)
Circolare Ministeriale n. 52/1985 e n. 8/1988	Lotta contro le infezioni ospedaliere - sorveglianza
Decreto Regione Campania n. 51 del 04/07/2019	Integrazione requisiti per l'accreditamento istituzionale strutture pubbliche e private

*Documento elaborato dalla Direzione Sanitaria - Gestione del Rischio Clinico
Ospedale Buon Consiglio Napoli - Marzo 2026*



Errare è umano,
coprire l'errore è imperdonabile,
non imparare dall'errore è inescusabile.

Sir Liam Donaldson
(Medico ed esperto di sicurezza dei pazienti,
ex Chief Medical Officer per l'Inghilterra)