



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

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

Roma 26 marzo 2025

Al R.P. Superiore  
Al Direttore Sanitario  
Al Direttore Amministrativo  
Ospedale Sacro Cuore di Gesù  
**Benevento**

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

Prot.: 933/2025/003C

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

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

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

Cordiali saluti.

Il Direttore Generale  
(Fra Pietro di Cincinelli oh)

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



Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" - FBF - Benevento

## PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM)

ANNO 2025

Prot. ~~21~~DS/2025

Stesura Marzo 2025

	NOME	FUNZIONE	DATA	FIRMA
REDAZIONE	Pio Vecchione	Risk Manager	12/03/2025	
REDAZIONE	Mariacarmela Ferraro	UOS qualità e appropriatezza	12/03/2025	
REDAZIONE	Mariagrazia Cancellieri	Dirigente medico DS	12/03/2025	
VERIFICA	Pio Vecchione	Risk Manager	20/03/2025	
APPROVAZIONE	Fra Pietro Cicinelli	Direttore Generale	26/03/2025	

### Sommario

1. INTRODUZIONE .....	2
2. CONTESTO ORGANIZZATIVO.....	4
3. ATTIVITA' CORRELATE ALLE ICA (INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA) - CIO (COMITATO INFEZIONI OSPEDALIERE).....	10
4. COMITATO BUON USO DEL SANGUE.....	19
5. RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI.....	19
6. OBIETTIVI REGIONALI.....	24
7. OBIETTIVI AZIENDALI 2025 in linea con quelli Regionali.....	24
8. PIANO ANNUALE E FORMAZIONE RISCHIO CLINICO 2025.....	26
9. ATTIVITA' FORMATIVA E NON ANNO 2025 .....	27
10. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARM.....	29
11. RIFERIMENTI NORMATIVI.....	29
12. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....	31



Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento

## PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM)

**ANNO 2025**

Prot.270/DS/2025

Stesura Marzo 2025

### **1. INTRODUZIONE**

Il piano annuale di Risk Management declinato nelle pagine che seguono unitamente ai documenti di indirizzo regionali emanati dalla Regione Campania sul Rischio Clinico, si muove lungo una traiettoria da tempo tracciata dal Fatebenefratelli: quella di una costante attività di implementazione e miglioramento continuo della qualità e della sicurezza delle cure.

Il "rischio clinico" in ambito sanitario si riferisce alla possibilità che si verifichino eventi avversi o danni ai pazienti durante l'erogazione delle cure mediche. Questi eventi possono derivare da errori medici, inadeguatezze nei processi di cura, problemi organizzativi o altre circostanze che possono compromettere la sicurezza del paziente. La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute.

Il concetto di rischio clinico è strettamente legato a detta sicurezza ed all'obiettivo di ridurre al minimo la possibilità di danni non intenzionali durante l'erogazione dell'assistenza sanitaria.

La "gestione del rischio clinico" rientra tra gli interventi del "governo clinico". E' indispensabile per il miglioramento della qualità delle prestazioni attraverso un processo sistematico di sicurezza dei pazienti e "clinical governance". Questi due aspetti sono strettamente connessi.

Gli eventi sfavorevoli, sia nel settore ospedaliero che in quello delle cure primarie, sono in larga misura prevenibili e la maggior parte di essi sono riconducibili a fattori sistemici.

Ne consegue che gli sforzi per gestire il rischio clinico includono la valutazione dei processi clinici, la formazione del personale sanitario, l'implementazione di procedure di sicurezza, la promozione di una cultura della sicurezza e la raccolta e l'analisi dei dati sugli eventi avversi.

Le organizzazioni sanitarie spesso adottano approcci sistematici per identificare, monitorare e mitigare il rischio clinico.

La necessità di promuovere nel Sistema Sanitario Regionale l'adozione di strumenti di gestione del rischio clinico di carattere sistemico a garanzia della sicurezza dei pazienti è contemplata in numerosi atti nazionali intervenuti a disciplinare la specifica materia.

Anche a livello nazionale, nel febbraio 2015, nella Conferenza Stato-Regioni, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in materia di adeguamenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie sono stati definiti modalità e tempi di attuazione del "Disciplinare tecnico".

Tra i 28 requisiti essenziali è stata inclusa anche l'esistenza di un piano aziendale per la gestione del rischio, che comprenda anche la prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA).



Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento

## PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM)

**ANNO 2025**

Prot.270/DS/2025

Stesura Marzo 2025

La recente normativa italiana nel DM 70/2015 "Regolamento recante la definizione degli standard qualitativi strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" riporta le stesse necessità per le strutture ospedaliere sparse sul territorio.

In essa tra le altre cose si mette in risalto la necessità della presenza documentata e formalizzata di sistemi di raccolta dati sulle ICA ( Infezioni Correlate all'Assistenza), sorveglianza microbiologica, adozione delle procedure atte a garantire l'adeguatezza e l'efficienza dell'attività di sanificazione, disinfezione e sterilizzazione, presenza di protocolli per la profilassi antibiotica e di procedure per il lavaggio delle mani.

Ciò ha portato ad un'implementazione della creazione di protocolli di sicurezza, la standardizzazione delle pratiche cliniche, l'uso di tecnologie informatiche per migliorare la precisione e la sicurezza delle procedure mediche, nonché la promozione di una cultura aperta e trasparente in cui gli errori possono essere segnalati e analizzati per migliorare la qualità delle cure.

***In definitiva, il gestire il rischio clinico è una componente cruciale della gestione della qualità e della sicurezza nelle istituzioni sanitarie, con l'obiettivo di garantire il miglioramento continuo delle cure e la prevenzione degli eventi avversi.***

**Pertanto l'Azienda si muoverà anche nel presente anno verso:**

1. una migliore comprensione del contesto in cui si opera;
2. una maggiore capacità di adattarsi al cambiamento attraverso la comunicazione tra i professionisti;
3. migliorare la comunicazione con i pazienti e i caregiver;
4. condivisione ed implementazione di procedure Aziendali per la prevenzione degli errori,
5. riduzione del contenzioso.

## **2. CONTESTO ORGANIZZATIVO**

L'Ospedale Sacro Cuore di Gesù di Benevento è una struttura di assistenza sanitaria appartenente alla Provincia Religiosa di San Pietro dell'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio - Fatebenefratelli, Ospedale Classificato DPGR Campania del 1974 centrato sulle scienze della salute. L'Ospedale è organizzato con Modello di tipo Dipartimentale con Delibera Presidenziale del 17/12/2003 n. 5/03/003C e successivi aggiornamenti n. 177/2/B e n.61 del 7/07/2009.

Autorizzazione all'Esercizio ed Accreditamento DCA 33 e 34 del 2018.

La finalità dell'Ospedale improntata sull'ideale della clinical governance privilegia il rapporto umano con il paziente, l'ascolto, l'accoglienza, assicurando la massima qualità dei servizi erogati in un ambiente





Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento

## PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM)

**ANNO 2025**

Prot.270/DS/2025

Stesura Marzo 2025

caratterizzato da elevata professionalità e da sincera dedizione. Grazie ad una rinnovata sensibilità e all'umanizzazione della medicina, l'Ospedale si prende cura del paziente nell'unità dei suoi bisogni materiali e spirituali, secondo una concezione della vita aperta ai valori Cristiani.

La preparazione e l'attitudine umana e professionale del personale è volta ad un lavoro multidisciplinare e interprofessionale. Il paziente e la persona è centrale nell'attenzione ed è seguito in modo particolare in tutti i propri bisogni umani e sanitari.

Per mantenere alti gli standard dell'assistenza in unità con la Mission dell'Ospedale si pone particolare enfasi all'aggiornamento ed allo sviluppo professionale di tutto il personale medico e infermieristico. A tal proposito vengono promossi meeting clinici multidisciplinari, congressi e seminari. Questo fa del Fatebenefratelli anche un centro di riferimento culturale e scientifico per la provincia di Benevento.

Nell'ordine di servizio n.28 del 13.04.2015 si legge: *"la Provincia religiosa è da tempo impegnata in una attività di riduzione dei rischi a tutela dei pazienti e degli operatori creando un sistema di "gestione dell'errore".....creando una specifica struttura aziendale dedicata al Risk Management.*

Tutto questo trova sintesi nell'ambito del Piano Aziendale per la Qualità della Provincia Romana FBF. In questo ambito si acquisiscono programmi ed obiettivi della Regione Campania calandoli nelle realtà delle specifiche attività dell'Ospedale.

### a) Dati Strutturali e dati di attività

#### OSPEDALE SACRO CUORE DI GESU' - FATEBENEFRAPELLI

##### DATI TERRITORIALI

Estensione territoriale	Km <sup>2</sup> 2070,5 (A.S.L. Benevento)
Popolazione residente	288.560 (A.S.L. Benevento) oltre a 5.650 stranieri residenti
Distretti sanitari	5 (A.S.L. Benevento)
Presidi Ospedalieri pubblici	1 pubblico, 1 Classificato

##### DATI STRUTTURALI

Posti letto ordinari totali	203
Posti letto ordinari Area Medica	76
Posti letto ordinari Area Chirurgica	73
Posti letto ordinari Area Materno-infantile	46 (compresi i 6 p.l. UTIN)
Posti letto diurni (compresi nel computo totale)	16
Servizio Trasfusionale	SIT A.O.R.N. S. Pio



Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento

## PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM)

**ANNO 2025**

Prot.270/DS/2025

Stesura Marzo 2025

Blocchi Operatori	<b>n.5 (Blocco II piano, V piano, Blocco Parto, III piano, Emodinamica)</b>
Sale Operatorie	11
Terapie Intensive	UTIR – UTIC - UTIN
UTIR – UTIC - UTIN	4 p.l., 4 p.l., 6 p.l.
Dipartimenti Strutturali	2
SPDC	-
<b>DATI ATTIVITA' AGGREGATI</b>	
Ricoveri ordinari	9.279
Accessi PS	21340
Branche Specialistiche	16
Ricoveri diurni	1.400
Accessi diurni oncologici	3808
Neonati o parti	883 nati
Prestazioni ambulatoriali	433.544

L'Ospedale eroga le seguenti prestazioni principali:

- Pronto Soccorso
- Prestazioni in regime di ricovero a ciclo continuo e diurno per acuzie
- Prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale
- In Emergenza è sede di Pronto Soccorso: Generale comprensivo di Ostetrico

### **Reti Assistenziali Regione Campania**

- Sede di Pronto Soccorso
- Assistenza Perinatale: I livello Rete Perinatale con UTIN
- Rete Cardiologica: riconoscimento centro Spoke con Emodinamica
- Rete Trauma: riconoscimento di PST
- Rete Oncologica: inserimento nella Rete Oncologica Campana.
- Tumori del Colon Retto: centro di Endoscopia e Trattamento DCA U00030/ 2017
- Screening mammella e cervice uterina: convenzione con ASL BN1 (Del. Dir. Gen. n.19 del 31.10.2018)



Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento

## PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM)

ANNO 2025

Prot.270/DS/2025

Stesura Marzo 2025

La **degenza** avviene attraverso i ricoveri che possono essere:

1. urgenti
2. programmati
3. a ciclo diurno ( Day Hospital o Day Surgery)

Sia i ricoveri programmati che a ciclo sono preceduti da una pre-ospedalizzazione che garantisce uno snellimento delle procedure che altrimenti graverebbero sulle giornate di degenza con un aggravio dei costi di gestione. In fase di pre-ospedalizzazione si eseguono tutti gli esami e le visite di consulenza propedeutiche al ricovero nonché la valutazione da parte degli anestesisti del rischio operatorio secondo la classificazione ASA.

### **Assistenza ambulatoriale specialistica**

Presso l'Ospedale Sacro Cuore di Gesù è attivo un sistema di assistenza specialistica avanzato e variegato che comprende:

- ambulatori di specialità mediche: Allergologia, Oncologia, Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia, Diabetologia, Pneumologia, Gastroenterologia/Endoscopia Digestiva, Anestesiologia;
- ambulatori di specialità chirurgiche: Chirurgia generale, Urologia, Otorinolaringoiatria, Oculistica, Ortopedia;
- ambulatori Materno-Infantile: Ostetricia, Ginecologia, Pediatria e Neonatologia;
- Servizi: Fisiokinesiterapia Laboratorio Analisi e Radiologia

A tutte queste attività si accede attraverso un sistema di prenotazioni interno ed agganciato, per le specialistiche accreditate a partire dal secondo semestre 2023, al CUP Regione Campania Piattaforma Sinfonia. Inoltre è attivo un sistema di proposta sanitaria articolata in PACC (pacchetti ambulatoriali coordinati) di tipo chirurgico, ortopedico, ginecologico, oculistico, urologico, Terapia del Dolore, DH Medicina.



Ospedale “Sacro Cuore di Gesù” – FBF - Benevento

## PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM)

**ANNO 2025**

Prot.270/DS/2025

Stesura Marzo 2025

### b) Risk Management – organizzazione funzionale

L’Organizzazione aziendale del Risk management segue il seguente diagramma:

Risk Manager coordina la gestione del Rischio, riunisce il Comitato, redige il PARM annuale	
<b>Comitato Risk Management</b>	Risk Manager (Direttore Sanitario), Dirigente Assistenza Infermieristica, Responsabili Dipartimenti, Responsabile SPP, Responsabili Qualità, Medici delle varie aree funzionali, Servizio Farmaceutico, Direttore Amministrativo.
<b>Comitato Infezioni Ospedaliere</b>	Direttore Sanitario, Referente UOS Qualità, DAI, RR.SS.CC./Referenti Medici delle varie aree funzionali, Direttori di Dipartimento, Farmacisti, Resp. Patologia Clinica, Coordinatori infermieristici discipline interessate
<b>Commissione Valutazione Sinistri Locale e Centrale</b>	Direttore Sanitario Centrale e Locale, Direttore Centrale del Personale, Direttore Affari Legali, Direttore Amministrativo, Dirigenti Medici interessati, Direttori UOC interessati, Responsabile Ufficio Personale, Consulenti Medico-Legali, Fiduciario civile e penale della Amministrazione
<b>Comitato Buon Uso del Sangue</b>	Referente SIT San Pio, Direttore Sanitario, Responsabile Qualità, Anestesista, Coordinatrice Blocco Operatorio

I Comitati sono stati riattivati con nota prot. 341/21/DS del 22.05.2021


#### MATRICE DELLE RESPONSABILITA’

	Dir. San	Dir. Gen	Dir. Amm
Redazione del PARM	R	C	C
Adozione del PARM	C	R	C
Monitoraggio del PARM	R	C	C
Analisi Valutazione	R	C	C

### c) Eventi avversi e risarcimenti

Per quanto concerne la posizione assicurativa dell’Ospedale Sacro Cuore FBF, si evidenzia che la Provincia Religiosa titolare, ha provveduto ad introdurre la gestione diretta con Circolare Prot. 968/11/003DG del 01.07.2011, integrata con successivo Ordine di Servizio n. 28 del 13.04.2015.



 <p>Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento</p>	<b>PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM)</b>  <b>ANNO 2025</b>	Prot.270/DS/2025  Stesura Marzo 2025
---	---	--

- Relazione consuntiva sugli eventi avversi anno 2024

In ottemperanza alle Legge n.24/2017 art.2 comma 5, si riporta che nel corso del 2024 sono state effettuate 16 segnalazioni spontanee di eventi di cui 15 relative a caduta del paziente. Una segnalazione proveniente dal SIT A.O.S. Pio, relativo a Near Miss, per errata identificazione del pz candidato a trasfusione. Tale segnalazione veniva seguita da Audit multidisciplinare nel mese di luglio 2024 alla presenza del Resp. SIT A.O. S. Pio. Per quanto concerne le 15 cadute segnalata, 3 sono classificabili come Near Miss, 10 come Eventi Avversi, 2 Eventi sentinella. Uno di 3 Near Miss è stato seguito da richiesta risarcimento danni alla Struttura e valutato anche con verbale di Commissione Valutazione Sinistri Locale.

*Tabella 1- Eventi avversi*

Tipo di evento	n. eventi	Disciplina	Contesto organizzativo
Caduta pz	3	Medicina	Ricovero ordinario
	8	Chirurgia Generale	Ricovero ordinario
	2	Pronto soccorso	Ricovero urgente
	2	Cardiologia	Ricovero ordinario
Errata identificazione pz	1	-	-

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

Tipo di evento	Numero e % sul totale degli eventi	% di cadute nella categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	4 (25%)	75%	Strutturali (40%) Tecnologici (0%)	Strutturali (50%) Tecnologici (10%)	Sistema di reporting interno
Eventi avversi	10 (63%)	100%	Organizzativi (40%)	Organizzativi(30%)	
Eventi sentinella	2 (12%)	100%	Procedure/comunicazioni(20%)	Procedure/comunicazioni(10%)	



Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento

## PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM)

**ANNO 2025**

Prot.270/DS/2025

Stesura Marzo 2025

Per quanto concerne i 2 eventi sentinella segnalati:

1. il primo evento sentinella segnalato è relativo alla caduta di un paziente di 74 anni presso la stanza di degenza del reparto di Cardiologia con riportate sequele maggiori: il paziente scendendo dal letto riportava una frattura di femore con necessità di intervento chirurgico ortopedico e degenza intensiva post-operatoria. La problematica è da inserirsi nell'ambito dei fattori contribuenti strutturali/organizzativi. In tal senso si è provveduto ad un Audit urgente nel mese di Novembre con il reparto interessato e dalla sostituzione dei vecchi letti di degenza con moderni letti elettrici motorizzati con regolazione dell'altezza.;
2. il secondo evento sentinella vedeva la caduta di un paziente di 76 anni presso la stanza di degenza del reparto di Cardiologia: il paziente cadendo in bagno riportava una frattura del dente dell'epistrofeo con trasferimento presso HUB di riferimento. La problematica è da inserirsi nell'ambito dei fattori contribuenti organizzativi/comunicativi e ha necessitato di un intervento per la maggiore condivisione delle procedure e delle informazioni. In tal senso si è provveduto ad un Audit urgente nel mese di Novembre con il reparto interessato. In tal senso si è provveduto ad Audit con il reparto interessato.

*Tabella 3 – percentuale di cadute per singolo reparto su totale dei ricoveri della disciplina*

<b>Disciplina</b>	<b>n. di ricoveri</b>	<b>n. di cadute</b>	<b>%</b>
<b>Medicina</b>	976	3	0.0030
<b>Cardiologia</b>	2045	2	0.0009
<b>Chir. Generale</b>	1262	8	0.0063
<b>Pronto Soccorso</b>	23440	2	0.00008


 <p>Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento</p>	<b>PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM)</b>  <b>ANNO 2025</b>	Prot.270/DS/2025  Stesura Marzo 2025
---	---	--

Tabella 4: Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (ai sensi dell'art.4, c.3 della L.24/2017)

Anno	N. Sinistri aperti <sup>(A)</sup>	N. Sinistri liquidati <sup>(A)</sup>	Risarcimenti erogati <sup>(A)</sup>
2024	20	15	2.242.806,87
2023	23	12	1.779.860,00
2022	26	21	3.083.919,00
2021	29	22	2.358.424,17
2020	30	9	1.296.759,42

(A) Sono riportati solo i sinistri ed i risarcimenti relativi al rischio sanitario escludendo quelli riferiti a danni di altra natura

### **3. ATTIVITA' CORRELATE ALLE ICA (INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA) - CIO (COMITATO INFEZIONI OSPEDALIERE)**

L'Ospedale Sacro Cuore di Gesù, nel rispetto di quanto introdotto dalla Circolare Ministeriale n. 52/1985, è dotato di un Comitato per le Infezioni Ospedaliere come da Regolamento interno del 5/06/2017- Nota DS prot. 341/21/DS.

Il Comitato è composto dal Direttore Sanitario/delegato, referente del sistema Qualità, dirigente infermieristico, infermiere epidemiologo di DS, RR.SS.CC/referenti medici delle varie aree funzionali, servizio farmaceutico, patologo clinico/microbiologo, esperto in infettivologia, tre coordinatori infermieristici individuati per area medica, area chirurgica e area rianimazione, ed eventuali consulenti esterni.

Il CIO ha funzione di programmazione, coordinamento, verifica e sintesi di tutte le attività di prevenzione, sorveglianza, controllo delle ICA, monitoraggio quali-quantitativo dell'uso degli antibiotici, di formazione e coinvolgimento del personale sanitario.

Le attività svolte nell'anno 2024 hanno seguito le priorità di intervento definite dalla riunione annuale del 26/10/2023 (verbale Prot. 890/23/DS): sono stati verbalizzati la maggior parte degli incontri svolti durante l'anno, è stato costruito e svolto un percorso formativo sul tema dell'antimicrobico resistenza e antimicrobial stewardship.

Tutte le attività svolte durante il 2024 hanno seguito un'organizzazione per gruppi di lavoro e hanno avuto come obiettivo generale quello di influire sul processo di seguito rappresentato:



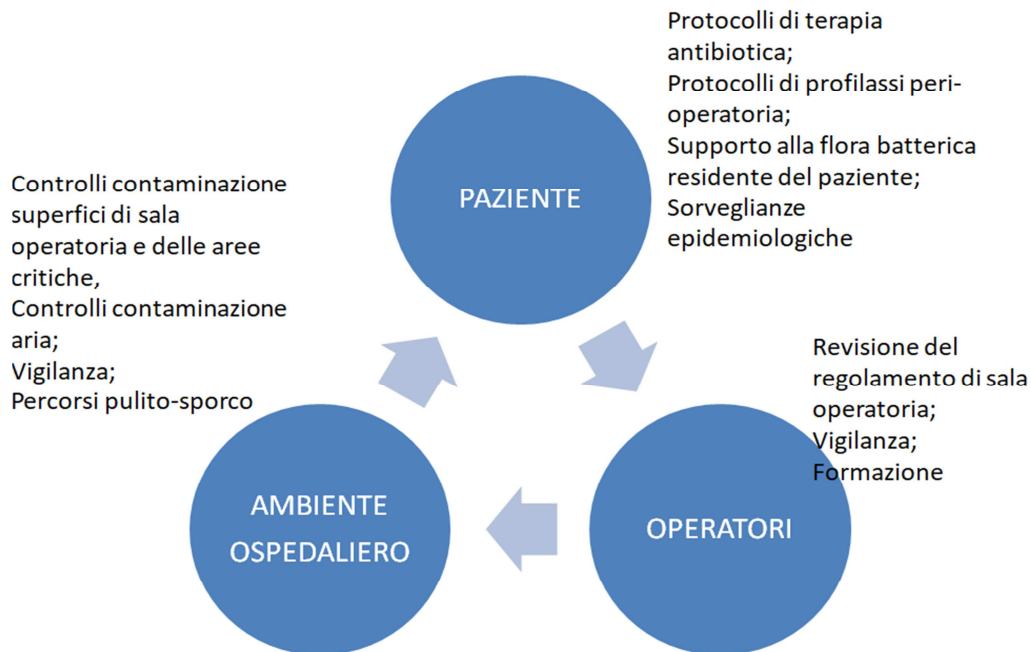
Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento

## PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM)

ANNO 2025

Prot.270/DS/2025

Stesura Marzo 2025




Il gruppo operativo del Comitato si è suddiviso quindi in tre ulteriori gruppi di lavoro che hanno affrontato problematiche differenti.

Il G.O. per le procedure infermieristiche di reparto/sala operatoria, costituito da referenti infermieristici per area medica/chirurgica/sala operatoria, componenti di direzione sanitaria e della Rianimazione, si è riunito il 28/05/2024 e, in accordo con DS e DA, ha sviluppato una procedura per gli impianti di accessi venosi centrali ad inserzione periferica (PICC) e Cateteri Midline come alternativa al cateterismo periferico talvolta impedito dalla scarsità del patrimonio venoso periferico

del paziente e/o controindicato dal tipo di farmaco da somministrare.

Tale procedura comporta importanti vantaggi sia per il paziente che per l'organizzazione, tra i quali la garanzia della continuità ed efficacia delle cure. La terapia antibiotica a pieno dosaggio e per tempi congrui è il primo fattore predittivo di efficacia terapeutica e quindi di contrasto alla comparsa di superinfezioni da multiresistenti. Inoltre la presenza di un accesso centrale ad inserzione periferica o di un catetere Midline consente l'utilizzo appropriato di farmaci lesivi delle pareti venose periferiche, tra questi si annoverano anche diversi antibiotici.

 <p>Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento</p>	<p><b>PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM)</b></p> <p><b>ANNO 2025</b></p>	<p>Prot.270/DS/2025</p> <p>Stesura Marzo 2025</p>
---	--	---

Per il 2025 è previsto un percorso formativo per gli infermieri di reparto orientato alla corretta gestione del catetere relativamente a medicazione e tecniche di lavaggio oltre che alla prevenzione ed individuazione delle principali complicanze come da PAF 2025.

Dovranno essere approfonditi ed aggiornati da questo gruppo tematiche relative alla prevenzione delle sindromi da immobilizzazione (Rianimazione, item 9 classe A DRG 169/23), controllo infezioni sala operatoria (Reparto Operatorio item 22 classe A DRG 169/23).

Il secondo gruppo ha affrontato l'obiettivo di porre in essere attività indirizzate al contrasto all'antimicrobico resistenza mediante il buon uso degli antibiotici come peraltro richiesto anche dalla UOC farmaceutica della ASL BN. La Direzione Sanitaria ha quindi costituito un gruppo di lavoro e ha promosso, con importante contributo offerto dai medici della propria Unità di Anestesia e Rianimazione, l'ampliamento dei protocolli di terapia antibiotica alle degenze (scheda Degenze, item 25 classe A, DGR 169/23) con procedura 314/DS/DS del 09/04/2024, e si è fatta con loro promotrice di una formazione sul campo strutturata in quattro incontri sul tema "antimicrobial stewardship e contrasto all'antibiotico resistenza" prot 1069/24/DS, corso accreditato per 8 crediti

ECM, che ha avuto anche la finalità di favorire un confronto sul tema tra medici ospedalieri alla luce delle LLGG DD n.44 del 19/02/2018. Sono stati definiti, in collaborazione con la Rianimazione e le Chirurgie, i protocolli di profilassi antibiotica peri-operatoria nel paziente chirurgico con prot. 284/24/DS 03/04/2024.

Il terzo gruppo di lavoro, dedicato alla epidemiologia e alla sorveglianza ambientale, è costituito da componenti della UOC Patologia Clinica, il cui contributo è stato fondamentale anche per l'esecuzione dei campionamenti e per l'interpretazione dei dati, della UOC Anestesia e Rianimazione, della Terapia Intensiva Neonatale, della UOC Medicina e delle UU.OO.CC. chirurgiche, si è riunito in data 23/04/2024 (prot. 406/24/DS) ed una seconda volta il 03/12/2024 (prot. 1071/24/DS). Nel primo incontro ha individuato tra gli obiettivi della sorveglianza 2024 di elaborare una procedura per lo screening degli enterobatteri carbapenemasi produttori, e di rendere

maggiormente accurata l'analisi dei dati annuali di incidenza dei patogeni alert (MRSA, enterobatteri produttori di ESBL (beta lattamasi a spettro esteso) e/o carbapenemasi, enterococchi resistenti alla vancomicina, pseudomonas MR, acinetobacter MR. Ha inoltre intensificato i controlli nelle sale operatorie.

Nel secondo incontro, prossimo alla fine dell'anno, sono stati presentati e discussi all'interno del gruppo, i risultati dell'indagine ambientale che ha coinvolto tutte le sale operatorie e gli ambienti critici ed i risultati



Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento

## PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM)

**ANNO 2025**

Prot.270/DS/2025

Stesura Marzo 2025

dei campionamenti dell'acqua potabile finalizzata al controllo del rischio contaminazione da legionella pneumophyla.

Il gruppo ha prodotto la procedura "Sorveglianza attiva delle colonizzazioni da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)" prot. 530/24/DS del 21/06/2024 rianimazione item 8 classe A - DRG 169/23 e in risposta alla circolare ministeriale 0001479 del 17/01/2020 "2019 -Aggiornamento delle indicazioni per la sorveglianza e il controllo delle infezioni da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE) –. "la quale estende l'applicazione anche a tutti i casi potenzialmente a rischio di colonizzazione.

### Sorveglianza epidemiologica

Per l'annualità 2024 sono stati analizzati i dati provenienti dal database in uso alla UOC di patologia clinica per la refertazione delle indagini di laboratorio indicativi di campioni risultati positivi alla ricerca dei patogeni attualmente sottoposti a monitoraggio: acinetobacter baumannii, pseudomonas aeruginosa, Klebsiella, E. Coli, enterococchi, stafilococchi, streptococchi, candida, serratia, salmonella, citrobacter, haemofilus, anaerobi. Sono stati tra questi evidenziati i patogeni alert (MRSA, enterobatteri produttori di ESBL e/o carbapenemasi, enterococchi resistenti alla vancomicina, pseudomonas MR, acinetobacter MR). L'incidenza di patogeni alert è di 3.4\*1.000 giornate di degenza per l'Ospedale Sacro Cuore di Gesù di Benevento (174 isolamenti di patogeni alert su 50.990 giornate di degenza totali), in tabella la distribuzione per UOC.

*Tabella 5: incidenza per 1000 giornate di degenza dei microrganismi alert e non, rilevati dalla UOC Patologia clinica e microbiologia nei campioni clinici (compresi i tamponi per sorveglianza) nel 2024 nei reparti chirurgici e nelle terapie intensive*

REPARTO PATOGENO	UTIN 1.360 gg	UTIC 1.043 gg	UTIR 1.096 gg	CHIR+URO+ VASC 11.676 gg	GIN-OST 5.697 gg	ORTOP 7.343 gg
ACINETOB.	0	1 0.9*1000 gg	2 1.8*1000 gg	9 0.8*1000gg	0	0
PSEUDOM.	1 (0.7*1000 gg	2 1.9*1000 gg	0	73 6.2.*1000gg	0	6 0.8*1000gg
KLEBSIELLA	4 2.9 *1000 gg	9 8.6*1000 gg	7 6.4*1000	23 1.9*1000gg	0	4 0.5*1000 gg





Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento

## PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM)

ANNO 2025

Prot.270/DS/2025

Stesura Marzo 2025

KLEBS ESBL	0	0	3 2.7*1000 g	1 0.1*1000 gg	0	2 0.3*1000 gg
KLEBSIELLA (ESBL+CARB)	0	2 1.9*1000 gg	1 0.9*1000	3 0.3*1000 gg	0	0
E. COLI	9 6.6*1000	12 11.5*1000gg	35 32*1000	77 6.6*1000gg	10 1.7*1000 gg	5 0.7*1000 gg
ENTEROC	0	0	9 8.1*1000	16 1.4*1000gg	0	2 0.3*1000 gg
PROTEUS	1 0.7*1000	4 3.8*1000 gg	8 7.3*1000	52 4.4*1000gg	1 0.2*1000 gg	2 0.3*1000 gg
STAFILOC	12 8.8*1000	26 25*1000 gg	21 19.1*1000	80 6.8*1000gg	0	17 2.3*1000 gg
MRSA	4 2.9*1000 gg	8 7.6*1000 gg	5 4.5*1000 gg	41 3.5*1000 gg	0	6 1.2*1000 gg
STREPTOC	4 2.9*1000	7 6.7*1000 gg	7 6.4*1000	31 2.6*1000gg	1 0.1*1000gg	1 0.1*1000 gg
STREPTO VANC R	1 0.7*1000	1 0.9*1000 gg	1 0.9*1000	7 0.6*1000 gg	0	0
CANDIDA	0	0	7 6.4*1000 gg	5 0.4*1000gg	0	0
SALMONEL	0	0	0	0	1 0.2*1000 gg	0
CITROBAC	0	0	0	1 0.1*1000	0	0
HAEMOF	0	0	2 1.8*1000	0	0	1 0.1*1000 gg
ANAEROBI	1 0.7*1000	1 0.9*1000 gg	5 4.5*1000 gg	0	0	0



Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento

## PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM)

**ANNO 2025**

Prot.270/DS/2025

Stesura Marzo 2025

*Tabella 6.: incidenza per 1000 giornate di degenza dei microrganismi alert e non, rilevati dalla UOC Patologia clinica e microbiologia nei campioni clinici (compresi i tamponi per sorveglianza) nel 2024 nei reparti di medicina, oncologia e cardiologia*

REPARTO PATOGENO	MED E ONCOLOGIA <b>11.618 gg</b>	CARD <b>7.151 gg</b>	PEDIATRIA <b>838 gg</b>
ACINETOBACTER	10 0.8* 1000 gg	0	0
PSEUDOMONAS	32 2.7*1000 gg	0	0
KLEBSIELLA SPP	36 3.1*1000 gg	4 0.5*1000 gg	1 1.1*1000gg
KLEBSIELLA ESBL	2 0.2*1000 gg	1 0.1*1000 gg	0
KLEBSIELLA XDR	6 0.5*1000 gg	0	0
E. COLI	121 10.4*1000 gg deg	7 1*1000 gg	7 8.3*1000 gg
ENTEROBACT	10 0.8*1000 gg	4 0.5*1000 gg	0
PROTEUS	30 2.6*1000 gg	0	0
STAFILOCOCCI	107 9.2*1000 gg	7 1*1000 gg	2 2.4*1000 gg
MRSA	21 1.8*1000 gg	0	0
STREPTOCOCCHI FAECALIS	44 3.8*1000 gg	11 1.5*1000 gg	0
STREPTO VANCOM* R	8 0.7*1000 gg	0	0
CANDIDA	16 1.4*1000 gg	0	0
SERRATIA	10 0.8* 1000 gg	0	0



Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento

## PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM)

**ANNO 2025**

Prot.270/DS/2025

Stesura Marzo 2025

SALMONELLA	1 0.1*1000 gg	0	2 2.4*1000 gg
CITROBACTER	4 *1000 gg	0	0
HAEMOFILUS	3 *1000 gg	0	
ANAEROBI	4 *1000 gg	0	

### Sorveglianza ambientale

Nel corso del 2024 sono stati eseguiti almeno due campionamenti delle sale operatorie e degli ambienti critici, gestite alcune non conformità per presenza di patogeni alert con relativa adozione di azioni di miglioramento e ricontrolli negativi.

I campioni sono stati valutati secondo le linee guida ISPELS 2009. Valore atteso Sale Operatorie inferiore alle 15 UFC /24 cm<sup>2</sup> (Rif. Classe D EU GMP LLGG INAIL ex ISPELS) soglia di attenzione 5 UFC/24 cm<sup>2</sup> OPERATIONAL ED AT REST , mai ALERT valore atteso rianimazioni e neonatologia: < 50 UFC , mai ALERT.





Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento

## PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM)

Prot.270/DS/2025

Stesura Marzo 2025

### ANNO 2025


#### REPORT SINTETICO MONITORAGGIO PER RICERCA LEGIONELLA 2024

reparto	mese															
	R	GEN	FEB	MAR	APR	MAG	GIU	I SEM	LUG	AGO	SETT	OTT	NOV	DIC CEA	2 SEM	
UTIN/ nipiologia	A														2	
S.O. V piano	A															
UTIR/UTIC	A									100 UFC						
Medicina	A					330 e 351										
Cardiologia	A															
Day hospital oncologico	M															
Ortopedia	M															
Chirurgia I degenza	M									258						
Chirurgia II degenza	M															
Blocco operatorio	M															
ostetricia e ginecologia	M											Sala parto				
Spogliatoi lavoratori	M															
Dermatologia/pediatria 2024	M															
Pronto soccorso	M															
Day-Hospital/Day Surgery/SO oculistica	M					DS				Day Surg	S.O. 10			Acqua potab		
Ambulatori piano 1	B	DS	DH onc			FKT e Endosc									endosc	
Radiologia	B															
Anatomia patologica	B															
Laboratorio analisi	B															

Sino a 100 UFC/L
  Tra 101 e 1.000 UFC/L
  Tra 1.001 e 10.000 UFC/L
  Superiore a 10.000 UFC/L

#### Salute degli operatori:

Durante il 2024 non sono stati registrati casi di contagio per HIV, TBC, HBV, Sifilide. Invece si sono registrati 2 casi di acariasi fra gli Operatori Sanitari, immediatamente isolati e sottoposti alle opportune misure di contenimento dell'infezione.

 <p>Ospedale “Sacro Cuore di Gesù” – FBF - Benevento</p>	<p><b>PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM)</b></p> <p><b>ANNO 2025</b></p>	<p>Prot.270/DS/2025</p> <p>Stesura Marzo 2025</p>
---	--	---

### **Campagna Antinfluenzale**

Nel periodo autunnale 24/25 il centro vaccinale ospedaliero, ha vaccinato oltre 70 operatori tra sanitari e non contro i virus influenzali stagionali.

### **Campagna vaccinale con NIRSEVIMAB contro l’infezione da Virus Respiratorio Sinciziale (VRS) nei nuovi nati.**

In aderenza alle indicazioni regionali e nazionali ed in collaborazione con la UOC Farmaceutica e la UOC Igiene e sanità pubblica dell’ASL BN, i medici pediatri e neonatologi afferenti al centro vaccinale del punto nascita ospedaliero, hanno offerto ad oltre duecento nuovi nati la vaccinazione contro il VRS al fine di proteggerli da gravi infezioni polmonari e da eventuali ricoveri ospedalieri per polmonite nei primi mesi di vita. E’ inoltre attivo un servizio di vaccinazione in ambiente protetto per bambini con fattori di rischio per reazioni allergiche ai vaccini.

### **4. COMITATO BUON USO DEL SANGUE**

Presso l’Ospedale Sacro Cuore di Gesù è attivo un Comitato per il buon uso del sangue il cui coordinamento è in capo alla Direzione Sanitaria. Quotidianamente viene verificata la presenza di sacche in giacenza nella frigo-emoteca ospedaliera ed eseguita la tracciatura di ogni sacca (nome, cognome, reparto, data di arrivo, data prevista di riconsegna al SIT, gruppo ABO e fattore Rh, numero identificativo della sacca, data di scadenza). Le attività connesse all’utilizzo degli emocomponenti sono descritte nel documento interno “Attività di richiesta di emogruppo ed eventuali prove di compatibilità” nel rispetto del D.M. 3 marzo 2005 “Caratteristiche e modalità per la donazione del sangue e di emocomponenti”.

Si è tenuta in data 04.07.2024 con prot 262/DS/2024 la riunione annuale per il Comitato Buon Uso del Sangue al fine di rilevare eventuali criticità. Durante l’anno 2024, si sono verificato un near miss inerente l’attività trasfusionale, con erronea identificazione del pz al momento del prelievo per le prove di compatibilità. Tale errore è stato tempestivamente riconosciuto e non ha implicato conseguenze per il paziente. Al fine di un approfondimento del caso è stato indetto audit in presenza del Resp SIT A.O.S Pio nel mese di luglio 2024.

Le Raccomandazioni Ministeriali che si occupano del problema delle reazioni avverse sono la n.5 “La reazione trasfusionale da incompatibilità ABO”. Essa rappresenta un importante evento sentinella drammatico ed è sempre dovuto ad errore.





Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento

## PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM)

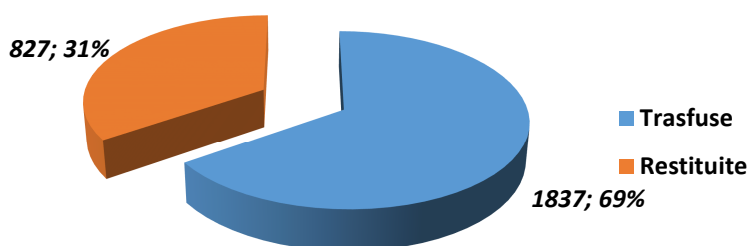
**ANNO 2025**

Prot.270/DS/2025

Stesura Marzo 2025

Di seguito i dati delle attività svolte nel 2024:

Emocomponenti 2024					
	Trasfuse	Restituite	Totale	% Trasfuse	% Restituite
Emazie Concentrate (EC)	1837	827	2664	69	31
Plasma Fresco Congelato (PFC)	221	-	221	100	-
Emazie Concentrate Pediatriche	28	-	28	100	-
Piastrine (PLT)	128	-	128	100	-
<b>Totale</b>	<b>2214</b>	<b>827</b>	<b>3040</b>	<b>72.8</b>	<b>-</b>



### 5. RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI

Le Raccomandazioni Ministeriali per la gestione del Rischio Clinico rappresentano uno strumento efficace di gestione per le Aziende. Esse possono essere annoverate tra le "buone pratiche" perché sono finalizzate alla prevenzione degli errori ed alla sicurezza in sanità.

L'Ospedale Fatebenefratelli è molto attento nell'applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali consapevoli che l'aggiornamento di esse ottimizza l'efficienza sanitaria e riduce il rischio clinico nelle attività operative dell'azienda.

Del resto l'applicazione delle Raccomandazioni induce negli operatori una migliore consapevolezza del rischio e degli errori a cui si viene sottoposti nello svolgimento della propria attività.

L'implementazione delle Raccomandazioni, inoltre, nel SSN è inserita tra i criteri con cui il Ministero valuta l'erogazione dei LEA da parte delle Regioni. Il Ministero a tal proposito, in collaborazione con l'AGENAS ha da tempo predisposto sistemi di monitoraggio.

Il rispetto delle Raccomandazioni diventa un punto focale e di forza dal punto di vista medico-legale in caso di contenzioso da evento avverso.



Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento


## PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM)

ANNO 2025

Prot.270/DS/2025

Stesura Marzo 2025

Raccomandazione		Procedura	
N°	Testo	Grado di implementazione	Ultima revisione
0	Manuale per la sicurezza in Sala Operatoria: Raccomandazioni e Checklist	SI	366/12/003DG 04.12.2013 677/14/DS 352/21/DS 567/DS/2022
1	Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio	SI	Prot. 549/2018
2	Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico	SI	Prot. 71/2012 Prot.941/23/DS all.1
3	Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura	SI	Prot. 749/2013 Prot.941/23/DS all.1
4	Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	SI	Prot. 445/DS/2017
5	Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	SI	Prot. DS/1998 Prot.127/DS/2023
6	Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	SI	Prot.464/DS/2014 Prot.191/DS/2023
7	Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	SI	-
8	Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	SI	Prot.57/DS/2005 DVR All. 17/23
9	Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	SI	Prot.37/2018 Prot.427/DS/2022
10	Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati	SI	-
11	Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	SI	Prot.573/DS/2018
12	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"	SI	Prot.251/DS/2016
13	Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	SI	Prot.277/DS/2014 Prot. 10/DS/2018 Prot.431/DS/2022 Prot.724/DS/2024
14	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici	SI	Prot. 584/2015 Prot.311/DS/2024
15	Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso	SI	Prot.404/DS/2015

 <p>Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento</p>	<p><b>PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM)</b></p> <p><b>ANNO 2025</b></p>	<p>Prot.270/DS/2025</p> <p>Stesura Marzo 2025</p>
---	--	---

16	Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso>2500 grammi non correlata a malattia congenita	SI	Prot.749/DS/2014
17	Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica	SI	Prot.729/DS/2021
18	Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli	SI	Prot.1041/DS/24
19	Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide	SI	Prot.718/DS/2021

Nel dettaglio vediamo alcune Raccomandazioni su cui si intende porre particolare attenzione nel corso dell'anno per una crescita sul versante prevenzione del rischio nel corso del 2025.

#### **Rischio tecnologico**

E' questo un rischio che può essere diretto o indiretto. Il primo riguarda l'infortunistica proveniente dall'uso delle apparecchiature ed interessa tutti , operatori ed utenti. Il secondo riguarda gli utenti prevalentemente ed è diretta conseguenza di errori diagnostici o terapeutici conseguenza di eventuale malfunzionamento non rilevato o sopraggiunto.

La Raccomandazione di riferimento è la n.9 con l'impegno di controlli aziendali sul buon funzionamento delle apparecchiature e sulla manutenzione programmata.

#### **Errori in terapia farmacologica**

Questa Raccomandazione (la n.7) mira a prevenire eventi avversi o eventi sentinella nella prescrizione o somministrazione di farmaci. Riguardo soprattutto farmaci detti " ad alto rischio".

#### **Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici**

La Raccomandazione è la n. 14, di recente introduzione che mira a fare chiarezza tra gli operatori con l'intento di uniformare sigle ed acronimi o simboli usati dagli operatori.

Recenti studi scientifici hanno dimostrato che l'uso scorretto o confuso di tali sigle, in maniera non uniforme, porta ad errori clinici e rischi vari con danno ai pazienti.



Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento

## PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM)

ANNO 2025

Prot.270/DS/2025

Stesura Marzo 2025

### **Codice TRIAGE e corretta applicazione**

La Raccomandazione emanata è la n. 15. Essa mira a perfezionare l'attribuzione del corretto TRIAGE in PS e in Centrale 118.

Per l'applicazione di tale Raccomandazione bisogna porre attenzione sull'organizzazione delle misure applicate all'interno delle strutture sanitarie con adeguata formazione degli operatori addetti alla funzione Triage mirata ad una corretta attribuzione del codice di accesso.

### **Atti di violenza verso gli Operatori.**

E' recente il report sull'incremento degli atti di violenza nei confronti degli operatori. La Raccomandazione Ministeriale risale al 2007 ed è la n. 8. Da allora i casi sono notevolmente aumentati in frequenza. All'interno della Azienda devono essere sostenuti ed implementati i servizi di sorveglianza soprattutto nei luoghi più a rischio come PS ed Emergenza.

Utili l'installazione di telecamere e continui corsi di formazione degli operatori.

Nell'ottica di gestione del rischio clinico e di sicurezza delle cure, nonché attenzione alla salute degli operatori, l'Ospedale Sacro Cuore di Gesù, ha provveduto ad approfondire ed aggiornare specifici argomenti e tematiche con stesura di procedure di Direzione Sanitaria:

- Procedure per il percorso di Chirurgia Bariatrica – prot.993/DS/2024;
- Protocollo per il soccorso e l'assistenza socio-sanitaria alle vittime di violenza donne – prot.885/DS/2024;
- Sorveglianza e gestione dei casi di Morbillo e Rosolia congenita – prot.725/DS/2024;
- Induzione medicina del travaglio di parto – prot. OG FBF001
- Procedura organizzativa assistenziale. Attività di sanificazione straordinaria notturna. Prot.621/DS/2024;
- procedura per richiesta consulenza ordinaria e/o urgente – prot.624/DS/2024;
- Procedura organizzativa assistenziale. Trasporto straordinario notturno – prot.620/DS/2024;
- Procedura per l'impianto di cateteri centrali ad inserzione periferica (PICC) e Medline – prot.531/DS/2024;
- Sorveglianza attiva delle colonizzazioni da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE) – prot.9530/DS/2024;
- Percorso ospedaliero pulito/sporco – prot.988/DS/2024;
- Protocolli di terapia antibiotica ed antimicotica nei reparti di degenza – prot.314/DS/2024;
- PEIMAF – prot.203/DS/2024



Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento

## PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM)

ANNO 2025

Prot.270/DS/2025

Stesura Marzo 2025

### **6. OBIETTIVI REGIONALI**

Con le linee di indirizzo per la stesura del PARM la Regione Campania intende promuovere, pur tenendo conto delle peculiarità di ciascuna struttura e del contesto organizzativo locale, la massima condivisione dei principi del governo clinico, anche attraverso la definizione di azioni condivise, che consentano di valorizzare il ruolo e la responsabilità di tutte le figure professionali che operano in sanità, in un'ottica di gestione integrata del rischio clinico e del contenzioso.

Gli obiettivi regionali sono:

1. favorire la diffusione della cultura della sicurezza delle cure;
2. migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, promuovendo interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi;
3. favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture;
4. favorire la partecipazione alle attività regionali in tema di Risk Management.

### **7. OBIETTIVI AZIENDALI 2025 in linea con quelli Regionali.**

Nel recepire le linee di indirizzo regionali per la stesura del PARM ed in coerenza con la Mission aziendale sono stati proposti per l'anno 2025 i seguenti obiettivi strategici:

**Obiettivo 1.** Diffondere la cultura della sicurezza delle cure attraverso la formazione del personale sulla prevenzione e gestione del Rischio. Rafforzare l'importanza della segnalazione.

**Attività 1.** Progettazione ed effettuazione di un Corso aziendale sulla "Gestione del Rischio Clinico" mirato a valutare l'applicazione delle procedure aziendali implementate in riferimento alle Raccomandazioni Ministeriali.

**Indicatore 1.** Esecuzione di una edizione del Corso entro Dicembre 2025

**Standard** =1

**Obiettivo 2.** Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, promuovendo interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.

**Attività 2.** Monitoraggio near miss, eventi avversi, eventi sentinella e inserimento in piattaforma SIMES.

**Indicatore 2.** n. segnalazioni pervenute/numero segnalazioni prese in carico

**Standard** =100%



Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento

## PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM)

ANNO 2025

Prot.270/DS/2025

Stesura Marzo 2025

**Obiettivo 3.** Attività del Team Rischio clinico

**Attività 3.1** Riunioni e confronti su tematiche di rischio clinico

**Attività 3.2** Sicurezza sul lavoro Lg.81/2008

**Indicatore 3.** n. di riunioni fatte/numero di riunioni programmate. Almeno 2 edizioni anno 2025

**Standard** =100%

**Obiettivo 4.** Partecipazione alle attività Regionale in Risk Management

**Attività 4.1** Piattaforma NSIS-SIMES

Piattaforma web Agenas

Progetto sorveglianza mortalità materna

Progetto ISS – Near Miss Ostetrici

**Indicatore 4.** Evidenza dell'invio ed inserimenti dati

**Standard**= 100%

**Attività 4.2** Partecipazione alla Giornata Mondiale Lavaggio delle Mani – 5 maggio 2025

**Attività 4.3** Partecipazione alla Giornata per la Sicurezza delle cure – settembre 2025

**Attività 4.4** Partecipazione alla Giornata della Prematurità – Novembre 2025

**Obiettivo 5.** Prevenzione delle ICA (infezioni correlate all'assistenza)

**Attività 6.** Aggiornamento dei percorsi e procedure aziendali per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Ospedaliere.

**Indicatore 1.** n. di procedure implementate e/o revisionate / n. tot di procedure

**Standard** >50%

**Obiettivo 6.** Individuazione dei rischi associati ai processi Aziendali –fotografia del Rischio

Allo scopo di individuare correttamente i rischi associati ai processi, viene eseguita una valutazione nelle UU.OO.CC. dell'Ospedale utilizzando opportuni strumenti per la raccolta di informazioni riguardo l'organizzazione, le strutture, le tecnologie e le risorse umane dell'Azienda. **Indicatore 7.** n. di UU.OO.CC. valutate/ n. di UU.OO.CC. presenti

**Standard** =50%





Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento

## PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM)

**ANNO 2025**

Prot.270/DS/2025

Stesura Marzo 2025

### **8. PIANO ANNUALE E FORMAZIONE RISCHIO CLINICO 2025**

<b>Attività</b>	<b>Data</b>	<b>Contenuto</b>
Risk Management	Entro 30.06. 2025	BLS per infermieri. Competenze teoriche e pratiche su rianimazione e defibrillazione. Ed.5
Sicurezza delle cure e degli operatori. Sicurezza sui luoghi di lavoro	Entro 30.06. 2025	Ergonomia e sicurezza nella movimentazione manuale di pazienti: riduzione dei fattori di rischio muscolo-scheletrici. Ed.1 ed Ed.2
Sicurezza sui luoghi di lavoro	Entro 30.06.2025	Formazione specifica sicurezza operatori sanitari. 4 edizioni.
Risk Management Racc. Ministeriali	Entro 30.06.2025	Triage Infermieristico Ed.1
Infezioni Ospedaliere	Entro il 31.12.25	<ul style="list-style-type: none"><li>- Pratiche di prevenzione Infezioni Ospedaliere. Utilizzo Antibiotici</li><li>- Impianto catetere centrale ed ad inserzione periferica (PICC e Medline) durante il ricovero in ambiente internistico.</li></ul>
FSC Comitato RM e Comitato CIO	Entro il 31.12.2025	1 incontro per Comitato/anno



Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento

## PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM)

**ANNO 2025**

Prot.270/DS/2025

Stesura Marzo 2025

### 9. ATTIVITA' FORMATIVA E NON ANNO 2024

Nell'anno 2024 sono state svolte diverse attività formative di cui si riportano le principali nello schema seguente.

Obiettivo 1: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
Attività PARM	Realizzata	Stato di attuazione
<p><b>1.1/2024</b> Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "Corso di Gestione del Rischio Clinico" mirato a migliorare/rinforzare l'applicazione delle procedure aziendali implementate in riferimento alle Raccomandazioni Ministeriali</p>	SI	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Preservazione del patrimonio venoso. 12 gennaio 2024 Partecipanti:14 ECM n.6.5</li> <li>▪ Cardiocografia intrapartum: lettura ragionata. 27 gennaio 2024 Partecipanti:25 ECM n. 9.1</li> <li>▪ La diagnostica di Laboratorio per le Nefropatie. 25 ottobre 2024 Ed.01 Partecipanti: 38 ECM: n.4</li> <li>- 12 dicembre 2024 Ed.02 Partecipanti: 16 ECM: n.4</li> <li>▪ Emergenza comunicazione fra realtà e virtuale in Sanità. 20 dicembre 2024 Partecipanti 15 ECM: n. 5.2</li> </ul>
<p><b>1.2/2024</b> Sicurezza del paziente. Ruolo e responsabilità dell'infermiere e del personale medico. Condivisione dei protocolli terapeutici di reparto per una gestione ottimale del paziente</p>	SI	<p>Realizzati 4 Corsi in cui sono stati approfonditi i seguenti argomenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Approccio infermieristico al paziente respiratorio. N.9.1 crediti ECM.26 settembre 2024 Ed:01 Partecipanti 10</li> <li>· Approccio infermieristico al paziente respiratorio. N.9.1 crediti ECM. 11 ottobre 2024 Ed:02 Partecipanti 10</li> <li>· Approccio infermieristico al paziente respiratorio. N.9.1 crediti ECM. 11 ottobre 2024 Ed:03 Partecipanti 13</li> <li>· Antimicrobical Stuardship e contrasto all'intimicrobico resistenza in ambiente ospedaliero con assegnazione n. crediti ECM 8.</li> <li>· 09 luglio 2024 Partecipanti 11</li> <li>· 1° ottobre 2024 Partecipanti 10</li> <li>· 14 novembre 2024 Partecipanti 7</li> <li>· 18 novembre 2024 Partecipanti 8</li> </ul>



Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento

## PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM)

**ANNO 2025**

Prot.270/DS/2025

Stesura Marzo 2025

<p><b>1.3/2024</b> Corso - "anti-incendio"</p>	<p>SI</p>	<p>27 e 30 maggio 2024: ED:01    Partecipanti n.20 03-06 giugno 2024:    ED:02    Partecipanti n.20</p>
--	-----------	---

**Obiettivo 2: Migliorare la 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**

Attività PARM	Realizzata	Stato di attuazione
<p><b>2.1 / 2024</b> Monitoraggio near miss, eventi avversi, eventi sentinella e inserimento in piattaforma SIMES</p>	<p>SI</p>	<p>Adempimenti normativi con inserimento dati su Piattaforme dedicate</p>
<p><b>2.2 / 2024</b> Audit specifici sulla prevenzione ed il monitoraggio degli eventi avversi</p>	<p>SI</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 4 Audit Multidisciplinari sul tema (prot 44/DS/2024; prot 911/DS/2024; 865/DS/2024; prot.256/DS/2024)</li> <li>▪ 1 riunioni con Enti esterni sul Rischio Clinico prot.962/DS/2024;</li> <li>▪ 2 sopralluogo in Sala Operatoria prot. 884/DS/2024; 880/DS/2024</li> </ul>

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

Attività PARM	Realizzata	Stato di attuazione
<p><b>3.1 / 2024</b> Attività del team rischio clinico - Riunioni e confronti su tematiche di rischio clinico</p>	<p>SI</p>	<p>Incontro comitato Risk Management del 29.10.2024 prot.1068/DS/2024 Incontro comitato Risk Management del 28.11.2024 prot. 1124/DS/24 Incontro COBUS con referente SIT A.O.S.Pio del 04.07.2024 prot.626/DS/2024</p>
<p><b>3.2/2024</b> Sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/2008) Previsione di aggiornamento dei temi per tutti i lavoratori</p>		<p>Corso di formazione programmato per il I semestre 2025</p>



Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento

## PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM)

**ANNO 2025**

Prot.270/DS/2025

Stesura Marzo 2025

Obiettivo 4: Partecipazione alle attività regionali in tema di Risk Management		
Attività PARM	Realizzata	Stato di attuazione
<b>4.1 / 2024</b> <b>Progetto sorveglianza mortalità materna Regione Campania Progetto ISS_Near Miss Ostetrici Piattaforma Regionale NSIS - SIMES Piattaforma Web Agenas</b>	SI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Partecipazione al corso di formazione Regionale di alcuni nostri Professionisti (Anestesista, Ginecologo, Cardiologo)</li> <li>- Aggiornamento Procedure Raccomandazione (trasmissione Agenas Web)</li> </ul>
<b>Attività Regionali Rischio clinico</b>		Presenza all'incontro regionale RETE IMA e principali emergenze Cardiovascolari: prot.646/24/DS


### **10. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARM**

In tema di trasparenza, la Direzione Aziendale si impegna ad assicurarne la diffusione attraverso la pubblicazione del presente nella sezione Internet Aziendale.

Sarà inoltre inviato in copia a tutti i Direttori Struttura Complessa e Semplice nonché ai Coordinatori tecnico-infermieristici via mail aziendale.

### **11. RIFERIMENTI NORMATIVI**

1. D. Lgs. 502/92: Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.D.P.R. 14/01/1997:
2. Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private; D. Lgs 229/99: Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419;
3. D. Lgs 254/00: Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari;
4. D. Lgs 81/08: Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro. Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro;

 <p>Ospedale “Sacro Cuore di Gesù” – FBF - Benevento</p>	<p><b>PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM)</b></p> <p><b>ANNO 2025</b></p>	<p>Prot.270/DS/2025</p> <p>Stesura Marzo 2025</p>
---	--	---

5. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità (SIMES);
6. Intesa Stato-Regioni 20 marzo 2008 punto 2. Le Regioni si impegnano a promuovere, presso le Aziende Sanitarie pubbliche e le Strutture sanitarie private accreditate, l’attivazione di una funzione aziendale permanentemente dedicata alla gestione del Rischio Clinico e la Sicurezza dei Pazienti, incluso il monitoraggio e l’analisi degli eventi avversi e l’implementazione delle buone pratiche della sicurezza, nell’ambito delle disponibilità e delle risorse aziendali, i singoli eventi avversi ed i dati elaborati saranno trattati in forma completamente anonima e confidenziale per le finalità prioritaria di analisi degli stessi e saranno trasmessi al sistema informativo sanitario attraverso uno specifico flusso (SIMES);
7. Raccomandazioni ministeriali e Manuale per la Sicurezza in Sala Operatoria, Ministero della Salute, OMS: Safe Surgery;
8. D.L. 13 settembre 2012 n. 158 convertito nella Legge 8 novembre 2012, n.189 art.3 bis, comma 1: "Gestione e monitoraggio dei rischi sanitari; - Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);
9. Legge 8 marzo 2017, n. 24. “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”;
10. Legge Regione Campania n. 20 del 23 Dicembre 2015, “Misure per introdurre la cultura della responsabilità nell’organizzazione sanitaria nonché migliorare i servizi ai cittadini. – Modifiche alla legge regionale 3 novembre 1994, n. 32 (Decreto legislativo 30/12/1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, riordino del servizio sanitario regionale)”;
11. DD. N. 99 del 16/12/2022: “Linee di indirizzo per l’elaborazione e la stesura del PARM (Piano Annuale Risk Management”.



Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" – FBF - Benevento

## PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM)

**ANNO 2025**

Prot.270/DS/2025

Stesura Marzo 2025

### **12. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA**

1. Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità- il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
2. WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008"Safe Surgery Save Live";
3. The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997; Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997;
4. Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770;
5. Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:  
[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione);
6. Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009:  
[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza)
7. Approvazione Linee di indirizzo per l'elaborazione del PARM, Regione Campania del 20.12.2022 PG/2022/0630980.