



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

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

Roma 30 marzo 2026

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.: \04\2026/003C

Oggetto: Piano Annuale di Gestione del Risk Management (PARM 2026)

Con la presente si approva il Documento di codesta Direzione relativo all'adozione del PARM 2026 così come ricevuto con nota del 26.03 u.s.

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

Cordiali saluti.

Il Direttore Generale
(Fra Pietro dr. Cicinelli oh)

OSPEDALE
"SAN PIETRO"

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"
FATEBENEFRATELLI

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

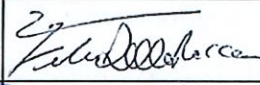
OSPEDALE
"BUON CONSIGLIO"

Via Manzoni, 220
80123 NAPOLI
Tel. 081.5981111
Fax 081.5757643

OSPEDALE
"BUCCHERI LA FERLA"

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

 Ospedale Sacro Cuore di Gesù - Fatebenefratelli	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) ANNO 2026	Prot.274/26/DS Stesura Marzo 2026 Direzione Sanitaria
---	---	---

	NOME	FUNZIONE	DATA	FIRMA
REDAZIONE	Mariacarmela Ferraro	Risk Manager	12/03/2026	
REDAZIONE	Federico della Rocca	Medico Direzione Sanitaria	12/03/2026	
VERIFICA	Mariacarmela Ferraro	Risk Manager	25.03.2026	
VERIFICA	Giovanni Carozza	Direttore Amministrativo	25.03.2026	
APPROVAZIONE	Fra Pietro Cicinelli	Direttore Generale	30.03.2026	

Sommario

1. INTRODUZIONE.....	2
2. CONTESTO ORGANIZZATIVO	3
3. ATTIVITA' CORRELATE AL RISCHIO CLINICO.....	7
4. ATTIVITA' CORRELATE ALLE ICA (INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA) - CIO (COMITATO INFEZIONI OSPEDALIERE)	12
5. COMITATO BUON USO DEL SANGUE	17
6. RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI	19
7. OBIETTIVI REGIONALI	22
8. OBIETTIVI AZIENDALI 2026 in linea con quelli Regionali.	233
9. PIANO ANNUALE E FORMAZIONE RISCHIO CLINICO 2026.....	24
10. ATTIVITA' FORMATIVA E NON ANNO 2025.....	25
11. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARM.....	28
12. RIFERIMENTI NORMATIVI.....	29
13.BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....	30

 Ospedale Sacro Cuore di Gesù - Fatebenefratelli	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) ANNO 2026	Prot.274/26/DS Stesura Marzo 2026 Direzione Sanitaria
---	---	---

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" .

 Ospedale Sacro Cuore di Gesù - Fatebenefratelli	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) ANNO 2026	Prot.274/26/DS Stesura Marzo 2026 Direzione Sanitaria
---	---	---

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).

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'adequatezza 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

 Ospedale Sacro Cuore di Gesù - Fatebenefratelli	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) ANNO 2026	Prot.274/26/DS Stesura Marzo 2026 Direzione Sanitaria
---	---	---

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 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 ² 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

 Ospedale Sacro Cuore di Gesù - Fatebenefratelli	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) ANNO 2026	Prot.274/26/DS Stesura Marzo 2026 Direzione Sanitaria
--	---	---

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
Blocchi Operatori	n.5 (Blocco II piano, V piano, Blocco Parto, III piano, Emodinamica)
Sale Operatorie	11
Terapie Intensive	UTIR – UTIC - UTIN
UTIR – UTIC - UTIN	4 p.l., 4 p.l., 6 p.l.
Dipartimenti Strutturali	2
SPDC	-

DATI ATTIVITA' AGGREGATI

Ricoveri ordinari	8563
Accessi PS	23000
Branche Specialistiche	16
Ricoveri diurni	2222
Accessi diurni oncologici	55
Neonati o parti	803 parti
Prestazioni ambulatoriali	880213

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

 Ospedale Sacro Cuore di Gesù - Fatebenefratelli	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) ANNO 2026	Prot.274/26/DS Stesura Marzo 2026 Direzione Sanitaria
---	---	---

- ≈ 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)

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 e medico.

 Ospedale Sacro Cuore di Gesù - Fatebenefratelli	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) ANNO 2026	Prot.274/26/DS Stesura Marzo 2026 Direzione Sanitaria
--	---	---

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		
Comitato Risk Management		Risk Manager (Direttore Sanitario), DAI, RR.SS.CC./Referenti Medici delle varie aree funzionali, Direttori di Dipartimento, Farmacisti, Direttore Amministrativo.
Comitato Infezioni Ospedaliere		Direttore Sanitario, Infettivologo, DAI, RR.SS.CC./Referenti Medici delle varie aree funzionali, Direttori di Dipartimento, Farmacisti, Resp. Patologia Clinica, Coordinatori infermieristici discipline interessate
Commissione Valutazione Sinistri Locale e Centrale		Direttore Sanitario Centrale e Locale, Direttore Centrale del Personale, Direttore Affari Generali, Direttore Amministrativo, Dirigenti Medici interessati, Direttori UOC interessati, Responsabile Ufficio Personale, Consulenti Medico-Legali, Fiduciario civile e penale della Amministrazione
Comitato Buon Uso del Sangue		Referente SIT San Pio, Direttore Sanitario, Anestesista, Coordinatrice Blocco Operatorio, Resp. UOC

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

3. ATTIVITA' CORRELATE AL RISCHIO CLINICO

Nel 2025 il Comitato Risk Management si è riunito il 11.11.2025 come da verbale prot.1232/DS/25. Inoltre, si è tenuta una riunione interdisciplinare con tutti i Responsabili di U.O.C. al fine di discutere, analizzare e mettere in atto azioni di miglioramento per la gestione del rischio clinico, fra cui il corretto smaltimento delle ferie da parte del personale dipendente, corretta stesura e consegna della turnistica del personale medico, nonché gestione e tempi di chiusura delle cartelle cliniche (prot.445/25/DS).

Al fine di analizzare l'andamento delle discipline di Oncologia, le risorse umane disponibili della stessa e la previsione dell'attività erogabile, è stato convocato dalla Direzione Sanitaria audit specifico che si è tenuto il 31.10.2025 con le figure apici della disciplina stessa (prot. 1186/DS/25).

In collaborazione con la ASL BN, si è provveduto all'effettuazione di un audit clinico con i Responsabili della UOC Medicina/Pronto Soccorso e UOC Oncologia ed UOC Laboratorio Analisi

 Ospedale Sacro Cuore di Gesù - Fatebenefratelli	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) ANNO 2026	Prot.274/26/DS Stesura Marzo 2026 Direzione Sanitaria
---	---	---

e rispettivo coordinatori, presieduto dalla Referente ASL Ispettorato Micologico, per la discussione di un caso clinico di sospetta intossicazione da funghi. Si è provveduto alla condivisione del giusto percorso da intraprendere nel caso di sospetto di intossicazione da funghi, già dal momento dell'accesso in Pronto Soccorso, nonché condivisione e aggiornamento dell'informativa per l'utenza e non, mediante anche rilascio di materiale informativo (prot. 1286/DS/25).

In merito alla Sicurezza sui luoghi di Lavoro (D.Lgs 81/2008), la Direzione Sanitaria congiuntamente all'ufficio tecnico ha provveduto ad un sopralluogo gli ambienti dedicati agli spogliatoi uomini/donne come da verbale prot. 837/25/DS.

In merito al servizio di Ristorazione in Ospedale, al fine di valutare salubrità dei locali, nonché evidenziare criticità nell'organizzazione e/o provvedere ad azioni di miglioramento, la Direzione Sanitaria, ha provveduto ad un sopralluogo degli ambienti sia della cucina che della mensa dell'ospedale con effettuazione anche di campionamento microbiologico, nonché riunione congiunta con la Direzione Amministrativa, DAI e coordinatori tutti (prot. 902/DS/25). I campionamenti hanno dato esito negativi e le criticità rilevate in riunione sono state sanate a stretto giro.

In relazione al Dipartimento Materno-Infantile, caratterizzato da peculiare attività assistenziale e di conseguenza anche da specifici rischi, si sono tenuti nel 2025 diversi momenti d'incontro, fra cui un audit il 02.05.2025 specifico sulla tematica per "prevenzione e gestione del collasso Postnatale" (prot.406/25/DS), nonché riunione il 26.08.2025 che ha visti fra i principali temi la corretta gestione del CEDAP, la ripresa della collaborazione con la Banca Regione Campania Donazione di Sangue Ombelicale (Basco), l'attività del centro vaccinale pediatrico, la partecipazione alla giornata delle sicurezze delle cure (prto.868/25/DS).

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

	Dir. San	Dir. Gen	Dir. Amm
<u>Redazione del PARM</u>	R	C	C
<u>Adozione del PARM</u>	C	R	C
<u>Monitoraggio del PARM</u>	R	C	C
<u>Analisi Valutazione</u>	R	C	C

 Ospedale Sacro Cuore di Gesù - Fatebenefratelli	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) ANNO 2026	Prot.274/26/DS Stesura Marzo 2026 Direzione Sanitaria
---	---	---

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, a sua volta modificato con **“Regolamento integrativo del 30.05.2025”**

- Relazione consuntiva sugli eventi avversi anno 2025

In ottemperanza alle Legge n.24/2017 art.2 comma 5, si riporta che nel corso del 2025 sono state effettuate 20 segnalazioni spontanee di eventi di cui 15 relative a caduta del paziente, 1 relativo a segnalazione di violenza su operatori sanitari, 3 relative ad erronea identificazione di pazienti al momento del prelievo ematochimico, una legata ad errore di assegnazione di preparazione di latte. Per quanto concerne le 15 cadute segnalate, 2 sono classificabili come Eventi Sentinella, 13 come Eventi Avversi.

Tabella 1- Eventi avversi

Tipo di evento	n. eventi	Disciplina	Contesto organizzativo
Caduta pz	4	Medicina	Ricovero ordinario
	4	Chirurgia Generale	Ricovero ordinario
	2	Pronto soccorso	Ricovero urgente
	3	Cardiologia	Ricovero ordinario
	1	Oncologia	Ricovero ordinario
	1	Day surgery	Ricovero diurno
Errata identificazione paziente	4	UTIC PS UTIN	Area Emergenza/Urgenza

 Ospedale Sacro Cuore di Gesù - Fatebenefratelli	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) ANNO 2026	Prot.274/26/DS Stesura Marzo 2026 Direzione Sanitaria
--	---	---

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 (20%)	0%	Strutturali (50%)	Strutturali (50%)	Sistema di reporting interno
Eventi avversi	13 (65%)	100%	Tecnologici (0%)	Tecnologici (10%)	
			Organizzativi (30%)	Organizzativi(30%)	
			Procedure/comunicazioni(20%)	Procedure/comunicazioni(10%)	
Eventi sentinella	3 (15%)	67%			

Per quanto concerne gli eventi sentinella che si sono verificati all'interno della nostra Struttura, si dettaglia quanto segue:

1. evento sentinella che ha visto aggressione a personale sanitario (anestesista ed ostetrica) da parte di una paziente nel post-partum. La violenza dell'evento è stata tale da determinare, oltre a giorni di prognosi per infortunio da parte del personale medico, anche il ricovero in Psichiatria della paziente mediante Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO). Il Risk Manager, al momento dell'evento si recava nell'immediato sul luogo dell'evento e raccogliendo informazioni su quanto accaduto ed analizzando insieme al Responsabile della disciplina la cartella clinica della paziente, stilando relazione con prot. 05/25/DS, non sono emersi elementi correttivi o azioni migliorative da intraprendere. Si è trattato di un evento critico, grave, imprevedibile e complesso, legato allo stato psicotico non sospettabile della paziente;
2. n.2 eventi sentinella con caduta della paziente in Pronto Soccorso e conseguente trauma maggiore. In merito a tale trauma, si è provveduto ad effettuazione sopralluogo dei locali del pronto soccorso ed audit clinico dal quale è emersa una criticità legata alle attrezzature e presidi, nello specifico le barelle, pertanto si è provveduto alla richiesta acquisto e successiva consegna di nuova ed idonea barella per il pronto soccorso in sostituzione di

 Ospedale Sacro Cuore di Gesù - Fatebenefratelli	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) ANNO 2026	Prot.274/26/DS Stesura Marzo 2026 Direzione Sanitaria
---	---	---

quella implicata nell'evento sentinella. Inoltre, in ottica di sensibilizzazione del personale e sicurezze delle cure si è provveduto a distruzione di brochure informativa al personale del pronto soccorso sulla prevenzione delle cadute in ospedale. Prot. 955/DS/25

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

Disciplina	n. di ricoveri	n. di cadute	%
Medicina	997	4	0.004
Cardiologia	1998	3	0.0015
Chir. Generale	1132	4	0.0035
Oncologia	148	1	0.007
Day Surgery	1123	1	0.0001
Pronto Soccorso	20308	2	0.00001

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

Anno	N. Sinistri aperti ^(A)	N. Sinistri liquidati ^(A)	Risarcimenti erogati ^(A)
2025	21	13	446.416
2024	20	15	2.242.806
2023	24	12	1.779.860
2022	24	22	3.104.256
2021	30	26	2.358.424

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

 Ospedale Sacro Cuore di Gesù - Fatebenefratelli	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) ANNO 2026	Prot.274/26/DS Stesura Marzo 2026 Direzione Sanitaria
---	---	---

4. 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, specialista in malattie infettive, dirigente infermieristico, infermiere epidemiologo di DS, RR.SS.CC/referenti medici delle varie aree funzionali, servizio farmaceutico, patologo clinico/microbiologo, tre coordinatori infermieristici individuati per area medica, area chirurgica e area rianimazione, ed eventuale altro personale dipendente.

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 2025 hanno visto un incontro del comitato nel maggio 2025, presieduto e tenuto dallo specialista in malattie infettive, nuovo consulente dell'Ospedale (verbale Prot. 1287/25/DS).

Inoltre, è stato effettuato uno stretto monitoraggio ambientale straordinario, oltre quello programmato, in collaborazione con il servizio di Patologia Clinica/Microbiologia, in relazione al riscontro della positività a germi ospedalieri in nostri pazienti. Nello specifico si è provveduto ad audit clinico su un caso specifico e complesso paziente C.M., n. cartella clinica 77/25 al fine di conoscere punti critici e mettere in atto azioni di miglioramento immediate (prot. 307/DS/25).

Inoltre in relazione ad altre criticità rilevate durante i campionamenti programmati, sono state effettuate attività di sanificazione degli ambienti straordinarie, è stato sensibilizzato il personale sull'importanza delle corrette norme di igiene, soprattutto igiene delle mani con anche 2 corsi ECM per personale non medico effettuati nel 2025 ed inoltre è stato effettuato anche un sopralluogo del Blocco Operatorio a cura della Direzione Sanitaria il 24 marzo 2025 come da prot. n. 260/25/DS.

 Ospedale Sacro Cuore di Gesù - Fatebenefratelli	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) ANNO 2026	Prot.274/26/DS Stesura Marzo 2026 Direzione Sanitaria
--	---	---

Tabella 5. Controllo microbiologico ambientale ospedaliero

Data campionamento	Ambiente	Criticità	Patogeno
26.02.2025	Stanze di degenza Ortopedia	Si	Acinetobacter e Staphyl. non MRSA
26.02.2026	Stanze di degenza Medicina	Si	Staphyl. haemoliticus MRSA e citrobacter
28.02.2026	Sala operatoria Ortopedia	Si	Staphyl. non MRSA
06.03.2025	Sala operatoria Ortopedia	No	
18.03.2025	Sala operatoria n.5	No	
18.03.2025	Sala operatoria n.3	Si	Enterococcus faecalis
03.04.2025	Sala operatoria n.4	No	
03.04.2025	Sala risveglio	Si	Staphylococcus Hominis MRSA
08.04.2025	Sala Parto	No	
08.04.2025	Blocco parto	No	
08.04.2025	Isola neonatale	No	
22.05.2025	Sala operatoria Oculistica	No	
22.05.2025	UTIC	No	
22.05.2025	UTIR	Si	Sfingomonas paucimobilis
22.05.2025	Sala risveglio	Si	Acinetobacter baumani
06.06.2025	Sala risveglio	Si	Sphingomonas paucimobilis
19.06.2025	Sala operatoria Ortopedia	No	
19.06.2025	Stanza di degenza Ortopedia	Si	Staphyl. saproliticus non MRSA
19.06.2025	UTIR	No	
19.06.2025	Sala risveglio	No	
22.07.2025	Nido ed UTIN	No	
22.07.2025	Emodinamica	Si	Staphylococcus non MRSA
03.09.2025	Emodinamica	Si	Staphylococcus non MRSA
13.10.2025	sala risveglio Ortopedia	No	
13.10.2025	Emodinamica	No	
13.10.2025	Sala operatoria Ortopedia	No	
13.10.2025	Stanza degenza ortopedia	Si	Staphyl. Haemoliticus e Enterobacter cloacae
18.11.2025	Reparto ostetricia	Si	Staphylococcus non MRSA
18.11.2025	Reparto ortopedia	No	

 Ospedale Sacro Cuore di Gesù - Fatebenefratelli	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) ANNO 2026	Prot.274/26/DS Stesura Marzo 2026 Direzione Sanitaria
---	---	---

I campioni sono stati valutati secondo le linee guida ISPELS 2009. Valore atteso Sale Operatorie inferiore alle 15 UFC /24 cm2 (Rif. Classe D EU GMP LLGG INAIL ex ISPELS) soglia di attenzione 5 UFC/24 cm2 OPERATIONAL ED AT REST , mai ALERT valore atteso rianimazioni e neonatologia: < 50 UFC , mai ALERT.

Nel 2025 c'è stato 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. Tale attività verrà continuata anche nel 2026 con corsi di formazione ECM per il personale infermieristico.

Dovranno essere approfonditi ed aggiornati da questo gruppo tematiche relative alla prevenzione delle sindromi da immobilizzazione, controllo infezioni sala operatoria.

E' stato condotto, nel 2025, dalla Direzione Sanitaria e dalla Farmacia Ospedaliera uno studio osservazionale finalizzato alla verifica dei tassi di consumo di antibiotici ad uso sistemico registrati dal nel periodo 1 gennaio 2024 - 31 dicembre 2024. I dati di consumo sono stati forniti dalla Farmacia Ospedaliera come numero di unità posologiche per farmaco distribuite nell'anno 2024.

Il calcolo del consumo degli antibiotici, in accordo con quanto stabilito dall'OMS, è stato effettuato utilizzando il sistema ATC per la classificazione del farmaco e la Defined Daily Dose (DDD) come unità di misura del suo utilizzo. La DDD di ogni farmaco è stabilita dal "Norwegian Institute of Public Health WHO collaborating center for drug statistics" edizione 2025 ed identifica il numero di "giornate convenzionali di terapia prescritta". L'attività è stata oggetto di Poster al Forum Risk Management di Arezzo – novembre 2025.

Sorveglianza Rischio Legionellosi

La Provincia Religiosa ha aggiornato il proprio Documento di Valutazione del Rischio allegato 12 relativo agli interventi da porre in essere in seguito al superamento dei valori soglia nei campioni di acqua potabile, documento che è stato recepito dalla sede ed integrato con un proprio piano di campionamento annuale dei terminali. E' stata inoltre data indicazione ai clinici di testare l'antigene urinario per legionella già nelle prime fasi del ricovero nei quadri polmonari in modo da identificare rapidamente le polmoniti da legionella acquisite in comunità. Nessun caso di legionellosi segnalato nel 2025.



Ospedale Sacro Cuore di
Gesù - Fatebenefratelli

PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) ANNO 2026

Prot.274/26/DS

Stesura Marzo 2026

Direzione Sanitaria

REPORT SINTETICO MONITORAGGIO PER RICERCA LEGIONELLA 2025

reparto	R	GEN	FEB	MAR	APR	GIU	MAG	GIU	I SEM	LUG	AGO	SETT	OTT	NOV	DIC	2 SEM
VANO CALDAIA																
UTIN/ nipiologia	A		500 lavaggi			500 lavag										2
S.O. Vpiano	A															
UTIR/ UTIC	A						X									
Medicina Oncologia	A															
Cardiologia	A		400 st. 308			900 st 308										
Day.hospital oncologico	M															
Ortopedia	M															
Chirurgia I degenza pediatria (ex oncologia)	M															
Dermatologia pediatria 2024	M						X									
Chirurgia II degenza	M															
Blocco operatorio	M															
ostetricia e ginecologia	M															
Spogliatoi lavoratori	M						X									
Pronto soccorso	M						X									
Day-Hospital Day Surgery SO oculistica	M		700 SO			950 SO										
Ambulatorio piano I /FKT	B															
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 2025 non sono stati registrati casi di contagio per HIV,TBC, HBV, Sifilide, HCV. Invece è stato registrato 1 caso di acariasi fra gli Operatori Sanitari, immediatamente isolato e sottoposto alle opportune misure di contenimento dell'infezione.

Campagna Antinfluenzale

Nel periodo autunnale 25/26 il centro vaccinale ospedaliero, ha vaccinati 60 operatori tra sanitari e non contro i virus influenzali stagionali.



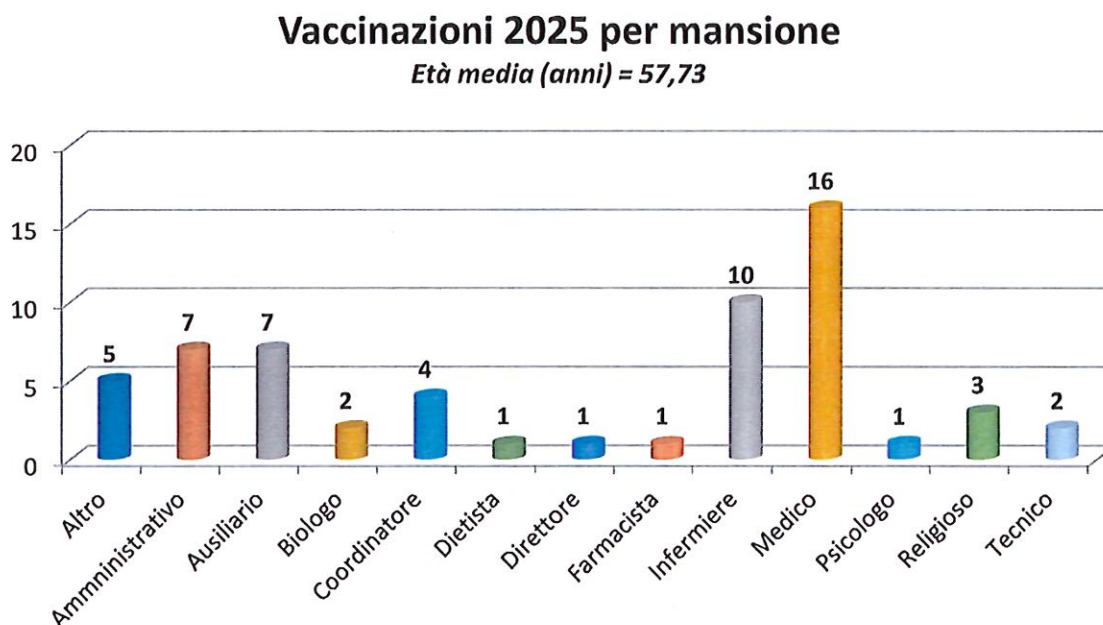
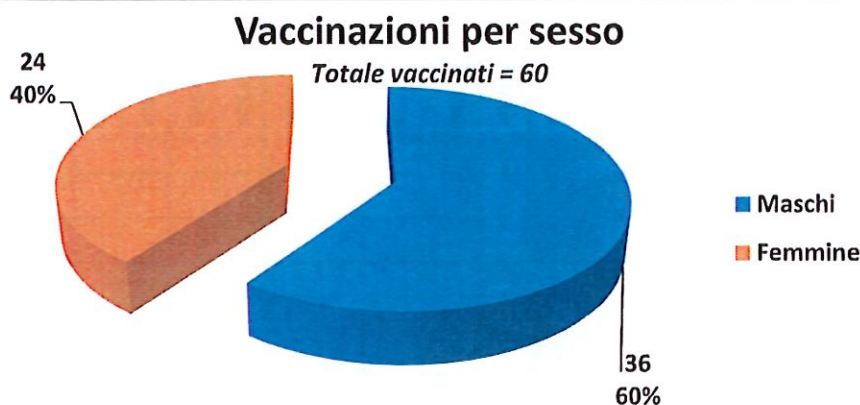
Ospedale Sacro Cuore di
Gesù - Fatebenefratelli

PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) ANNO 2026

Prot.274/26/DS

Stesura Marzo 2026

Direzione Sanitaria



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

 Ospedale Sacro Cuore di Gesù - Fatebenefratelli	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) ANNO 2026	Prot.274/26/DS Stesura Marzo 2026 Direzione Sanitaria
--	---	---

protetto per bambini con fattori di rischio per reazioni allergiche ai vaccini, inviati dalla ASL BN alla nostra Struttura.

5. COMITATO BUON USO DEL SANGUE

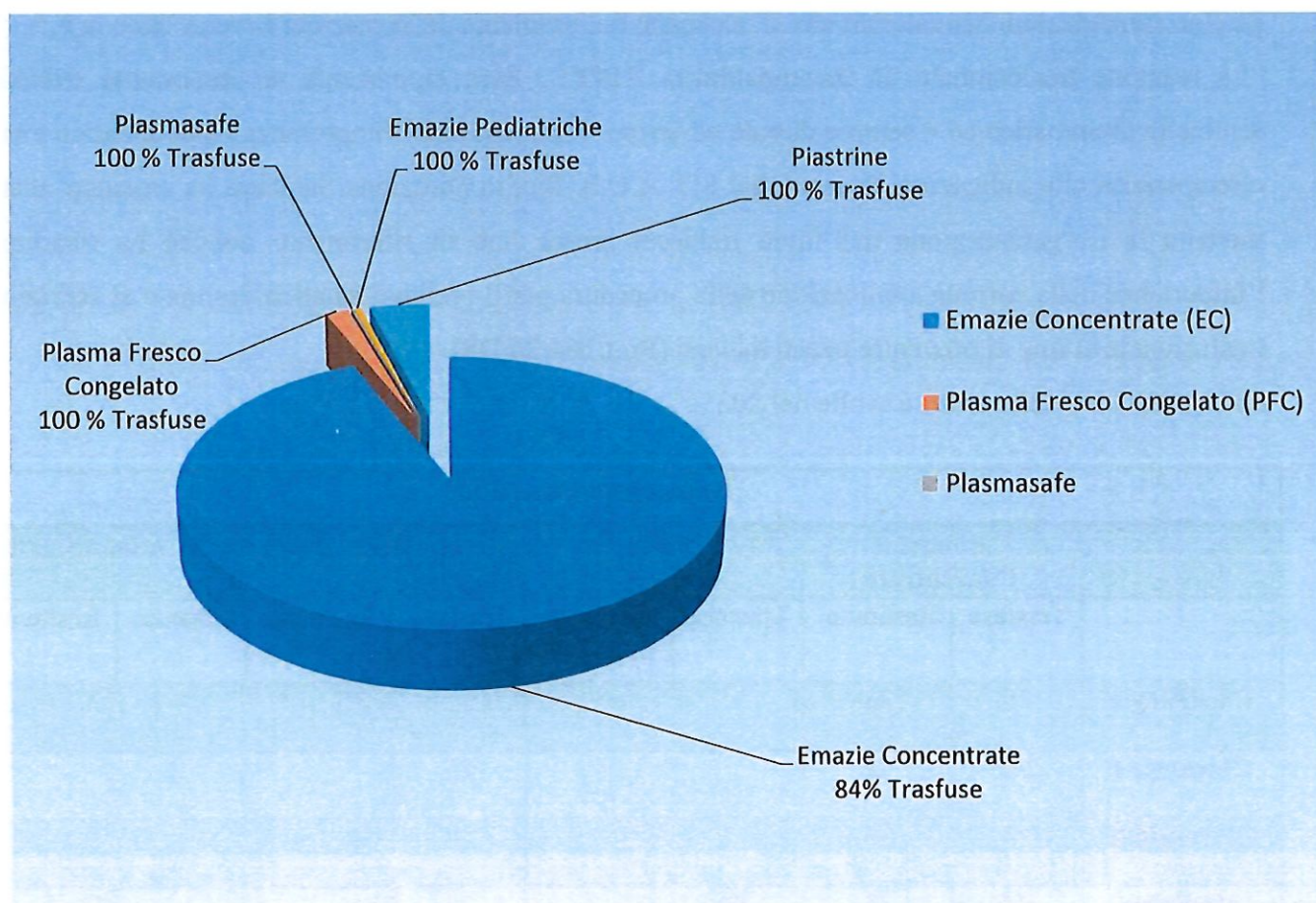
Presso l'Ospedale Sacro Cuore di Gesù è attivo un Comitato per il buon uso del sangue il cui coordinamento è in capo alla Direzione Sanitaria. Quotidianamente viene verificata la presenza di sacche in giacenza nella frigo-emoteca ospedaliera ed eseguita la tracciatura di ogni sacca (nome, cognome, reparto, 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".

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. Riconoscendo l'importanza della tematica e in ottemperanza alle indicazioni ricevute dal SIT A.O.S. Pio, la Direzione Sanitaria ha emanato nota inerente la riorganizzazione dell'invio richieste presso hub di riferimento nonché ha ribadito l'importanza della corretta applicazione della procedura per il prelievo ematico destinato al servizio trasfusionale al fine di prevenire eventi avversi (Prot.164/26/DS).

Di seguito i dati delle attività svolte nel 2025:

Emocomponenti 2025									
	Emazie Concentrate		PFC		PLT		PLASMASAFE		Tot.
	Trasfuse	Restituite	Trasfuse	Restituite	Trasfuse	Restituite	Trasfuse	Restituite	
Cardiologia	25	23							48
Chirurgia I	245	72			25		2		344
Chirurgia II	142	16			3				161
Medicina	265	9	29		25				328

 Ospedale Sacro Cuore di Gesù - Fatebenefratelli		PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) ANNO 2026							Prot.274/26/DS Stesura Marzo 2026 Direzione Sanitaria
Oncologia	23	1							24
Ortopedia	720	119							839
Ostetricia - Ginecologia	47	34			1				82
Pediatria	9								9
Pronto Soccorso	165	8			9				182
UTIC	9								9
UTIR	28	15			9				52
Direzione Sanitaria	15	14							29
	1693	311	29	0	72	0	2	0	2107



 Ospedale Sacro Cuore di Gesù - Fatebenefratelli	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) ANNO 2026	Prot.274/26/DS Stesura Marzo 2026 Direzione Sanitaria
---	---	---

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.

Raccomandazione		Procedura	
N°	Testo	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 Prot. 298/26/DS
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 Prot. 748/DS/2025
5	Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0	SI	Prot. DS/1998 Prot.127/DS/2023 Prot. 164/DS/2026
6	Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	SI	Prot.464/DS/2014 Prot.191/DS/2023

 Ospedale Sacro Cuore di Gesù - Fatebenefratelli		PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) ANNO 2026		Prot.274/26/DS Stesura Marzo 2026 Direzione Sanitaria
7	Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	SI	Prot. 273/26/DS	
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	Prot.227/DS/2026	
11	Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	SI	Prot.573/DS/2018 Prot. 335/DS/2025 Prot. 627/DS/2025	
12	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"	SI	Prot.251/DS/2016 Prot. 299 /DS/2026	
13	Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	SI	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 Prot. 482/DS/2022	
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.

 Ospedale Sacro Cuore di Gesù - Fatebenefratelli	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) ANNO 2026	Prot.274/26/DS Stesura Marzo 2026 Direzione Sanitaria
---	---	---

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.

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, si è previsto in tal senso la presenza diurna all'interno della nostra Struttura di un posto di Polizia.

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:

- ✚ Piano aziendale per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso (PAGS), prot. 1265/DS/25;

- ✚ Procedura per la gestione delle bombole di Ossigeno in Ospedale, prot. 958/DS/2025;

 Ospedale Sacro Cuore di Gesù - Fatebenefratelli	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) ANNO 2026	Prot.274/26/DS Stesura Marzo 2026 Direzione Sanitaria
--	---	---

✚ Piano Aziendale P.E.I.M.A.F.: Piano Emergenza Interno Massiccio Afflusso Ferito, prot. 1206/DS/25;

✚ Procedura Organizzativa Assistenziale: attività di trasporti pazienti da e verso il Blocco Operatorio Centrale ed il Blocco Operativo V piano, prot. 335/DS/2025;

✚ Istruzioni Operative per il prelievo di liquor, prot. 4/25/DS.

Inoltre, sempre in ottica di gestione del rischio clinico e sensibilizzazione del personale nonché dell'utenza, l'Ospedale Sacro Cuore di Gesù, ha partecipato alla giornata mondiale dell'igiene delle mani, il 5 maggio 2025, con campagna di sensibilizzazione per il personale sanitario e non, mediante dispensazione di materiale informativo, tovagliette delle mensa specifiche per la giornata ed articolo di giornale.

Abbiamo aderito alla Giornata Internazionale dell'Infermiere, 12 maggio 2025, in collaborazione con l'OPI (Ordine Professionale degli Infermieri) di Benevento, è stata effettuata una campagna di comunicazione attraverso l'esposizione all'interno della struttura sanitaria di locandine dedicate, nonché distribuito un opuscolo con il nuovo codice deontologico dell'infermiere.

Il Fatebenefratelli di Benevento ha aderito alla "Giornata Nazionale per la sicurezza delle cure e della persona assistita" del 17 settembre 2025. L'obiettivo è stato promuovere la cultura della sicurezza delle cure, intesa come parte fondamentale del diritto alla salute. Ha aderito all'iniziativa con l'evento "Leggere in TIN", dedicato alla sensibilizzazione del personale sanitario e dei genitori dei bambini ricoverati in terapia intensiva neonatale, nonché, nella serata di mercoledì 17 settembre, l'Ospedale Sacro Cuore di Gesù si è illuminato di arancione, colore simbolo della sicurezza del paziente.

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;

 Ospedale Sacro Cuore di Gesù - Fatebenefratelli	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) ANNO 2026	Prot.274/26/DS Stesura Marzo 2026 Direzione Sanitaria
---	---	---

- 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 2026 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 2026 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 2026

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%

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 2026

Standard =100%

Obiettivo 4. Partecipazione alle attività Regionale in Risk Management

 Ospedale Sacro Cuore di Gesù - Fatebenefratelli	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) ANNO 2026	Prot.274/26/DS Stesura Marzo 2026 Direzione Sanitaria
--	---	---

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 2026

Attività 4.3 Partecipazione alla Giornata per la Sicurezza delle cure – settembre 2026

Attività 4.4 Partecipazione alla Giornata della Prematurità – Novembre 2026

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%

8. PIANO ANNUALE E FORMAZIONE RISCHIO CLINICO 2026

Attività'	Data	Contenuto
Risk Management	Entro 31.12. 2026	- BLSD per medici. Competenze teoriche e pratiche su rianimazione e defibrillazione, in n. di 3 edizioni - Carcinoma mammario nella terza età. Discipline a confronto in un'unica edizione
Sicurezza delle cure e degli operatori. Sicurezza sui luoghi	Entro 30.06. 2026	L'importanza dell'igiene delle mani per la prevenzione ed il controllo delle ICA. Terza edizione

 Ospedale Sacro Cuore di Gesù - Fatebenefratelli	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) ANNO 2026		Prot.274/26/DS Stesura Marzo 2026 Direzione Sanitaria
di lavoro			
Sicurezza sui luoghi di lavoro	Entro 30.12.2026	Formazione specifica sicurezza Sicurezza sul lavoro. Sesta edizione.	
Infezioni Ospedaliere	Entro il 31.03.2026	Impianto e gestione degli accessi vascolari, in due edizioni.	
FSC Comitato RM e Comitato CIO	Entro il 31.12.2026	1 incontro per Comitato/anno	

9. ATTIVITA' FORMATIVA E NON ANNO 2025

Nell'anno 2025 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
1.1/2025 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	SI	Corsi di formazione n 8. ▪ Gestione accessi venosi. - Ed.01 il 22.09.2025 Partecipanti:25 ECM n.6.5 - Ed.02 il 06.10.2025 Partecipanti n.19 ECM n.6.5 ▪ Ventilazione meccanica nel neonato prematuro. 16 giugno 2025 Ed.01 Partecipanti n.21. Crediti ECM: n. 5.2 ▪ Corso essenziale di rianimazione in Sala Parto. Ed. 01, 18 settembre 2025. Crediti ECM 6.5. Partecipanti n.18 ▪ Valutazione appropriatezza della profilassi antibiotica nella rottura prematura delle membrane. 13 ottobre 2025, Ed. n.01. Crediti ECM 5.2. Partecipanti n.21 ▪ Appropriatezza del Taglio Cesareo. Ed. n. 01 il 27 ottobre 2025. Crediti ECM n.5.2. Partecipanti n.15 ▪ Piccoli guerrieri, grandi sfide: la

 Ospedale Sacro Cuore di Gesù - Fatebenefratelli	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) ANNO 2026		Prot.274/26/DS Stesura Marzo 2026 Direzione Sanitaria
		prematurità tra scienza, diritti e vita. Ed. n. 01 il 17 novembre 2025. Crediti ECM n. 4. Partecipanti n.25 ▪ L'importanza dell'Igiene delle mani per la prevenzione ed il controllo delle ICA. - Ed. 01 del 30.05.2025 Partecipanti 17 ECM: n. 6.4 - Ed. 02 del 30.09.2025 Partecipanti 18 ECM: n. 6.4 ▪ 9 TH ICU Workshop: vecchio pregiudizi e nuove prospettive. Ed. n. 01 il 09 dicembre 2025. Crediti ECM n.4 Partecipanti n.18	
1.2/2025 Sicurezza del paziente. Ruolo e responsabilità dell'infermiere e del personale medico. Condivisione dei protocolli terapeutici di reparto per una gestione ottimale del paziente.	SI	▪ Realizzati 4 Corsi di formazione BLSD American Heart per personale non medico: 1. Ed. n.5 il 17.03.2025, crediti ECM 7.8 Partecipanti: 18 2. Ed. n.3 il 03.10.2025, crediti 6.5. partecipanti n.16 3. Ed. n.8 il 05.11.2025, crediti 6.5. partecipanti n.17 4. Ed. n.12 il 05.12.2025, crediti 6.5. partecipanti n.17 ▪ Etica-mente: la deontologia come bussola della professione infermieristica. Crediti ECM n.7.8. 24 settembre 2025 Ed:01 Partecipanti 11 ▪ Incontri al Fatebenefratelli. Medicina rigenerativa in Ortopedia e Traumatologia: current concepts. Crediti ECM n.5, 14 novembre 2025. Partecipanti n.28 ▪ Nuove terapie mediche per il trattamento dei fibromi uterini. Ed. n. 01 il 20 ottobre 2025. Crediti ECM n.5.2. Partecipanti n.15	

 Ospedale Sacro Cuore di Gesù - Fatebenefratelli	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) ANNO 2026	Prot.274/26/DS Stesura Marzo 2026 Direzione Sanitaria
---	---	---

		▪ Il consenso informato in Ginecologia ed Ostetricia. Ed. 01 il 03 novembre 2025. Crediti ECM 5.2. Partecipanti n.12 ▪ Corretto utilizzo del misoprostolo nell'induzione del travaglio di parto. Ed. n. 01 il 24 novembre 2025. Crediti ECM n.5.2. Partecipanti n.14 ▪ Update in Medicina di Laboratorio. La Celiachia. Ed. n. 01 il 18 novembre 2025. Crediti ECM n.4. Partecipanti n.63
--	--	--

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
2.1 / 2025 Monitoraggio near miss, eventi avversi, eventi sentinella e inserimento in piattaforma SIMES	SI	Adempimenti normativi con inserimento dati su Piattaforme dedicate
2.2 / 2025 Audit specifici sulla prevenzione ed il monitoraggio degli eventi avversi	SI	▪ 5 Audit Multidisciplinari sul tema (prot. 406/DS/2025; prot.468/DS/2025; 446/DS/2025; prot.869/DS/2025; prot.445/DS/2025); ▪ 1 sopralluogo in Sala Operatoria Ortopedia prot. 823/DS/2025 ▪ 1 sopralluogo locali Cucina/Mensa prot.902/DS/2025 ▪ 1 sopralluogo spogliatoi dipendenti prot.837/25/DS

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
3.1 / 2025 Attività del team rischio clinico - Riunioni e confronti su tematiche di rischio clinico	SI	Incontro comitato Risk Management del 11.11.2025

 Ospedale Sacro Cuore di Gesù - Fatebenefratelli	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) ANNO 2026		Prot.274/26/DS Stesura Marzo 2026 Direzione Sanitaria
3.2/2025 Sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/2008) Previsione di aggiornamento dei temi per tutti i lavoratori		Corso di formazione: Ergonomia e sicurezza nella movimentazione manuale dei pazienti: riduzione dei fattori di rischio muscolo-scheletrici. - Ed.01 del 03.04.2025. Crediti ECM: 5.2. Partecipanti n.17. - Ed.02 del 10.04.2025. Crediti ECM: 5.2. Partecipanti n.17.	
Obiettivo 4: Partecipazione alle attività regionali in tema di Risk Management			
Attività PARM	Realizzata	Stato di attuazione	
4.1 / 2025 Progetto sorveglianza mortalità materna Regione Campania Progetto ISS_Near Miss Ostetrici Piattaforma Regionale NSIS - SIMES Piattaforma Web Agenas	SI	- Partecipazione al corso di formazione Regionale di alcuni nostri Professionisti (Anestesista, Ginecologo, Cardiologo) - Aggiornamento Procedure Raccomandazione (trasmissione Agenas Web) Ottemperanza di quanto previsto dalle piattaforme regionali	
Attività Regionali Rischio clinico	SI	Presenza all'incontro sull'area dell'emergenza – Pronto Soccorso il 01.12.2025 presso la Regione Campania-sede So.Re.Sa	

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

 Ospedale Sacro Cuore di Gesù - Fatebenefratelli	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) ANNO 2026	Prot.274/26/DS Stesura Marzo 2026 Direzione Sanitaria
---	---	---

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;
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)";

 Ospedale Sacro Cuore di Gesù - Fatebenefratelli	PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT (PARM) ANNO 2026	Prot.274/26/DS Stesura Marzo 2026 Direzione Sanitaria
---	---	---

11. DD. N. 99 del 16/12/2022: “Linee di indirizzo per l’elaborazione e la stesura del PARM (Piano Annuale Risk Management”.

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;
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
7. Approvazione Linee di indirizzo per l’elaborazione del PARM, Regione Campania del 20.12.2022 PG/2022/0630980.