

Prot. D.G. 480 /2025

Direzione generale per la Tutela della
Salute e il Coordinamento del SSR
UOSD Assistenza Ospedaliera

OGGETTO: Trasmissione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)

In conformità a quanto previsto dalla **Legge 8 marzo 2017, n. 24** – recante disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie – e dal **Decreto Dirigenziale n. 99 del 16/12/2022**, relativo all'approvazione delle linee di indirizzo per l'elaborazione del PARM, si trasmette in allegato il **Piano Annuale di Risk Management** dell'Ospedale Evangelico Betania approvato dal consiglio direttivo del 25/03/2025 con numero di delibera n. 32/2025.

Il documento include la **relazione annuale sugli eventi avversi, i risarcimenti e i sinistri** e, nell'ambito del piano stesso, è altresì sviluppato il **Piano Annuale per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA)**.

Contestualmente alla trasmissione alla Regione, il documento verrà pubblicato sul sito aziendale, garantendone così la massima diffusione e accessibilità.

Cordiali saluti

Napoli 01/04/2025

Il Direttore Generale
Dott. Vincenzo Bottino

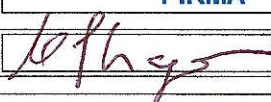
**OSPEDALE EVANGELICO
BETANIA
IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Vincenzo Bottino**

UOC Rischio Clinico-Qualità-Formazione

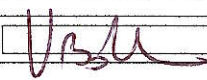
Direttore: Dott.ssa M.A. Stingone

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT (PARM) 2025

REDAZIONE

NOME E COGNOME	FUNZIONE/MANSIONE/INCARICO	DATA	FIRMA
Dott.ssa M.A. Stingone	Direttore UOC Rischio clinico	14/12/25	

APPROVAZIONE E PUBBLICAZIONE

NOME E COGNOME	FUNZIONE/MANSIONE/INCARICO	DATA	FIRMA
Dott. V. Bottino	Direttore Generale	14/12/25	

Delibera di approvazione n.32/2025 del CD 25/03/2025

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

Sommario

1.	Introduzione	3
2.	Contesto organizzativo.....	4
3.	Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sulla sinistrosità.....	6
3.1.	Analisi degli eventi avversi	6
3.2.	Gli eventi sentinella	8
3.3.	Le cadute.....	9
3.4.	Relazione Analitica.....	9
3.5.	Sinistrosità e risarcimenti	11
4.	Raggiungimento Obiettivi PARM 2024.....	13
4.1.	Obiettivi Regionali	13
4.2.	Obiettivi Aziendali	13
5.	Documenti di sicurezza.....	14
6.	Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) 2024.....	15
7.	PIANO 2025	18
7.1.	Obiettivi regionali.....	18
7.2.	Obiettivi aziendali.....	18
7.3.	Obiettivi specifici per la sorveglianza e controllo delle infezioni	19

1. Introduzione

La Gestione del Rischio Sanitario, parte fondamentale del buon Governo Clinico, è definita come "il sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili per il miglioramento continuo dei loro servizi e garantiscono elevati *standard* di performance assistenziale, assicurando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica".

Il piano aziendale di Risk management rappresenta l'atto istituzionale attraverso il quale le aziende sanitarie, esplicitando il proprio impegno nella gestione del rischio clinico, si impegnano a sviluppare e mantenere politiche proattive e reattive per il controllo del rischio sanitario.

Il Ministero della Salute ha posto come cardine strategico, nell'ambito delle attività di miglioramento continuo della qualità delle cure, la gestione del rischio clinico e nel documento prodotto "Risk Management in Sanità" ha prescritto le seguenti raccomandazioni:

- ▷ individuare un modello organizzativo uniforme per la gestione del rischio clinico;
- ▷ l'elaborare direttive e linee guida per la rilevazione uniforme degli errori e dei rischi di errori nelle strutture sanitarie;
- ▷ promuovere eventi di formazione per la diffusione della cultura della prevenzione dell'errore;
- ▷ promuovere la segnalazione dei near miss;
- ▷ sperimentare, a livello aziendale, metodi e strumenti di segnalazione degli errori, di raccolta e di elaborazione dei dati per ottenere informazioni sulle procedure ad alto rischio e sulle frequenze degli errori;
- ▷ monitorare periodicamente e garantire un feed-back informativo;
- ▷ definire misure organizzative e appropriate tecnologie per la riduzione degli errori evitabili;
- ▷ favorire, anche attraverso opportune sperimentazioni, lo sviluppo di modelli organizzativi e supporti tecnologici innovativi per migliorare la sicurezza.

La regione Campania con DD. N. 99 del 16/12/2022 ha approvato le linee d'indirizzo per l'elaborazione del PARM dando indicazioni a tutte le Aziende sanitarie pubbliche, le strutture private di ricovero, accreditate e no, e gli Ospedali classificati di elaborare il Piano annuale di Risk Management trasmetterlo in Regione e pubblicarlo sul sito aziendale.

Il piano deve essere elaborato anche in ottemperanza agli obblighi previsti dalla legge 24 del 2017, norma che mette in primo piano la sicurezza delle cure, ritenendola parte costitutiva del diritto alla salute elemento imprescindibile dell'attività di tutti gli operatori. Tale normativa valorizza gli strumenti impiegati nell'ambito del Clinical Risk Management, perseguendo l'obiettivo di ridurre gli eventi potenzialmente lesivi e comunque, di gestirli al meglio quando avvengono, avendo anche un effetto indiretto sul contenimento del contenzioso. Tutte le azioni necessarie per le attività di gestione del rischio clinico devono essere accompagnate da un' incisiva attività di programmazione, di analisi e di misure messe in atto, che devono essere proprio di ogni struttura sanitaria.

L' **Ospedale Evangelico Betania** già dal 2019 ha recepito le indicazioni ministeriali e normative implementando un modello organizzativo completamente rispondente alle indicazioni; il PARM già regolarmente elaborato e inviato in Regione Campania anche in assenza di obbligo, rappresenta ormai da 4 anni il documento guida e di rendicontazione delle attività del rischio clinico.

Inoltre, il PARM recependo le indicazioni del DD 99 della Regione Campania ingloba il PAICA (Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza) con l'obiettivo di:

- Favorire una visione unitaria del rischio sanitario;
- Sottolineare la corrispondenza dei temi inerenti alla qualità e la sicurezza delle cure con i cogenti requisiti di autorizzazione e accreditamento;
- Armonizzare la gestione del rischio infettivo con gli obiettivi del DD 99 della Regione Campania e del Piano Nazionale per il Contrasto all'Antimicrobico Resistenza (PNCAR)

2. Contesto organizzativo

OSPEDALE EVANGELICO BETANIA	
DATI STRUTTURALI	
Posti letto ordinari totali	140
Posti letto ordinati area medica	55
Posti letto ordinari area chirurgica	85
Posti letto diurni	10
Servizi trasfusionali	0
Blocchi operatori	1
Sale operatorie	4
Terapie intensive	2
UTIC	1
Dipartimenti	4

DATI ATTIVITA' AGGREGATI 2024	
Indicatore	Riferimento
Ricoveri ordinari	8886
Accessi PS	43944
Branche specialistiche	10
Ricoveri diurni	1458
Neonati o parti	1749 nati- 1698 parti
Prestazioni ambulatoriali pubbliche	104964

DATI DI PRODUZIONE 2024				
	NUMERO R.O.	CASI DH/DS	NUMERO PACC	TOTALE
Cardiologia	399			399
Chirurgia Generale	1200	169	422	1791
Chirurgia Senologia	304			304
Medicina Generale	1528			1528
Epatologia	254	27	3	284
Oncologia	12	331		343
Nido, Neonati sani	1281			1281
Oculistica	2	56	1060	1118
Ortopedia e Traumatologia	848	126	831	1805
Ostetricia e Ginecologia	2364	637		3001
Terapia Intensiva, Anestesia e Rianimazione	25			25
Unità coronarica, Unità Intensiva cardiologica	135			135
Patologia Neonatale, Neonatologia	388	112		500
Terapia Intensiva Neonatale	146			146
TOTALE	8886	1458	2316	12.660

3. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sulla sinistrosità

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

3.1. Analisi degli eventi avversi

2024

Numeri totale incident reporting	106
Numeri incident reporting con presa in carico	106
Numeri incident reporting senza seguito	17
Numeri incident reporting prese in carico con audit	32
Numeri incident reporting prese in carico con audit ed RCA	10

I dati evidenziano un **sistema di incident reporting ben strutturato**, con il **totale delle 106 segnalazioni prese in carico**. Tra queste, **17 non hanno avuto seguito** poiché si trattava di eventi senza conseguenze per il paziente, mentre **32 casi sono stati approfonditi attraverso audit**, strumenti essenziali per l'analisi sistematica degli eventi e l'individuazione di possibili aree di miglioramento.

Un approfondimento ancora più dettagliato è stato condotto su **10 eventi attraverso la Root Cause Analysis (RCA)**, una metodologia strutturata che mira a individuare le **cause radice** di un evento avverso, analizzando non solo l'errore immediato, ma anche i fattori sistemici che lo hanno reso possibile. Data la complessità e l'impegno richiesto da questa tipologia di analisi, la RCA deve essere **riservata ai casi più critici e complessi**, in cui è fondamentale comprendere a fondo le dinamiche che hanno portato all'evento per poter attuare interventi correttivi efficaci e prevenire il ripetersi di situazioni simili.

Nel complesso, questi dati riflettono un **approccio strutturato ed efficace alla gestione degli eventi avversi**, con un'attenzione mirata alla **prevenzione**, al **miglioramento continuo della sicurezza del paziente** e alla **diffusione di una cultura della segnalazione consapevole e orientata al cambiamento**.

MACROCLASSIFICAZIONE DEGLI INCIDENT REPORTING	
Caduta accidentale	25
Evento avverso	58
Evento sentinella	6
Near Miss	17
Totale complessivo	106

ANALISI DEGLI INCIDENT REPORTING	
Danni da posizionamento in sala operatoria	1
Disfunzioni sistema di trasporto	2
ERRATA IDENTIFICAZIONE DI CAMPIONE BIOLOGICO	4
Errore analitico patologia clinica	3
Errore da conta garze e/o strumento	1
ERRORE FARMACOLOGICO PREPARAZIONE	1
ERRORE FARMACOLOGICO PRESCRIZIONE	1
ERRORI LEGATI ALLA GESTIONE DEL SANGUE	1
ES - morte materna o grave danno in seguito a travaglio e /o parto	1
ES ERRORE O GRAVE DANNO CONSEGUENTE A NON CORETTA ATTRIBUZIONE CODICE TRIAGE	1
ES Morte o grave danno imprevisi conseguente ad intervento chirurgico	1
ES MORTE O GRAVO DANNO IN SEGUITO A CADUTA	2
ES – violenza verso operatore	1
Mancata identificazione di campione istologico	1
Manovra errata	4
MEF	2
NON CLASSIFICABILE	14
Perdita di campione istologico	1
Perforazione durante esame endoscopico	1
PRESIDI MALFUNZIONANTI	2
Reclamo	1
Reclamo ad alto rischio contenzioso	3
Reintervento chirurgico	25
RITARDO DIAGNOSTICO	4
RITARDO DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO PER MANCANZA DI CONOSCENZA DISPOSITIVI	2
Sanguinamento post-operatorio	1
Caduta	23
Totale complessivo	106

L'aggregazione delle segnalazioni in sottocategorie così specifiche ha rappresentato un lavoro complesso e articolato, ma ha consentito di ottenere **un quadro estremamente chiaro delle principali aree di rischio**. Inoltre, questa categorizzazione dettagliata ha permesso di realizzare una **mappatura completa delle attività a rischio dell'azienda**, fornendo uno strumento essenziale per l'implementazione di strategie di prevenzione più mirate ed efficaci.

Un aspetto particolarmente significativo è l'inserimento, a partire dal 2024, del dato relativo ai reinterventi chirurgici, frutto di una stretta collaborazione tra il reparto di Chirurgia e il Rischio Clinico nell'ambito delle analisi di mortalità e morbidità. Questo approfondimento ha permesso di evidenziare che la necessità di un nuovo intervento era spesso legata alle condizioni cliniche di base dei pazienti che si rivolgono alla nostra struttura, sempre più complesse, e che i primi interventi venivano eseguiti prevalentemente in emergenza. Come dimostrato da un'ampia letteratura, il rischio di complicanze post-operatorie aumenta in modo esponenziale in caso di interventi eseguiti in regime d'urgenza.

Inoltre, il fatto che queste segnalazioni provengano proprio dal reparto di Chirurgia, coinvolgendo sia medici che infermieri, è particolarmente indicativo della presenza di una cultura diffusa e consolidata nella gestione del rischio. Il personale sanitario si è infatti fatto promotore di un'attività di segnalazione sistematica delle complicanze post-chirurgiche, con l'obiettivo di alimentare il confronto attraverso audit e riunioni di miglioramento. Questo atteggiamento proattivo rappresenta un elemento chiave per l'evoluzione delle strategie di prevenzione e per l'ottimizzazione dei percorsi assistenziali, rafforzando la sicurezza del paziente e la qualità delle cure.

3.2. Gli eventi sentinella

La tabella sottostante rappresenta la distribuzione degli eventi sentinella e l'analisi dei fattori correlati, in linea con quanto richiesto dal Ministero della Salute nell'ambito del flusso SIMES. Inoltre, essa include il piano delle azioni monitorate, garantendo una rappresentazione strutturata e conforme agli standard ministeriali per il monitoraggio e la gestione degli eventi avversi.

Si sottolinea che il flusso SIMES e il monitoraggio delle azioni correttive rappresentano una parte integrante dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sul rischio clinico, rendendo fondamentale un'attenta analisi e una costante verifica delle misure adottate. Questa impostazione consente non solo di individuare le principali aree di rischio, ma anche di valutare l'efficacia delle strategie di prevenzione, assicurando un miglioramento continuo della qualità e della sicurezza delle cure.

MINISTERO DELLA SALUTE - SIMES			
Utente: FONDAZIONE EVANGELICA BETANIA			
	DISTRIBUZIONE DI FREQUENZA DEL TIPO EVENTO SENTINELLA		
TIPO EVENTO	NUMERO	PERCENTUALE	TECNICA DI ANALISI
MORTE O GRAVE DANNO PER CADUTA DI PAZIENTE	2	34%	Audit
MORTE O GRAVE DANNO IMPREVISTO CONSEGUENTE AD INTERVENTO CHIRURGICO	1	15%	Audit+RCA
MORTE O GRAVE DANNO CONSEGUENTE A NON CORRETTA ATTRIBUZIONE DEL CODICE TRIAGE NELLA CENTRALE OPERATIVA I I 8 E/O ALL'INTERNO DEL PRONTO SOCCORSO	1	15%	Audit+RCA
MORTE O GRAVE DANNO CAUSATO DA VIOLENZA VERSO O NEI CONFRONTI DI OPERATORE	1	15%	Audit +RCA
MORTE O GRAVE DANNO OCCORSI DURANTE LA GRAVIDANZA, IL TRAVAGLIO E/O PARTO ED ENTRO 42 GIORNI DAL TERMINE DELLA GRAVIDANZA	1	15%	Audit+RCA
Totale	6		

MINISTERO DELLA SALUTE - SIMES		
Utente: FONDAZIONE EVANGELICA BETANIA		
	LISTA EVENTI PER SPECIALITA	
SPECIALITA	NUMERO	PERCENTUALE
Medicina	2	30%
Chirurgia	1	20%
Pronto soccorso	2	30%
Ostetricia	1	20%
Totale	6	

MINISTERO DELLA SALUTE - SIMES		
Utente: FONDAZIONE EVANGELICA BETANIA		
Totale Eventi Sentinella:	6	
Di cui con scheda B:	6	
LISTA FATTORI CONTRIBUENTI		
FATTORE	NUMERO	% (Fatt./Sch.B)
CAUSE E FATTORI LEGATI ALLA COMUNICAZIONE	3	50%
CAUSE E FATTORI LEGATI ALLE TECNOLOGIE SANITARIE, FARMACI, LINEE-GUIDA E BARRIERE	0	0%
CAUSE E FATTORI UMANI	1	15%
BARRIERE	1	15%
DISPOSITIVI MEDICI E APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI	0	0%
LINEE-GUIDA, RACCOMANDAZIONI, PROTOCOLLI ASSISTENZIALI, PROCEDURE	3	50%

3.3. Le cadute

Di seguito la tabella con le cadute suddivise per esito

Caduta accidentale	23
Grave	2
Lieve	4
Moderata	3
Nessuna	14
Pericolo di vita e/o disabilità permanente	1

L'analisi delle **23 cadute accidentali** evidenzia che, nella maggior parte dei casi (**14 episodi**), non si sono verificate conseguenze per il paziente. Tuttavia, **9 cadute** hanno avuto un impatto di varia entità: **4 con esiti lievi**, **3 moderate** e **2 gravi**, mentre **1 evento ha comportato un rischio di vita e/o disabilità permanente**.

Il dato risulta **sovrapponibile a quello degli anni precedenti**, confermando la necessità di mantenere alta l'attenzione sulla prevenzione delle cadute, soprattutto nei reparti più a rischio. In particolare, l'incidenza maggiore si registra in **Medicina**, un fenomeno strettamente legato alla presenza di pazienti anziani e allettati, condizioni che aumentano significativamente il rischio di caduta.

Questi dati sottolineano l'importanza di strategie efficaci di prevenzione, con un focus specifico sui pazienti più fragili.

3.4. Relazione Analitica

Introduzione

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

Tabella riassuntiva

TIPO DI EVENTO	NUMERO	%di cadute per categoria	PRINCIPALI FATTORI CAUSALI/CONTRIBUENTI*		AZIONI DI MIGLIORAMENTO		FONTE DEL DATO
EVENTO SENTINELLA	6	20%	Strutturali	20%	Strutturali	10%	Incident reporting
			Tecnologici	10%	Tecnologici	10%	
			Organizzativi	80%	Organizzativi	60%	
			Procedure	80%	Procedure	80%	
EVENTO AVVERSO	83	7,5%	Strutturali	30%	Strutturali	10%	- Incident reporting - Richieste risarcimento
			Tecnologici	10%	Tecnologici	5%	
			Organizzativi	60%	Organizzativi	40%	
			Procedure	50%	Procedure	70%	
NEAR MISS	17	100%	Strutturali	20%	Strutturali	10%	Incident reporting
			Tecnologici	30%	Tecnologici	10%	
			Organizzativi	60%	Organizzativi	30%	
			Procedure	20%	Procedure	50%	

1. Eventi Sentinella

Numero totale: 6

Percentuale di cadute rispetto alla categoria: 20%

Principali fattori causali/contribuenti:

Strutturali: 20%

Tecnologici: 10%

Organizzativi: 80%

Procedure: 80%

Azioni di miglioramento intraprese:

- Interventi strutturali: Adeguamento degli spazi con eliminazione degli ingombri.
- Interventi tecnologici: Revisione dell'efficienza dei dispositivi di monitoraggio e di allarme.
- Organizzativi: revisione delle attività di sorveglianza sulle condizioni di rischio specifico.
- Procedure: monitoraggio dell'adesione al protocollo aziendale.

Fonte del dato:

Incident reporting

2. Eventi Avversi

Numero totale: 83

Percentuale di cadute rispetto alla categoria: 7,5%

Principali fattori causali/contribuenti:

- Strutturali: 30%
- Tecnologici: 10%
- Organizzativi: 60%
- Procedure: 50%

Azioni di miglioramento intraprese:

- Strutturali: Miglioramento della segnaletica e adeguamento degli ambienti per la sicurezza dei pazienti.
- Tecnologici: Implementazione di nuove soluzioni per il monitoraggio continuo del paziente.
- Organizzativi: revisione dei percorsi di sicurezza.
- Procedure: monitoraggio sulla corretta applicazione dei protocolli di sicurezza.

Fonte del dato:

Incident reporting

Richieste di risarcimento

3. Near Miss

Numero totale: 17

Percentuale di cadute rispetto alla categoria: 100%

Principali fattori causali/contribuenti:

Strutturali: 20%

Tecnologici: 30%

Organizzativi: 60%

Procedure: 20%

Azioni di miglioramento intraprese:

- Strutturali: Identificazione di criticità ambientali e interventi di messa in sicurezza.
- Tecnologici: Potenziamento dei dispositivi di supporto per la prevenzione degli errori.
- Organizzativi: Introduzione di protocolli di sorveglianza più stringenti per ridurre il rischio di errore.
- Procedure: Revisione delle pratiche operative per rafforzare la prevenzione.

Fonte del dato:

Incident reporting

3.5. Sinistrosità e risarcimenti

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

Anno	N. sinistri aperti	N. Sinistri liquidati	Risarcimenti erogati	Regime assicurativo
2020	22	4	2.541.156,46	Auto ritenzione con riserve accantonate proporzionali al rischio
2021	20	2	736.529,67	Auto ritenzione con riserve accantonate proporzionali al rischio
2022	31	1	1.683.197,94	Auto ritenzione con riserve accantonate proporzionali al rischio
2023	23	11	817.315,41	Auto ritenzione con riserve accantonate proporzionali al rischio
2024	7	12	1.031.458,85	Auto ritenzione con riserve accantonate proporzionali al rischio

Nella tabella successiva la distribuzione degli eventi per anno di accadimento.

Anno	N. sinistri occorsi
2020	21
2021	17
2022	10
2023	6
2024	1

L'analisi dei dati evidenzia una **chiara tendenza alla riduzione del numero di eventi denuncia registrati**, con un calo progressivo dei **sinistri occorsi**, che passano da 21 nel 2020 a soli 1 nel 2024. Questo andamento suggerisce un possibile miglioramento delle misure di prevenzione e gestione del rischio.

Un ulteriore elemento da considerare è quanto riportato dal **Rapporto MedMal 2023**, secondo cui il **48,1% dei sinistri in Italia viene denunciato entro i primi 12 mesi**. Questo dato implica che la maggior parte delle denunce avviene in tempi relativamente brevi, permettendo di osservare in maniera affidabile la tendenza alla riduzione nel corso degli anni analizzati.

La distribuzione dei sinistri per anno di accadimento rappresenta il dato più importante per valutare l'andamento della gestione del rischio. Questo indicatore consente di comprendere se la diminuzione dei sinistri è effettivamente legata a un miglioramento della prevenzione o se dipende da altri fattori, come eventuali ritardi nella registrazione delle denunce o cambiamenti nei criteri di segnalazione.

Nel complesso, la riduzione degli eventi denuncia registrati rappresenta un segnale positivo, che potrebbe essere attribuito a:

- ✓ Miglioramento delle misure di prevenzione e sicurezza
- ✓ Maggiore sensibilizzazione del personale nella gestione del rischio
- ✓ Evoluzione delle politiche di gestione dei sinistri

4. Raggiungimento Obiettivi PARM 2024

Di seguito si riportano gli obiettivi regionali e aziendali, con il relativo livello di raggiungimento degli standard definiti.

4.1. Obiettivi Regionali

Obiettivo 1: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure attraverso la formazione del personale sulla prevenzione e gestione del rischio

Attività svolta:

- Progettazione e realizzazione di un corso aziendale sulla gestione del rischio clinico, finalizzato a migliorare e rafforzare l'applicazione delle procedure aziendali in linea con le raccomandazioni ministeriali.
- La formazione sul rischio clinico presso l'Ospedale Betania è permanente e sistematicamente inserita nel piano di formazione aziendale.

Standard raggiunto: ☒ 100%

Obiettivo 2: Migliorare l'appropriatezza assistenziale e organizzativa, promuovendo interventi per il miglioramento della qualità delle prestazioni e il monitoraggio/contenimento degli eventi avversi

Attività svolta:

- Per i dettagli, si rimanda alla sezione **ANALISI DEGLI EVENTI AVVERSI**.

Indicatore: 73/73

Standard raggiunto: ☒ 100%

Obiettivo 3: Attività del Team Rischio Clinico

Attività svolta:

- Organizzazione di riunioni e confronti su tematiche di rischio clinico.

Riunione N°	Categoria	Argomento
5	Rischio Clinico	Analisi casi di reintervento in chirurgia generale
2	Rischio Clinico	Nuovo progetto monitoraggio near miss ostetrici
1	Rischio Clinico	Revisione percorso PS Ost-Ginec
3	Rischio Clinico	Revisione procedura trasferimenti
4	Rischio clinico	Analisi dei processi a rischio in sala operatoria

Standard raggiunto: ☒ 100%

4.2. Obiettivi Aziendali

Obiettivo 4: Miglioramento del processo di inserimento dei neoassunti

Attività svolta:

- Analisi del processo di reclutamento e inserimento del personale del comparto, indipendentemente dalla tipologia contrattuale.

- Programmazione delle attività di addestramento.

Criticità riscontrate:

- Elevato turnover del personale dovuto a vincoli contrattuali.
- Mancata definizione della durata dell'affiancamento.

Standard raggiunto: ✗ **Non raggiunto****Obiettivo 5:** Miglioramento del macro-processo di comunicazione del Dipartimento di Medicina**Attività svolta:**

- **Completate 3 attività su 3 previste:**
 - Aggiornata la procedura sulle informative e consensi, includendo procedure invasive e diagnostiche radiologiche.
 - Rafforzato il processo di passaggio di consegne infermieristiche.
- **Attività non ancora conclusa:**
 - La procedura operativa per l'hand-over è ancora in fase di elaborazione, in attesa della documentazione di accompagnamento.

Indicatore: Riduzione dei fattori legati alla comunicazione nelle analisi degli eventi avversi.**Standard raggiunto:** ✓ **100%****Obiettivo 6:** Miglioramento dei processi di sicurezza del blocco operatorio (obiettivo biennale)**Attività svolta:**

- Revisione di tutti i protocolli relativi ai 16 obiettivi di sicurezza.
- Formazione del personale.

Indicatore: Revisione completata al **80%**, con previsione di completamento nel 2025.**Standard raggiunto:** ⌚ **In corso****Conclusione**

Nel corso dell'anno sono stati raggiunti gli obiettivi regionali previsti, con il **100% degli standard soddisfatti**. Per quanto riguarda gli obiettivi aziendali, alcuni traguardi sono stati raggiunti parzialmente o sono in fase di completamento. Le criticità emerse, in particolare per l'inserimento del personale e la comunicazione nel Dipartimento di Medicina, saranno oggetto di ulteriore approfondimento e azioni correttive nel prossimo periodo.

5. Documenti di sicurezza

Nel corso dell'anno sono stati prodotti/revisionati 17 documenti di sicurezza correlati ad altrettanti processi

1. Ammissione E Dimissione Del Paziente Dalla Terapia Intensiva
2. Check List Riordino E Controllo Sala Operatoria
3. Decontaminazione Sterilizzazione Stoccaggio Presidi Sterili Rev 02
4. Gestione dei Prelievi biologici e degli accertamenti necessari per Il controllo delle sostanze d'abuso Rev. 03
5. Gestione Peri operatoria Del Paziente Chirurgico Rev. 02
6. Gestione Sepsis E Shock Settico
7. Guida Rapida All'uso Degli Emocomponenti

8. Istruzione Operativa - Gestione Dei Campioni Tossicologici Rev01
9. Manuale Sterilizzazione
10. Manuale Triage A 5 Codici Colore
11. Monitoraggio Dei Pazienti Chirurgici
12. Profilassi E Terapia Antibiotica In Chirurgia Rev. 02 E Mrsa
13. Protocollo Operativo Frattura Di Femore Rev. 02
14. Screening Microbiologici In Terapia Intensiva Adulti
15. Sistema Di Tracciabilità Informatizzata della sterilizzazione
16. Test Bowie Dick
17. Trasporto E Distribuzione Dei Pasti Ai Degenti

6. Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) 2024

I dati attualmente disponibili dalla microbiologia forniscono un quadro generale sull'incidenza delle infezioni nel nostro ospedale. Tuttavia, non sempre è possibile distinguere con precisione le infezioni correlate ai processi assistenziali da quelle acquisite in altri contesti. Inoltre, i dati di sorveglianza raccolti all'ingresso dei pazienti vengono riportati dalla microbiologia insieme ai risultati delle colture delle infezioni in atto, rendendo più complessa l'analisi dettagliata dei singoli casi e la valutazione dell'origine delle infezioni. I dati più significativi sono quelli della intensiva neonatale in quanto nella maggior parte dei casi i piccoli pazienti nascono nella struttura ed eventuali infezioni sono contratte durante il ricovero; i dati in questione rivelano una gestione ottimale del paziente con una percentuale di emocolture positive significativamente bassa.

Per affrontare queste criticità, l'obiettivo PARM n° 6 prevede l'implementazione di un sistema di sorveglianza più strutturato ed efficace, in grado di fornire dati aggiornati su base trimestrale alla Direzione Sanitaria e alla UOC Rischio Clinico. Questo nuovo approccio mira a garantire una sorveglianza più accurata, non solo per identificare con maggiore precisione la diffusione delle specie batteriche e fungine presenti all'interno della struttura, ma anche per monitorare in modo puntuale l'andamento delle resistenze antimicrobiche.

L'adozione di un sistema di sorveglianza più avanzato consentirà di ottimizzare le strategie di prevenzione e controllo delle infezioni, migliorando la sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico.

Nonostante l'incompletezza di alcuni dati, essi vengono comunque pubblicati di seguito per stimare il tasso di colture positive, un parametro essenziale per comprendere la diffusione delle infezioni e adottare strategie di contenimento più efficaci.

EPATOLOGIA

	Campioni totali	Positivi	%
Emocolture	64	15	23,45
Urinocolture	64	12	18,7
esami colturali	73	3	4,1
cpe	15	1	6,6
TN	3	0	0
Clostridium	0	0	0

PRONTO SOCCORSO

	Campioni totali	Positivi	(%)
Emocolture	118	22	18,64
Urinocolture	62	14	22,58
Clostridium	0	0	0
Pneumococco	10	1	10
Legionella	10	0	0

TERAPIA INTENSIVA ADULTI

	Campioni totali	Positivi	(%)
Urinocolture	212	45	21,22
Clostridium	2	0	0
CPE	77	1	1,29
TN	86	4	4,65
EMOCOLTURE	52	7	13,46

ORTOPEDIA

	Campioni totali	Positivi	(%)
Emocolture	3	0	0
Es. Colturali	30	6	20
Urinocolture	4	2	50
CPE	31	0	0

GINECOLOGIA

	Campioni totali	Positivi	(%)
Emocolture	47	1	2,12
Es. Colturali	11	2	18,18
Urinocolture	162	17	10,5
Clostridium	1		

CARDIOLOGIA

	Campioni totali	Positivi	(%)
Emocolture	10	3	30
Urinocolture	18	6	33,33
Es. Colturali	2	0	
clostridium	4	0	
Pneumococco	4	0	
Legionella	4	0	

UTIC			
Emocolture	15	0	
Urinocolture	15	6	40
Es. Colturali	1	0	

MEDICINA

	Campioni totali	Positivi	(%)
Emocolture	263	71	26,99
Urinocolture	312	60	20,6
Clostridium	50	4	19,23
Legionella	370	5	1,35
Es. Colturali	84	20	23,8
Pneumococco	465	13	2,79
CPE	370	0	

CHIRURGIA

	Campioni totali	Positivi	(%)
Emocolture	49	2	4,08
Urinocolture	14	1	7,1
Es. Colturali	42	36	85,71
Clostridium	2	0	0
legionella	0	0	0
Pneumococco	0	0	0
CPE	94	1	1,06

TERAPIA INTENSIVA NEONATALE

	Campioni totali	Positivi	(%)
Urinocolture	21	4	19
Emocolture	229	9	3,9
tn	46	1	2,1
cpe	49	0	0

NIDO

Emocolture	56	0	
Urinocolture	46	1	0,02
cpe	5	0	

PATOLOGIA NEONATALE

Emocolture	196	1	0,01
Urinocolture	29	3	10,3
cpe	36	0	
TN	37	0	

7. PIANO 2025

La Regione Campania ha confermato per il 2025 il setting minimo di obiettivi che deve essere raggiunto che si riportano di seguito:

7.1. Obiettivi regionali

Obiettivo 1: diffondere la cultura della sicurezza delle cure attraverso la formazione del personale sulla prevenzione e gestione del rischio
Attività 1: Progettazione di effettuazione di un corso aziendale sulla gestione del rischio clinico mirato a migliorare/rinforzare l'applicazione delle procedure aziendali implementate in riferimento alle raccomandazioni ministeriali
Indicatore 1: esecuzione di una edizione del corso entro dicembre dell'anno al quale si riferisce il PARM
Standard = 1
Obiettivo 2: Migliorare l'appropriatezza assistenziali 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. di segnalazioni pervenute/n. prese in carico
Standard = 100%
Obiettivo 3: attività del Team rischio clinico
Attività 3: riunioni e confronti su tematiche di rischio clinico
Indicatore 3: n. di riunione svolte /n. di riunioni programmate
Standard = 100%

7.2. Obiettivi aziendali

Obiettivo 4: attività di monitoraggio sullo stato di implementazione aziendale delle raccomandazioni ministeriali
Attività: elaborazione di strumenti di analisi a supporto delle attività di SWA da eseguire direttamente nelle unità operative
Indicatore 1: esecuzione monitoraggio delle raccomandazioni dal numero 1 al numero 9
Indicatore 2: esecuzione monitoraggio diretto UUOO
Standard indicatore 1 = 100%
Standard indicatore 2 = > 75%
Obiettivo 5: focalizzazione sul processo d'informativa e consenso
Attività 1: Revisione informative chirurgiche (tutte le discipline)
Attività 2: verifica dello stato d'implementazione della procedura sul consenso informato ai sensi del DL 219/17
Indicatore 1: numero d'informative revisionate
Standard = > 80%
Indicatore 2: attività di audit
Standard = almeno 1 audit per specialistica
Obiettivo 6: revisione 16 obiettivi di sicurezza di sala operatoria
Attività 1: aggiornamento dei protocolli
Attività 2: verifica dello stato di implementazione dei protocolli di sicurezza

Indicatore 1: disponibilità di 16 protocolli aggiornati
Standard = 100%
Indicatore 2: attività di SWA
Standard: almeno 1 SWA per protocollo

7.3. Obiettivi specifici per la sorveglianza e controllo delle infezioni

Obiettivo 6: revisione delle attività di sorveglianza microbiologica e reportistica
Attività 1: strutturazione della reportistica trimestrale sui seguenti dati <u>Isolamenti microbiologici da campioni clinici (sangue, urina, ferite, ecc.).</u>
* Specie batteriche e/o fungine identificate.
* Percentuale di ceppi resistenti ai principali antibiotici
* Ceppi multiresistenti (MDR, XDR, PDR), inclusi:
• MRSA (Staphylococcus aureus meticillino-resistente)
• VRE (Enterococcus resistente alla vancomicina)
• CRE (Enterobatteri resistenti ai carbapenemi)
• ESBL (Beta-lattamasi a spettro esteso)
• Acinetobacter e Pseudomonas resistenti
Indicatore 1: disponibilità di report trimestrali
Standard indicatore 1 = 100%
Obiettivo 7: focus su infezioni del sito chirurgico
Attività 1: elaborazione documento generale sulla prevenzione SSI
Attività 2: istituzione tavolo tecnico sulla SSI
Indicatore 1: disponibilità del documento e pubblicazione sul portale
Standard = 100%
Indicatore 2: identificazione del TT
Standard = almeno 1 riunione al mese
Standard = 100%
Obiettivo 8: attività di monitoraggio con SWA per cateteri vascolari e vescicali
Attività 1: verifica stato di adesione ai protocolli
Indicatore 1: almeno 1 SWA al mese per UO
Standard = 100%