



**Villa Giovanna**  
QUALITA' ALLA VITA, VITA AL TEMPO

## Relazione Risk Management 2026

*Come previsto dal DCA 36 del 23/06/2017 e dalla Legge n. 24 del 2017 (c.d. "Legge Gelli-Bianco")*



rev.	data	motivo della revisione	emesso Ufficio Accreditamento	verificato Direzione Struttura	approvato Risk Manager
04	15/03/2026	Aggiornamento annuale del documento			

## **Premessa**

### **1. La gestione del rischio clinico**

Il Risk Management in sanità è un processo sistematico, comprendente sia la dimensione clinica che quella gestionale, che impiega un insieme di metodi, strumenti e azioni che consentono di identificare, analizzare e valutare i rischi legati alle attività assistenziali al fine di prevenire danni al paziente e migliorare così la sicurezza delle cure.

E' riconosciuto che la promozione della sicurezza dei pazienti si fonda su un approccio sistemico, che comprende lo studio degli eventi avversi, l'identificazione ed il controllo delle circostanze e dei fattori che possono facilitare o determinare un danno per il paziente e la progettazione di processi assistenziali appropriati, efficaci ed efficienti.

A tal fine è stato predisposto il sistema di RISK MANAGEMENT: GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO finalizzato al miglioramento delle attività clinico-assistenziale e gestionali per elevare il livello di protezione dei pazienti e degli Operatori Sanitari.

### **Contesto organizzativo**

Villa Giovanna Hospital nasce nel 2005 a Tora e Piccilli, in provincia di Caserta. La struttura è suddivisa in 3 grandi aree dedicate rispettivamente all' Hospice, alla RSA ed alla SUAP, la struttura è organizzata anche per un servizio di Assistenza Domiciliare.

Villa Giovanna è autorizzata all'esercizio con Prot. 1693 del 07.06.2013 del comune di Tora e Piccilli per:

- Centro residenziale per cure palliative Hospice, accreditato con il servizio sanitario regionale giusto decreto N. 158 del 31.12.2012 per complessivi n. 14 posti letto residenziali e con deliberazione n. 950 del 02.07.2015 per prestazioni palliative domiciliari;
- Speciale Unità di Accoglienza Permanente – SUAP con dotazione di n.14 posti letto, Con autorizzazione all'esercizio prot. N. 3743 del 20.09.2023
- Rsa R3 per adulti non autosufficienti, per n. 60 posti letto, accreditato con il servizio sanitario regionale giusto decreto n. 353 del 09.11.2020 per 30 posti letto residenziali e decreto n.690 del 18.07.2024 per ulteriori 30 posti letto residenziali;
- Rsa R2 – Unità di cura estensiva per adulti non autosufficienti, autorizzata all'esercizio con prot. n. 3632 del 28.07.2025 del Comune di Tora e Piccilli e accreditato con il servizio sanitario regionale giusto decreto n. 3 del 12.01.2026 per n. 16 posti letto residenziali.

Il personale in carico è conforme con quanto previsto dalla Delibera regionale n. 7301 del 2001, dal

DCA n. 51 del 04.07.2019 e dalla D.G.R.C n. 169 del 04.04.2023 e s.m.i.

## Contesto Organizzativo sull'attività di prevenzione e controllo infezioni

La Struttura Villa Giovanna da circa 10 anni ha ottenuto la Certificazione del sistema qualità unitamente alla certificazione per l'ambiente ed alla sicurezza sul lavoro , tale riconoscimento ha portato ad una organizzazione dei processi secondo degli schemi predefiniti per singole fasi, dalla fase di pianificazione fino alla verifica dei risultati.

In tale ottica sono state definite una serie di procedure e protocolli relativi alle varie attività che possono avere impatti diretti ed indiretti sulle prestazioni.

Per quanto attiene alle attività poste in essere al fine di prevenire le infezioni correlate all'assistenza sono state definiti una serie di protocolli relativi al corretto lavaggio delle mani, prevenzione di piaghe da decubito, prevenzione delle infezioni delle vie urinarie .

La corretta applicazione delle procedure viene monitorata mediante audit periodici (cadenza trimestrale ) condotti dal Responsabile della Qualità unitamente ai Responsabili Medici dei singoli setting con la collaborazione della Direzione di Struttura, gli esiti degli audit vengono raccolti ed analizzati su apposito format con analisi periodica degli stessi ed elaborazione dei relativi indicatori.

### 1. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

La Struttura persegue finalità di tutela e promozione della persona umana nell'ambito dell'assistenza socio-sanitaria. In accordo con la *mission* della struttura, la Direzione Sanitaria, negli anni, in accordo con il *Quality Manager* e *Risk Manager*, ha avviato diverse attività di sensibilizzazione e formazione sul tema della sicurezza delle cure oltre a redigere procedure e protocolli interni in accordo con le raccomandazioni del Ministero della Salute applicabili .

Si riportano di seguito i dati relativi alle segnalazioni spontanee di near miss, eventi avversi ed eventi sentinella, relativi all'anno 2025.

**Tabella 1. Pazienti gestiti nell'anno 2025**

Setting	N pazienti
RSA	84
Hospice	141
SUAP	17
TOTALE	242

*Tabella 2 – Eventi segnalati nell’anno 2024 (art.2, comma 5 della Legge n.24/2017)*

<b>Tipo di evento</b>	<b>N. (e % sul totale degli eventi)</b>	<b>% di cadute all’interno della categoria di evento</b>	<b>Principali fattori causali/contribuenti</b>	<b>Azioni di miglioramento</b>	<b>Fonte del dato</b>
<b>Near Miss</b>	0				Sistema di reporting
<b>Eventi Avversi</b>	0				
<b>Eventi Sentinella</b>	0				

*Tabella 3 – Sinistrosità e risarcimenti erogati nell’ultimo quinquennio (art.4, comma 3 della Legge n.24/2017)*

<b>Anno</b>	<b>N. sinistri aperti</b>	<b>N. sinistri liquidati</b>	<b>Risarcimenti erogati</b>
<b>2020</b>	1	0	0
<b>2021</b>	2	0	0
<b>2022</b>	0	0	0
<b>2023</b>	0	0	0
<b>2024</b>	1	1	1
<b>2025</b>	0	0	0
<b>Totale</b>	3	1	1

2. Descrizione della posizione assicurativa

*Tabella 4 – Descrizione della posizione assicurativa*

<b>Anno</b>	<b>Polizza (scadenza)</b>	<b>Compagnia</b>	<b>Premio</b>	<b>Franchigia</b>	<b>Brokeraggio</b>
-------------	---------------------------	------------------	---------------	-------------------	--------------------

<b>Dal 2017</b>	n. polizza 420318864	Generali S.p.A.	29.340,00 annuo	RCT danni a persona 2500€ per sinistro RCT danni a cose 2500€ per sinistro RCO 2500€ per ogni lavoratore infortunato	Agenzia Palma Campania Avv. Donnarum ma
-----------------	-------------------------	--------------------	--------------------	---	--

<b>5.0 Resoconto delle attività dell'anno precedente</b>		
<b>Attività (1)</b>		
<b>Partecipazione a corsi con tematiche di Gestione degli Aspetti medico-legali/assicurativi del rischio infettivo e della medicina basata sulle evidenze: Linee guida, protocolli e procedure</b> <i>Indicatore:</i> 40 % di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario	<b>Obiettivo Raggiunto</b>	<b>Stato di attuazione</b>
	SI	L'efficacia del corso è stata valutata in sede di audit che risulta buona. La percentuale di personale sanitario formata è stata superiore all'obiettivo prefissato.
<b>Attività (2)</b>		
<b>Partecipazione a corsi con tematiche di Gestione dell'igiene degli ambienti e delle attrezzature</b> <i>Indicatore:</i> 50 % di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario	<b>Obiettivo Raggiunto</b>	<b>Stato di attuazione</b>
	SI	L'efficacia del corso è stata valutata in sede di audit che risulta buona. La percentuale di personale sanitario formata è stata superiore all'obiettivo prefissato.
<b>Attività (3)</b>		
<b>Partecipazione a corsi con tematiche di Prevenzione delle infezioni CVC e CV e Prevenzione delle VAP</b> <i>Indicatore:</i> 40 % di personale sanitario da formare/ TOT. Personale Sanitario	<b>Obiettivo Raggiunto</b>	<b>Stato di attuazione</b>
	SI	L'efficacia del corso è stata valutata in sede di audit che risulta buona.

		La percentuale di personale sanitario formata è stata superiore all'obiettivo prefissato.
--	--	---

<b>Attività (1)</b>		
<b>Verificare l'adozione della checklist di sicurezza operatoria</b>	<b>Obiettivo Raggiunto</b>	<b>Stato di attuazione</b>
<b>Indicatore</b> : Esaminare il 2 % del totale delle cartelle di ricovero al fine di valutare la presenza della checklist, Redazione di report finale	SI	Le cartelle in fase di controllo vengono verificate e risultano tutte provviste di Checklist
<b>Attività (2)</b>		
<b>Monitoraggio della qualità dei processi erogati attraverso audit interni</b>	<b>Obiettivo Raggiunto</b>	<b>Stato di attuazione</b>
<b>Indicatore:</b> Eseguire almeno 4 azioni di audit nell'anno- Redazione di altrettanti report	SI	Sono stati eseguiti n. 4 audit organizzativi sui requisiti del DCA accreditamento

### 3. Obiettivi ed Attività per la gestione del rischio infettivo ANNO 2025

<b>Obiettivo 1</b>	<b>Piano d'azione locale per l'igiene delle mani</b>
<b>Obiettivo 2</b>	<b>Monitoraggio, prevenzione e controllo delle infezioni device correlate</b>
<b>Obiettivo 3</b>	<b>Vigilanza standard di igiene ambientale</b>

#### Attività per obiettivo n. 1:

##### - Adesione del personale sanitario alla corretta igiene delle mani

<b>INDICATORE DI MONITORAGGIO</b>	<b>STANDARD DA RAGGIUNGERE</b>	<b>RESPONSABILITÀ'</b>	<b>NOTE</b>

<b>OPERATORI CHE RISPETTANO I TEMPI DI LAVAGGIO /N. OPERATORI CONTROLLATI</b>	<b>100%</b>	<b>COORD INF (HOSPICE, RSA,SUAP)</b>	<b>INSERIMENTO TIMER CON IMPOSTAZIONE E TEMPI DI LAVAGGIO IN MERITO A TALE METODO SI PIANIFICA PER L'ANNO 2026 LA FORMAZIONE DEGLI OSSERVATORI</b>
<b>N. INFEZIONI CORRELABILI AL NON CORRETTO LAVAGGIO DELLE MANI/N. TOTALE INFEZIONI INSORTE</b>	<b>0</b>	<b>COORD INF. RISK-MANAGER</b>	<b>NON RISULTANO INFEZIONI CORRELABILI AL NON CORRETTO LAVAGGIO MANI</b>

**- Consumo di soluzione idroalcolica per l'igiene delle mani (media andamento mese)**

<b>INDICATORE DI MONITORAGGIO</b>	<b>STANDARD DA RAGGIUNGERE</b>	<b>RESPONSABILITA'</b>	<b>NOTE</b>
<b>N. Litri consumati/N. pazienti gestiti</b>	<b>10 litri/mese</b>	<b>Uff. Acquisti Risk M.</b>	<b>Raggiunto e riconfermato per l'anno 2026</b>
<b>N. richieste pervenute dai singoli servizi-pazienti UO/n.</b>	<b>6 litri/60 pazienti (RSA) 2litri/14 pazienti (HOSPICE)</b>	<b>Uff. Acquisti Risk M.</b>	<b>riconfermato per l'anno 2026</b>

gestiti dal singolo servizio-	2 litri/ 14 pazienti (SUAP)	Coord.. Inf.servizi -UO	
-------------------------------	-----------------------------	----------------------------	--

- Consumo di sapone per l'igiene delle mani (media andamento mese)

INDICATORE DI MONITORAGGIO	STANDARD DA RAGGIUMGERE	RESPONSABILITA'	NOTE
N. Litri consumati/N. pazienti gestiti	100 litri/mese	Uff. Acquisti Risk M.	Raggiunto e riconfermato per l'anno 2026
N. richieste pervenute dai singoli servizi-UO/n. pazienti gestiti dal singolo servizio-	50 litri/60 pazienti 45 litri/14 pazienti 45 litri /14 pazienti	Uff. Acquisti Risk M. Coord.. Inf.servizi	riconfermato per l'anno 2026

- Corretto mantenimento dei dispenser di soluzione alcolica

INDICATORE DI MONITORAGGIO	STANDARD DA RAGGIUMGERE	RESPONSABILITA'	NOTE
N.Dispenser presenti in Struttura/n. ambienti interessati	100%	Uff. Acquisti Risk M. Coord. Inf. servizi -	100%
N.Dispenser funzionanti presenti in Struttura/n. dispenser totali	100%	Uff. Acquisti Risk M. Coord.. Inf. servizi -	100%
N. richieste di sistemazione di dispenser /N. dispenser riscontrati non idonei	100%	Uff. Acquisti Risk M. Coord.. Inf. servizi	0

- Progettazione ed esecuzione della campagna di sensibilizzazione all'igiene delle mani per operatori, visitatori e pazienti

<b>INDICATORE DI MONITORAGGIO</b>	<b>STANDARD DA RAGGIUMG ERE</b>	<b>RESPONSABILI TA'</b>	<b>NOTE</b>
<b>N. cartelli affissi /N. ambienti interessati</b>	<b>100%</b>	<b>Direzione Struttura Risk M. Coord. Inf. srvizi -</b>	<b>100%</b>
<b>N.Cartelli affissi/n. dispenser totali</b>	<b>100%</b>	<b>Direzione Struttura Risk M. Coord.. Inf. servizi -</b>	<b>100%</b>
<b>N. eventi organizzati /N. utenti gestiti</b>	<b>100%</b>	<b>Uff. Acquisti Risk M. Coord.. Inf. servizi -</b>	<b>Evento pianificato per l'anno 2025 un video che coinvolge tutti gli operatori che si lavano correttamente le mani da proiettare su tutti i punti della struttura dove c'è disponibilità di una TV (Rinviato all'anno 2026)</b>

**Attività per obiettivo n. 2:**

- **Realizzazione della campagna di vaccinazione antinfluenzale per operatori sanitari**

INDICATORE DI MONITORAGGIO	STANDARD DA RAGGIUMG ERE	RESPO NSABIL ITA'	NOTE
Incontri con gli operatori periodici per spiegare l'importanza del vaccino /n. totale degli operatori	Garantire a possibilità a tutti in ragione dei turni	Risk M. Coord. Inf. srvizi -	E' stato consentito agli opeartori libertà nell'organizzaz ione del vaccino
N. cartelli affissi per i familiari/utenti per invogliare alla vaccinazione /N. ambienti idonei	100%	Risk M. Coord.. Inf. servizi -	Risultano affissi cartelli nelle aree comuni

**- Organizzazione sedute di vaccinazione anti influenzale per operatori sanitari**

INDICATORE DI MONITORAGGIO	STANDAR D DA RAGGIUM GERE	RESPONSABILI TA'	NOTE
N.operatori vaccinati /n. totale degli operatori	100%	Risk M. Coord. Inf. servizi -	Raggiunto obiettivo riconfermato per l'anno 2026
N. totale sedute di vaccinazione interne/N. totale operatori	Garantire a possibilità a tutti in ragione dei turni	Risk M. Coord.. Inf. servizi	Raggiunto obiettivo riconfermato per l'anno 2026
N. cartelli affissi per i familiari/utenti per invogliare alla vaccinazione /N. ambienti idonei	100%	Risk M. Coord.. Inf. servizi -	Raggiunto : sono stati affissi cartelli nelle aree comuni ; obiettivo riconfermato per l'anno 2026

**Attività per obiettivo n. 2:**

**Monitoraggio % infezioni correlate all'uso del Catetere Urinario**

INDICATORE DI MONITORAGGIO	STANDARD DA RAGGIUMGERE	RESPONSABILITA'	NOTE
N. inf. insorte dopo 48 ore dal ricovero /n. totale dei pazienti cateterizzati nel periodo in esame	0	Risk M. Coord. Inf. servizi	Non monitorato all'anno 2026

**Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso sulla prevenzione delle infezioni correlate all'uso del CU**

INDICATORE DI MONITORAGGIO	STANDARD DA RAGGIUMGERE	RESPONSABILITA'	NOTE
N. operatori partecipanti al corso di formazione sulla prevenzione delle infezioni correlate all'uso del CU /N. totale operatori invitati	100%	Risk M. Coord. Inf. servizi -	70%

**Attività per obiettivo n. 3**

**Esecuzione di Safety Walk Around (SWA) per verifica degli standard di igiene ambientale**

INDICATORE DI MONITORAGGIO	STANDARD DA RAGGIUMGERE	RESPONSABILITA'	NOTE
N. Safety Walk Around (SWA) con esito negativo /N.totale Safety Walk Around (SWA) eseguiti	0%	Risk M. Direzione	MANCATO MONITORAGGIO RINVIATO ALL'ANNO 2026

periodo in esame			
N. NC risolte nei tempi pianificati/N. NC totali emerse nel periodo in esame	100%	Risk M. Direzione Funzioni coinvolte	MANCATO MONITORAGGIO RINVIATO ALL'ANNO 2026

- Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso relativo agli standard di pulizia ambientali assistenziali

INDICATORE DI MONITORAGGIO	STANDARD DA RAGGIUMGERE	RESPONSABILITA'	NOTE
N. controlli sulla pulizia con esito negativo nei singoli ambienti /N.totale dei controlli eseguiti nei singoli ambienti nel periodo in esame	0 %	Risk M. Coord. Inf. - Servizi	100% Controlli eseguiti mediante check list di controllo pulizie

#### 4. Modalità di diffusione del documento

Il presente documento viene pubblicato nella sezione dedicata del sito internet della struttura e verrà diffuso agli operatori nel corso di un incontro pianificato per la 2 settimana di Aprile con i Responsabili Medici dei singoli setting RSA, Hopsice, SUAP.