

SOMMARIO

1. PRESENTAZIONE DELLA STRUTTURA	2
2. DATI DI ATTIVITA' E DI PRODUZIONE.....	5
3. ORGANIZZAZIONE AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO.....	5
3.1 RISK MANAGEMENT (RM).....	5
3.1.1 Sistema di controllo.....	6
3.1.2 Supporti al RM	6
4. STRUMENTI E FONTI INFORMATIVE SULLA SICUREZZA DELLE CURE.....	6
4.1 INCIDENT REPORTING.....	6
4.2 RECLAMI E SINISTRI.....	11
4.3 INFORTUNI OPERATORI	13
4.4 INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (SISTEMA SORVEGLIANZA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI).....	14
4.5 LESIONI DA PRESSIONE.....	17
4.6 ANALISI CARTELLE CLINICHE	19
4.7 DISCUSSIONE CASI CLINICI E FOCUS GROUP.....	19
5. FORMAZIONE.....	20
6. SIMULAZIONE EMERGENZE BLS-D NELLE AREE DI DEGENZA.....	21

Data di redazione	Firma Direttore Sanitario – Dott. Antonio De Tanti
31 marzo 2025	

1. PRESENTAZIONE DELLA STRUTTURA

Il Centro Cardinal Ferrari è un centro per la riabilitazione neurologica, esperto nella riabilitazione delle disabilità secondarie ai gravi traumi cranio encefalici e alle cerebrolesioni acquisite. Dal 2008 fa parte di Santo Stefano Riabilitazione, uno dei principali gruppi per la riabilitazione in Italia, che opera attraverso una rete di strutture operative di degenza e ambulatoriali, organizzate in base ai bisogni riabilitativi, assistenziali e di competenze cliniche dei pazienti.

Il Centro Cardinal Ferrari è dotato di 91 posti letti per il ricovero in regime ordinario o day hospital e di 12 posti letto residenziali socio assistenziali dedicati a pazienti con gravissima disabilità acquisita (GRADA). Il Centro Cardinal Ferrari è una clinica privata, accreditata (che significa che, per l'attività sanitaria, **opera in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale**) ed è inserito nella rete regionale delle Gravi Cerebrolesioni Acquisite come punto di riferimento esperto per l'Emilia Occidentale (**Rete GRACER**) e nella rete regionale riabilitativa **H&S per le Gravi Disabilità in età Evolutiva**.

Il progetto "Centro Cardinal Ferrari" nasce dalla necessità di soddisfare le esigenze riabilitative legate al progressivo aumento del numero di pazienti con disabilità secondarie ai gravi traumi cranio encefalici e alle cerebrolesioni acquisite.

Durante il percorso riabilitativo ogni persona viene affidata ad un medico di riferimento che ha la responsabilità sia di **realizzare un progetto riabilitativo personalizzato**, sia di **coordinare il team** che accompagna il paziente e la sua famiglia verso il raggiungimento degli obiettivi riabilitativi attraverso **le diverse Aree Funzionali**. Ogni Area Funzionale è coordinata da un Medico Referente:

Area Rossa (terzo piano): gli obiettivi riabilitativi prevalenti per i pazienti che afferiscono a quest'area sono il completamento della stabilizzazione delle condizioni generali, lo svezzamento progressivo dai presidi invasivi (cannula tracheale, catetere venoso centrale, PEG, ecc), monitoraggio del disturbo di coscienza e regolazione della stimolazione sensoriale.

Area Gialla (secondo piano): gli obiettivi riabilitativi perseguiti in quest'area sono prevalentemente connessi al trattamento di disturbi di carattere cognitivo e comportamentale. In quest'area sono concentrate competenze di tipo psicofarmacologico, psicologico e neuropsicologico.

Area Azzurra (secondo piano): l'elemento unificante diventa l'età del paziente preso in carico. In quest'area sono trattati i pazienti con Gravi Disabilità in Età Evolutiva.

Area Verde (primo piano): Nei pazienti che afferiscono a quest'area prevale la disabilità secondaria a patologia del movimento con necessità di attivare programmi complessi e mirati di riabilitazione neuromotoria, anche con programmi specifici per i trattamenti della spasticità focale e generalizzata, blocchi neuromuscolari con tossina botulinica, casting di correzione progressivo, pompa intratecale al baclofen, chirurgia funzionale si associano alle tradizionali tecniche di riabilitazione neuromotorie e di terapia farmacologica per via orale.

Area del Day Hospital (piano rialzato): in cui l'elemento unificante diviene la fase temporale del processo riabilitativo e la necessità di maggior integrazione tra riabilitazione medica e riabilitazione sociale, con stretto coinvolgimento del nucleo familiare del paziente. Gli spostamenti del paziente all'interno della struttura sono connessi alla variazione dei bisogni.

Presso il centro è operativo anche un **Poliambulatorio** aperto al pubblico che opera in regime privato.

Visite Specialistiche

- Medicina fisica e riabilitativa
- Neurologia
- Ortopedia
- Otorinolaringoiatria
- Oculistica
- Pneumologia
- Psicologia clinica
- Psichiatria
- Diagnostica per immagini-radiologia diagnostica

Prestazioni Diagnostiche

- Radiologia tradizionale senza mezzi di contrasto
- Ecografia diagnostica
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Potenziali evocati
- Analisi strumentale del movimento
- Neuropsicologia
- Psicodiagnostica
- Esami ematochimici

Prestazioni Riabilitative

- Medicina fisica e riabilitazione (ortopedica e neuromotoria, anche in acqua)
- Realtà virtuale
- Prescrizione e fornitura ausili
- Riabilitazione della voce e dell'articolazione
- Riabilitazione del linguaggio
- Riabilitazione della deglutizione
- Terapia occupazionale
- Riabilitazione neuropsicologica
- Blocchi neuromuscolari con tossina botulinica
- Psicoterapia
- Riabilitazione ortottica

Il Centro Cardinal Ferrari è collocato all'interno di uno stabile di sei piani.

All'interno del centro vi sono palestre dotate di tutte le attrezzature necessarie all'attività riabilitative (letti speciali, ausili per la postura, verticalizzazione e deambulazione, strumenti per la rieducazione cognitiva, addestramento all'autonomia) che permettono di accogliere persone con ogni tipo di disabilità. Le palestre sono destinate al trattamento fisioterapico ed in particolare modo dedicate alla riabilitazione delle funzioni neuro-motorie. Oltre alle palestre, nella struttura, sono presenti spazi dedicati alla terapia occupazionale per ricreare momenti "di vita" domestica, sociale, lavorativa e sportiva, che includono

anche uno spazio dedicato “all’Orto Giardino” nel parco annesso alla struttura, una pista per esercitare la guida con carrozzina elettronica nel cortile antistante l’entrata dell’edificio.

Vi sono due spazi appositamente dedicati alla riabilitazione individuale, motoria e cognitiva, tramite l’applicazione della “realtà virtuale”.

Gli ambienti dedicati alla valutazione e al trattamento delle problematiche cognitive - comportamentali, del linguaggio e della comunicazione e delle problematiche della visione consentono ai tecnici della riabilitazione di usufruire di setting specificamente dedicati.

La piscina, la cui struttura e temperatura dell’acqua sono state studiate appositamente per finalità riabilitative – terapeutiche, con Fisioterapisti specializzati.

Il Ristorante Self-Service, che prima del COVID è sempre stato dedicato indistintamente agli ospiti, al personale, ai famigliari e ai visitatori, attualmente è utilizzato unicamente dagli operatori con un sistema di turnistica per evitare assembramenti; i pazienti non allettati consumano i pasti nelle salette dei reparti di degenza.

L’area di Degenza dispone di stanze a uno, due o tre letti ognuna con un armadio per ogni paziente, tutte accessibili con qualsiasi tipo di ausilio (carrozzina, deambulatore, sollevatore) e ciascuna con bagno attrezzato per i disabili. Sono inoltre disponibili stanze di degenza attrezzata per l’assistenza e il monitoraggio multiparametrico di pazienti clinicamente instabili, provenienti direttamente dalle Unità di Rianimazione e Terapia intensiva.

Sono disponibili tutte le attrezzature necessarie a favorire la mobilità delle persone disabili (carrozze, deambulatori e sollevatori).

Tutti gli ambienti sono climatizzati.

All’ultimo piano della struttura sono presenti delle stanze di foresteria dedicate ai famigliari.

Il Centro Cardinal Ferrari ha accolto nel 2024 n. 311 ricoveri ordinari e n. 197 ricoveri in day hospital e day service.

Al Centro Cardinal Ferrari lavorano circa 210 persone con le seguenti professionalità: Medici (specialisti in Neurologia, Medicina Fisica e Riabilitativa, Pneumologia, Geriatria, Radiologia, Ecografia, Neuroftalmologia, Neurochirurgia, Cardiologia, Otorinolaringoiatria, Chirurgia Ortopedica Funzionale, Neuropsichiatria Infantile), Infermieri, Psicologi, Fisioterapisti, Logopedisti, Terapisti Occupazionali, Terapisti della Neuro e Psicomotricità dell’età evolutiva, Ortottisti, Educatori Professionali, OSS, Ausiliari, Tecnico di Radiologia, Tecnico di Neurofisiopatologia,

2. DATI DI ATTIVITA' E DI PRODUZIONE

	Budget 2024
PRESENZA MEDIA GIORNALIERA (pazienti)	80,24
Media giornate Cod 56	18,03
Media giornate Cod 75	62,22
Media accessi in d.h.	16,44
N° Accessi DH	4.521
TASSO OCCUPAZIONE DEI POSTI LETTO (%)	96,68%
% gg abbattuti cod. 56	9,81%
Media giornate GRADA	15,78

3. ORGANIZZAZIONE AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

3.1 Risk Management (RM)

La gestione dei rischi dell'attività negli ospedali è fondamentale per l'esigenza di salvaguardare la salute e l'integrità fisica di tutti coloro che sono all'interno (pazienti, utenti, visitatori, operatori sanitari), coinvolgendo il personale nella rilevazione, segnalazione e valutazione degli errori al fine del miglioramento della qualità delle cure.

Il Centro Cardinal Ferrari ha individuato un gruppo di riferimento aziendale per la gestione del rischio clinico coordinato da un Responsabile che si riunisce con frequenza circa semestrale (o in caso di necessità documentate) e composto da

- Medico Referente d'Area
- Dirigente Infermieristico
- Coordinatore U.F. Riabilitazione Neuromotoria
- Referente Sistema Qualità Aziendale

Il Responsabile e i componenti del gruppo del RM hanno il compito di verificare e monitorare i fattori di rischio (biologico, organizzativo, fisico, ecc.) all'interno della struttura a cominciare dai più frequenti:

- Individuano gli elementi critici dei processi in collaborazione con gli altri gruppi individuati all'interno del Centro (Gruppo Prevenzione Rischio Infettivo, Commissione per la prevenzione e cura delle lesioni da decubito, Comitato Ospedale senza Dolore ecc.).
- Verificano le schede di segnalazione pervenute e adottano provvedimenti
- Recepiscono e discutono i risultati della Customer Satisfaction con le relative criticità
- Informano tutti gli operatori con riferimento particolare all'utilizzo dello strumento dell'Incident Reporting
- Propongono azioni correttive (audit per es.), piani di miglioramento e procedure conseguenti

3.1.1 Sistema di controllo

Il sistema di monitoraggio si basa su:

- Raccolta ed analisi di segnalazioni (Eventi Sentinella, Eventi Avversi o quasi Eventi) da personale sanitario e/o non sanitario che possono anche essere fornite in via anonima
- Rapporto periodico del gruppo del Risk Management
- Osservazioni, suggerimenti e reclami come definito nella apposita procedura **Gestione di osservazioni/suggerimenti e reclami**

3.1.2 Supporti al RM

All'interno del Centro Cardinal Ferrari sono promossi:

- Audit clinici
- Briefing, discussione di casi clinici sia all'interno delle singole equipe (Medici, Fisioterapisti, Psicologi, Logopedisti, Infermieri) che multidisciplinari
- Safety Walk Around
- Segnalazioni confidenziali anonime da porre nelle cassette a tutti i piani
- Formazione

4. STRUMENTI E FONTI INFORMATIVE SULLA SICUREZZA DELLE CURE

4.1 Incident Reporting

Letteratura/Normativa di riferimento

- Legge Regionale 34/98
- DGR 327/2004
- Legge 626/94 e D.Lgs n.81/2008
- Ministero della Salute: Linee guida per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in Sanità. Roma, giugno 2011
- Ministero della Salute Ufficio III: L'Audit Clinico. Roma maggio 2011
- Ministero della Salute – Ufficio III – Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: manuale per la formazione degli operatori sanitari
- Progetto “Sistema di Incident Reporting (Risk Management)” – Regione Emilia-Romagna, 2003
- Basini V., Cinotti R. Damen V. La Root Cause Analysis per l'analisi del rischio nelle strutture sanitarie dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia Romagna, Bologna 2006; 130
- Raccomandazione regionale per la prevenzione della violenza a danno degli operatori sanitari. Giugno 2010
- Procedura KOS “Procedura per la rilevazione e tracciatura degli eventi cadute e istruzioni utilizzo applicativo”
- Istruzione operativa KOS “Istruzione operativa per la valutazione del rischio cadute”
- Art. 1913 del Codice Civile
- Art. 1915 del Codice Civile

- Nuove linee di indirizzo per la elaborazione del piano-programma annuale per la sicurezza delle cure e della rendicontazione annuale nelle organizzazioni sanitarie della Regione Emilia-Romagna – Marzo 2023

Descrizione strumento/flusso informativo

L'incident reporting è tra gli approcci di analisi reattiva ai rischi uno dei più utilizzati. Il sistema di Incident Reporting è la modalità di raccolta delle segnalazioni in modo strutturato di eventi allo scopo di fornire una base di analisi, predisposizione di strategie e azioni correttive e di miglioramento per prevenirne il ri-accadimento futuro. L'Incident Reporting consiste nella registrazione e raccolta di schede anonime nelle quali gli operatori effettuano una segnalazione di evento avverso.

Attraverso l'analisi della scheda di segnalazione si possono raccogliere una serie di informazioni per tracciare il percorso che ha "determinato" il verificarsi dell'evento avverso. Le informazioni richieste nella scheda di segnalazione per l'Incident Reporting sono:

- la descrizione dell'evento
- il luogo dove è avvenuto l'evento
- le persone coinvolte
- la tipologia delle prestazioni fornite al momento dell'errore (prestazioni urgenti o programmate)
- la gravità dell'evento (grave, medio, lieve)
- indicazione, da parte dell'operatore che lo segnala, delle cause dell'errore (distinti in fattori umani, tecnologici, infrastrutturali)

Il sistema di Incident Reporting è utile non solo per la segnalazione degli eventi avversi ma anche per la segnalazione dei "quasi eventi" (near miss). Questi ultimi infatti consentono di raccogliere un numero maggiore di segnalazioni e quindi di informazioni, inoltre gli operatori sono maggiormente disposti alla segnalazione (non essendo coinvolti emotivamente) e consente di imparare e individuare le criticità del sistema prima che avvengano danni più seri. Un limite di tale strumento è la sottostima o la sovrastima degli eventi a seconda della "sensibilità" del segnalatore. I dati raccolti pertanto non hanno validità per stimare la prevalenza o l'incidenza di un evento perché ad esempio un elevato numero di segnalazioni (di eventi o quasi eventi) non indica un minor livello di sicurezza e viceversa un numero ridotto di segnalazioni non corrisponde necessariamente ad un elevato livello di sicurezza perché in entrambi i casi entra in gioco la propensione alla segnalazione del singolo professionista. L'incident reporting è perciò da intendersi come uno strumento di apprendimento continuo per rilevare criticità e implementare azioni di miglioramento.

Analisi del rischio ed eventuali criticità/Aree di intervento

Sono individuati e monitorati i rischi più frequenti

- cadute accidentali;
- rischio biologico da ferite accidentali da acuminati e taglienti
- rischio biologico da legionella per utenti, operatori e famigliari;
- rischio connesso al sollevamento e trasporto pazienti o altro trauma da lavoro per gli operatori

- rischio clinico legato strettamente all'assistenza, che può incorrere a causa di terapie, interventi per diagnosi, ecc.

Ogni evento accidentale viene segnalato sull'apposito modulo regionale (denominato Scheda di Segnalazione Spontanea degli Eventi) che è stato implementato con appositi box per rilevare la segnalazione delle cadute e la segnalazione violenza a danno degli operatori sanitari.

Le modalità di segnalazione e le relative azioni da intraprendere sono contenute in apposite procedure tra cui **Continuità dell'assistenza in caso di emergenza clinica e/o organizzativa, Post-esposizione ad agenti biologici a trasmissione parenterale, Controlli e azioni per prevenire l'insorgenza di casi di legionellosi, Infortuni sul lavoro, Gestione dell'emergenza tecnologica ecc.** Inoltre Il Centro Cardinal Ferrari utilizza nella pratica clinica i documenti del gruppo KOS *"Istruzione operativa per la valutazione del rischio cadute"*. Al riguardo esiste anche una Rete intranet aziendale che consente tramite un applicativo di inserire i dati relativi alle cadute da parte dei Coordinatori Infermieristici.

La tabella seguente riporta le principali tipologie di eventi avversi rilevati.

Tipologia evento	Numero di segnalazioni 2023	Numero di segnalazioni 2024
Problema gestione farmaco (non corretta identificazione farmaco, reazione da farmaco a seguito di errore terapeutico, inadeguata/mancata/ritardata preparazione, prescrizione, somministrazione farmaco)	6	3
Problema procedura diagnostica (ritardata/inadeguata/mancata)	0	6
Problema procedura terapeutica (ritardata/inadeguata/mancata)	1	0
Problema prestazione assistenziale (ritardata/inadeguata/mancata)	1	1
Identificazione paziente/lato/sede	1	2
Problema gestione apparecchiature (malfunzionamento/inadeguato uso di dispositivo/apparecchiatura)	4	4
Infezione correlata all'assistenza	0	0
Contaminazione di presidi medico chirurgici	0	1
Inadeguata postura/decubito (con o senza lesione)	0	0
Evento collegato alla gestione delle vie aeree	0	0
Evento collegato a somministrazione sangue	0	0
Complicanza clinica non prevedibile	0	0
Evento collegato a problema strutturale/impiantistico	0	1
Allontanamento paziente		3
Evento correlato alla gestione della documentazione sanitaria		3
Suicidio/tentato suicidio (in ambito extraospedaliero)		0
Violenza/eteroaggressività verso paziente/familiare/caregiver (no verso operatore e tra colleghi)		0
Altro evento (escluse cadute del paziente e violenze su operatore)	12	15
Totale	25	39

CADUTE IN RICOVERO ORDINARIO E DAY HOSPITAL	2023	2024
Numero totale di cadute di degenti	45	34
Numero totale di cadute di degenti senza danno	16	19
Numero totale di cadute di degenti con danno da minore* a moderato**	29	15
Numero totale di cadute di degenti con danno maggiore***	0	0

AGGRESSIONI VERSO OPERATORI DA PARTE DI PAZIENTI / CARE GIVER	2023	2024
N. TOTALE AGGRESSIONI, DI CUI	10	18
FISICHE	4	7
VERBALI	5	11
FISICHE E VERBALI	1	0
N. OPERATORI AGGREDITI	12	26

Interventi/azioni correttive e di miglioramento/ prospettive future

TIPOLOGIA EVENTI AVVERSI	AZIONI INTRAPRESE
Problemi gestione farmaco	Anno 2024 - 2025 Negli ultimi due mesi del 2024 si è riscontrato un calo degli errori probabilmente attribuibile all'introduzione in via sperimentale della cartella clinica elettronica che continuerà nel 2025.
Problemi procedure diagnostiche	Anno 2024 La maggior parte delle segnalazioni (5 su 6) ha riguardato errori nella gestione degli esami di ematici dovuti al cambio di laboratorio analisi e del relativo gestionale a metà 2024. Sono stati condivisi gli eventi con il laboratorio trovando di comune accordo soluzioni per evitare nuovi accadimenti.
Cadute	Anno 2023 Si continua con la compilazione della Scala di Conley. Il personale si dimostra molto sensibilizzato al problema: si riscontra infatti una puntuale segnalazione degli eventi cadute.
Violenza a danno di operatori sanitari	Anno 2024 Si è continuato con la sensibilizzazione al personale sanitario circa l'opportunità di segnalare gli eventi sull'apposito modulo (inserito nella scheda regionale di Segnalazione Spontanea degli Eventi) che ha dato un riscontro positivo, visto l'elevato numero di segnalazioni. La Direzione aziendale ha effettuato colloqui con gli operatori aggrediti e con gli aggressori per ribadire a questi ultimi che gli episodi non sono tollerabili. Nel 2024 è stata organizzata una formazione FAD di n. 1 ora sulla "DE-ESCALATION, la gestione dei comportamenti aggressivi" alla quale hanno partecipato 120 operatori (v. anche al paragrafo FORMAZIONE) Anno 2025 Fra Gennaio e Febbraio si sono svolte n. 5 edizioni di un corso in presenza di n. 4 ore "DE-ESCALATION, la gestione dei comportamenti aggressivi, tecniche e strumenti" con n. 108 operatori partecipanti (v. anche al paragrafo FORMAZIONE)

4.2 Reclami e sinistri

Letteratura/Normativa di riferimento

Sistema Informativo segnalazioni URP in Sanità RER Luglio 2003

Descrizione strumento/flusso informativo

La Struttura ha attivato meccanismi atti ad assicurare la disponibilità di dati utili alla misurazione del livello di soddisfazione dei Clienti relativamente ai servizi esplicitati dalla Struttura.

L'utente della Struttura ha inoltre il diritto a sporgere reclamo ogniqualvolta rilevi il mancato rispetto dei propri diritti. Gli operatori che hanno contatto con il pubblico con mansioni di assistenza e servizio devono registrare qualsiasi reclamo presentato e prospettare la possibilità di inoltrare reclamo scritto alla Struttura.

La procedura **Gestione di osservazione/suggerimenti e reclami** definisce, a tale proposito:

- le modalità di raccolta dei reclami/disservizi (scritti e verbali)
- il rilevamento del grado di soddisfazione dell'ospite ricoverato

Le modalità di risarcimento danni sono definite nella procedura **Gestione dei rischi**

Analisi del rischio ed eventuali criticità/Aree di intervento

Vengono monitorizzati i seguenti indicatori

1. Numero di segnalazioni scritte o rilevate formalmente dai coordinatori
2. Percentuale delle risposte scritte/colloqui chiarificatori

INDICATORE	SEGNALAZIONI	
	2023	2024
Numero di segnalazioni scritte o rilevate formalmente (valore assoluto)	20	12
Percentuale di risposte scritte/colloqui ai reclami non anonimi (percentuale)	72%	50%

La principale tipologia di reclamo ha riguardato la gestione della biancheria piana.

Interventi/azioni correttive e di miglioramento/ prospettive future

Le segnalazioni sono servite alla Direzione per poter procedere ad una revisione degli accordi contrattuali con l'azienda appaltatrice.

L'abbassamento della percentuale delle risposte scritte/colloqui è giustificabile in quanto sono state fornite informazioni generali in tutta le aree di degenza quando si è risolto il problema con l'azienda appaltatrice.

TABELLA SINISTRI

ANNO	N. SINISTRI APERTI	N. SINISTRI LIQUIDATI	RISARCIMENTI EROGATI
2020	5	1	50.000
2021	0	0	-
2022	2	0	-
2023	0	2	1.000
2024	3	1	25.000

Di seguito i dettagli relativi alla **copertura assicurativa**:

Compagnia Assicuratrice: Am Trust Assicurazioni S.p.A.
Numero di Polizza: RCH00020000196
Certificato Kos Area Rehab n.: RCH00020000209
Rischi assicurati: Responsabilità Civile verso Terzi
Responsabilità Civile verso Prestatori di Lavoro
Responsabilità Professionale Sanitaria

4.3 Infortuni operatori

Letteratura/Normativa di riferimento

- D.Lgs. 81/2008 – Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro
- Linee di indirizzo per la sorveglianza sanitaria degli operatori delle aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna – Luglio 2014

Descrizione strumento/flusso informativo

Il Documento di Valutazione dei rischi (DVR) dà evidenza dell'effettuazione della valutazione dei rischi aziendali illustrando nel dettaglio il complesso delle azioni di valutazione attuate, i criteri adottati e le contromisure intraprese a garanzia della sicurezza. Si tratta di uno strumento dinamico che deve essere necessariamente aggiornato per consentire la visione globale dei rischi emergenti ed il miglioramento nel tempo dei livelli di sicurezza.

Analisi del rischio ed eventuali criticità/Aree di intervento

INDICATORE	SEGNALAZIONI	
	2023	2024
Infortunio a rischio biologico	5	4
Movimentazione carichi	1	1
Infortuni in itinere	4	1
Cadute	2	0
Violenza su operatore	1	1
Altri infortuni	4	3

Interventi/azioni correttive e di miglioramento/ prospettive future

- V. nella tabella
TIPOLOGIA EVENTI AVVERSI: Violenza a danno di operatori sanitari
AZIONI INTRAPRESE
- Infortuni a rischio biologico: la sensibilizzazione degli operatori all'utilizzo dei DPI rimane il punto cardine degli interventi aziendali nella prevenzione di questo tipo di infortunio. Si continua con interventi di controllo e confronto con gli operatori
Programmato per il 2025 corso in modalità FAD asincrona di n. 1 ora sulla Movimentazione Rifiuti Speciali che prevede la partecipazione oltre che di OSS e Ausiliari, anche degli Infermieri che utilizzano i contenitori dei rifiuti speciali (pungenti e non).

Il documento generale di **Valutazione dei rischi** (DVR), ai sensi del D.Lgs. 09.04.2008 n. 81 art. 17 co.1, come mod.dal D. Lgs.106/09, è stato aggiornato a Giugno 2023.

4.4 Infezioni correlate all'assistenza (sistema sorveglianza enterobatteri produttori di carbapenemasi)

Letteratura/Normativa di riferimento

- Lotta contro le infezioni ospedaliere: Circolare Ministero della Sanità n. 52/1985.
- Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza Circolare Min. Sanità 30.01.1988, n.8
- Piano Aziendale per la Prevenzione ed il Controllo delle Infezioni.
- DGR n. 318/2013 "Linee di indirizzo alle aziende per la gestione del rischio infettivo: infezioni correlate all'assistenza e uso responsabile di antibiotici"
- Indicazioni pratiche e protocolli operativi per la diagnosi, la sorveglianza e il controllo degli Enterobatteri produttori di carbapenemasi nelle strutture sanitarie e socio sanitarie, Gennaio 2013, Regione Emilia Romagna

Descrizione strumento/flusso informativo

E' in atto un programma di sorveglianza di laboratorio con particolare riferimento ai microrganismi resistenti e multiresistenti. I dati raccolti per il 2024 sono rappresentati nelle seguenti tabelle.

Tabella 1 Colturali totali per tipologia	
Emocolture	522
Urinocolture	72
Urinocolture da CV	531
Tamponi cutanei	22
Coprocolture	19
BAL	74
Ricerca clostridium difficile	98
Tamponi rettali CRE	197

Per un utile confronto si riportano i colturali effettuati in area Rossa dove sono ricoverati pazienti ad elevata complessità assistenziale, immunodepressi, portatori di device, sottoposti a trattamenti invasivi e a trattamenti farmacologici prolungati.

- 373 emocolture su 522 totali
- 347 urinocolture da CV su 531
- 69 BAL su 74 totali
- 77 ricerche clostridium difficile su 98 totali

Tabella 2. Colturali positivi suddivisi per area e per microrganismo

	A. ROSSA	A. AZZURRA	A. GIALLA	A. VERDE	A. GRADA	totali CCF
n° isolati morganella morganii	3			1		4
n° isolati streptococcus agalactiae				1		1
n° isolati streptococcus agalactiae XDR					1	1
n° isolati streptococcus oralis				1		1
n° isolati candida albicans	2					2
n° isolati enterobacter aerogenes	1					1
n° isolati enterobacter cloacae ssp cloacae		4				4
n° isolati staphilococcus aureus	7		1			8
n° isolati staphilococcus aureus XDR	4		1		1	6
n° isolati providencia stuartii	1			2		3
n° isolati providencia stuartii XDR	6		1	3	2	12
n° isolati serratia marcescens XDR	1			1		2
n° isolati Acinetobacter baumannii	1	1	1	1		4
n° isolati Acinetobacter baumannii XDR	6				1	7
n° isolati citrobacter breakii XDR	1					1
n° isolati citrobacter koseri	3		3	1	1	8
n° isolati enterococcus faecalis	9		1	3		13
n° isolati enterococcus faecalis ESBL					1	1
n° isolati enterococcus faecalis XDR	15			3	1	19
n° isolati enterococcus faecium XDR	1	1		2		4
n° isolati Escherichia coli	30	1	3	9	15	58
n° isolati Escherichia coli XDR	3	1		3	7	14
n° isolati Escherichia coli ESBL	19	6	3		22	50
n° isolati Klebsiella oxytoca	1					1
n° isolati Klebsiella Pneumoniae	4	3	18	8	24	57
n° isolati Klebsiella Pneumoniae resistente ai carbapenemici	47	10	2	2	1	62
n° isolati Klebsiella Pneumoniae XDR	17	1	1	8	1	28
n° isolati morganella morganii XDR	3			4		7
n° isolati MRSA	16					16
n° isolati Proteus hauseri	1					1
n° isolati Proteus mirabilis	7	1	3	2	1	14
n° isolati Proteus mirabilis ESBL	32	20				52
n° isolati Proteus mirabilis XDR	9	1	5	4	2	21
n° isolati Pseudomonas aeruginosa	9	28	1	5	40	83
n° isolati Pseudomonas aeruginosa XDR	7	3	8	2	1	21
n° isolati serratia ureilytica	1					1
n° urinocoltura micrococcus luteus			1			1
SCREENING per Candida AURIS	5	4				9
Totali Aree di degenza	272	85	53	66	122	598

Analisi del rischio ed eventuali criticità/Aree di intervento

- In area rossa sono stati isolati 272 su 508 totali isolati batteri in 8882 giornate di degenza. Per un utile confronto si riporta il dato dell'anno 2023 dove erano stati isolati 440 batteri su un totale di 647 in 33181 giornate di degenza.
- Le urinocolture da catetere vescicale positive sono state 262 su un totale di 531.
- I batteri maggiormente rappresentativi sono stati:
 1. lo *Pseudomonas Aeruginosa* (83 isolati)
 2. la *Klebsiella Pneumoniae* resistente ai carbapenemici (62 isolati)
 3. l'*Escherichia Coli* (58 isolati)
 4. la *Klebsiella pneumoniae* (57 isolati)
 5. il *Proteus Mirabilis* Esbl (52 isoalti)
 6. l'*Escherichia Coli* Esbl (50 isolati)

Nel 2024 sono stati conclusi progetti di miglioramento iniziati nel 2023 quali:

- è stata revisionata, dal gruppo infermieristico dell'area Rossa, l'istruzione operativa "Attività infermieristiche prevalenti" (IOS 06) con particolare riferimento alla gestione del catetere vescicale, dei lavaggi vescicali.
- Sono stati organizzati momenti di incontro per sensibilizzare medici e infermieri allo svezzamento precoce dal catetere a permanenza tramite i cateterismi ad intermittenza e controllo ecografico dei volumi vescicali.
- è stata diffusa la pratica ecoguidata per il reperimento dei vasi venosi periferici per ridurre la necessità del posizionamento dei cateteri venosi centrali per le terapie endovenose prolungate.

Si continua a monitorare il consumo di alcol gel come indicatore di buona pratica per una corretta igiene delle mani.

Interventi/azioni correttive e di miglioramento / prospettive future

- partecipazione ad un progetto di stewardship allo scopo di una gestione attenta e responsabile di best practice per la prevenzione e gestione delle ICA con un percorso di sorveglianza attiva, sostenuta da percorsi mirati di formazione del personale sanitario e sensibilizzazione dei care-givers.

- utilizzare una scheda interna per la raccolta dati a compilazione medica per individuare le infezioni trattate
- formazione specifica per l'utilizzo di un gestionale informatico di statistica

4.5 Lesioni da pressione

Letteratura/Normativa di riferimento

- Powers GC, Lenter T, Nelson F et al. Validation of the mobility sub scale of the Braden Scale for predicting pressure sore risk. Nurs Res 2004; 53(5):340-3346.
- Agenzia Sanitaria Regionale (ASR), Regione Emilia-Romagna: "Raccomandazioni per la prevenzione delle lesioni da decubito". Dossier 94-2004; ISSN 1591 – 223 X
- Agenzia Sanitaria Regionale (ASR), Centro di documentazione per la salute, Regione Emilia-Romagna: "Prevalenza delle lesioni da decubito, uno studio della Regione Emilia-Romagna". Dossier 61-2002; ISSN 1591-223X
- Linee guida sulla prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito- evidence based nursing Bologna 2001
- Linee guida EPUAP 2015

Descrizione strumento/flusso informativo

Sotto il controllo della Direzione Sanitaria è stato identificato un Gruppo di lavoro permanente per il monitoraggio e lo studio degli approcci preventivi e curativi delle lesioni da decubito.

Tale gruppo è composto da un Medico, un Coordinatore Infermieristico, un Infermiere, un Fisioterapista.

Vengono effettuati:

- mensilmente una raccolta dati che viene analizzata dal gruppo di lavoro
- annualmente un report di prevenzione e sorveglianza delle lesioni da decubito che riporta dati relativi all'insorgenza e all'incidenza delle lesioni, utili per la prevenzione e la stima approssimativa dell'efficacia delle misure di controllo sia fisiche che mediche.

TABELLE LDD PRIMA / DURANTE IL RICOVERO SUDDIVISO PER LIVELLO DI RISCHIO BRADEN

RISCHIO	2023		2024	
	Già presenti all'ingresso	Durante Ricovero	Già presenti all'ingresso	Durante Ricovero
Alto	100	29	58	18
Medio	0	0	0	0
Basso	0	0	1	0
TOTALE	100	29	59	18

TABELLA SEDI INTERESSATE DA LDD

SEDE	2023	2024
Cavo popliteo	2	0
Coscia (trocantere + ginocchio)	11	7
Gamba	12	8
Bacino (gluteo + ischio + sacro)	70	44
Arto superiore	9	4
Piede + malleolo + tallone	49	35
Cranio	23	16
Rachide	4	3
Scapola	5	3
TOTALE	185	120

Analisi del rischio ed eventuali criticità/Aree di intervento e di miglioramento

Si evidenzia il calo delle lesioni da decubito nel 2024 rispetto al 2023

E' pianificata per il 2025 una edizione del corso "*Prevenzione, trattamento e monitoraggio delle lesioni da decubito*" per il personale infermieristico.

4.6 Analisi cartelle cliniche

Normativa di riferimento

Linee di indirizzo regionali in materia di controlli esterni ed interni dei produttori pubblici e privati di prestazioni sanitarie nella Regione Emilia-Romagna (DGR 354 del 26.03.2012 e Determina RER n.10449 del 07.08.2012 – Piano Annuale Controlli)

Descrizione strumento/flusso informativo

Con frequenza trimestrale vengono controllate a campione 15 cartelle cliniche (n. 3 per ogni Area di degenza: Rossa, Verde, Gialla, Azzurra e DH) relativamente ad una serie di items predeterminati.

Per ogni controllo trimestrale viene redatto un verbale sui risultati della verifica.

I controlli interni di cartelle vengono codificati nel tracciato SDO che viene inviato al Servizio Sistema Informativo Sanità della Regione Emilia-Romagna.

Analisi del rischio ed eventuali criticità/Aree di intervento e di miglioramento

La criticità maggiore evidenziata dai controlli è risultata essere la non puntuale compilazione dell'epicrisi che verrà superata con l'utilizzo della cartella clinica elettronica. Si è già constatato il superamento della criticità negli ultimi 2 mesi del 2024 quando è iniziata la sperimentazione di un modello di cartella clinica elettronica.

4.7 Discussione casi clinici e focus group

Per ogni Area di degenza il team riabilitativo multiprofessionale si riunisce settimanalmente per un confronto fra operatori sui singoli pazienti. Da questo confronto può scaturire un'eventuale revisione in itinere del programma riabilitativo.

5. FORMAZIONE

Di seguito la formazione svolta per migliorare l'assistenza al paziente e ridurre gli eventi avversi.

ANNO 2024				
TITOLO EVENTO FORMATIVO	FORM. INT. / EST.	TIPO DI FORMAZIONE	N. ORE	N. PARTECIPANTI
Sicurezza luoghi di lavoro – Formazione generale lavoratori	Interna	FAD ASINCRONA	4	3
Sicurezza luoghi di lavoro – Formazione rischio basso	Interana	FAD ASINCRONA	4	4
Sicurezza luoghi di lavoro – Formazione rischio alto	Interna	AULA VIRTUALE	12	27
Sicurezza luoghi di lavoro – Aggiornamento quinquennale	Interna	FAD ASINCRONA	6	30
Sicurezza luoghi di lavoro – Aggiornamento per RLS	Interna	AULA VIRTUALE	8	1
Sicurezza luoghi di lavoro - Formazione specifica preposti	Interna	AULA VIRTUALE	8	2
Sicurezza luoghi di lavoro – aggiornamento biennale preposti	Interna	AULA VIRTUALE	6	2
Formazione e approfondimento gestione sicurezza antincendio in strutture sanitaria (per Direttori)	Interna	IN PRESENZA	4	1
L'infezione da SARS-CoV-2	Interna	FAD ASINCRONA	2	11
Corso base antincendio	Interna	IN PRESENZA	16	7
Aggiornamento antincendio	Interna	IN PRESENZA	8	11
Rischio incendio e gestione emergenza per Addetti Evacuazione	Interna	IN PRESENZA	4	11
Corso per Ergoformatori	Interna	IN PRESENZA	27	1
Corso base BLSD adulto	Interna	IN PRESENZA	5	23
Corso base BLSD pediatrico	Interna	IN PRESENZA	5	10
ICA le infezioni correlate all'assistenza	Interna	FAD ASINCRONA	1	144
Formazione sulla DE-ESCALATION, la gestione dei comportamenti aggressivi	Interna	FAD ASINCRONA	1	120
La prevenzione dei maltrattamenti sul paziente	Interna	FAD ASINCRONA	1	118
L'ausilio ecografico nell'assistenza infermieristica	Esterna	IN PRESENZA	6	2

FORMAZIONE PROGRAMMATA PER IL 2025

per migliorare l'assistenza al paziente e ridurre gli eventi avversi.

TITOLO EVENTO FORMATIVO	FORM. INT. / EST.	TIPO DI FORMAZIONE	N. ORE	N. PARTECIPANTI
Sicurezza luoghi di lavoro – formazione generale	Interna	FAD ASINCRONA	4	5
Sicurezza luoghi di lavoro – formazione rischio alto	Interna	AULA VIRTUALE	12	20
Sicurezza luoghi di lavoro – aggiornamento quinquennale	Interna	FAD ASINCRONA	6	20
Sicurezza luoghi di lavoro – aggiornamento per RLS	Interna	AULA VIRTUALE	8	1
Sicurezza luoghi di lavoro – aggiornamento biennale preposti	Interna	AULA VIRTUALE	6	4
Sicurezza luoghi di lavoro – Movimentazione rifiuti speciali	Interna	FAD ASINCRONA	1	90
Corso base antincendio	Interna	IN PRESENZA	16	15
Prevenzione, trattamento e monitoraggio delle lesioni da decubito	Interna	IN PRESENZA	4	15
Movimentazione manuale carichi – corretto posizionamento dei pazienti – formazione base	Interna	IN PRESENZA	6	24
Movimentazione manuale carichi – corretto posizionamento dei pazienti – aggiornamento	Interna	IN PRESENZA	3	54
Corso base BLSD adulto	Interna	IN PRESENZA	5	24
Corso base BLSD pediatrico	Interna	IN PRESENZA	5	11
Corso ACLS	Esterna	IN PRESENZA	16	5
DE-ESCALATION, la gestione dei comportamenti aggressivi, tecniche e strumenti	Interna	IN PRESENZA	4	108

6. SIMULAZIONI EMERGENZE BLS-D NELLE AREE DI DEGENZA

PROGETTO PER IL 2025

Si continuano le simulazioni di emergenza BLS-D nelle aree di degenza, coinvolgendo Infermieri neo-assunti e personale OSS neo-assunto.

Come indicato anche nel paragrafo 5. FORMAZIONE, nel 2024 si sono svolte n. 2 edizioni del corso BLSD base (adulti); sono stati formati:

- n. 3 Medici
- n. 2 Coordinatori Infermieristici
- n. 2 Infermieri
- n. 6 OSS
- n. 1 Logopedista
- n. 1 Psicologa
- n. 4 Fisioterapisti
- n. 1 Terapista occupazionale

- n. 1 Ortottista
- n. 1 Educatore
- n. 1 Amministrativa

n. 1 edizione del corso BLSD base (pediatrico); sono stati formati

- n. 1 Medico
- n. 4 Infermieri
- n. 3 Fisioterapisti
- n. 1 Terapisti Occupazionale
- n. 1 Educatore

Nel 2025 sono state pianificate:

- n. 2 edizioni di corso BLSD base (adulti) da 5 ore per 24 operatori
- n. 1 edizioni di corso BLSD base (età pediatrica) da 5 ore per 11 operatori