

2025

RELAZIONE ANNUALE EVENTI AVVERSI

	RELAZIONE ANNUALE EVENTI AVVERSI	MARZO 2026
		Pag. 1/27

PREMESSA

La Legge 8 marzo 2017, n. 24 in materia di: “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”, prevede che le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie predispongano una relazione annuale consuntiva sugli *eventi avversi* verificatisi all’interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto tali accadimenti e sulle conseguenti iniziative messe in atto; è previsto inoltre che la medesima relazione venga pubblicata nel sito internet della struttura sanitaria.

Tale previsione richiama anche precedenti indirizzi normativi, come quelli contenuti nella Legge 28 dicembre 2015, n. 208 in cui si disponeva che tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivassero un’adeguata funzione per il monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management), anche per l’effettuazione di percorsi di audit o di altre metodologie finalizzate allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti, con segnalazione anonima del quasi-errore e analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari.

Il Decreto Ministeriale di istituzione dell’Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza in sanità del 29 settembre 2017 chiarisce poi ulteriormente quali sono gli accadimenti di interesse, considerando tutti gli “incidenti” correlati alla sicurezza delle cure, non solo quelli causativi di un danno (eventi avversi), ma anche quelli che non hanno determinato un danno (*eventi senza danno*) e i rischi (i cosiddetti “*quasi eventi/near miss*”: eventi che non si sono verificati, che “stavano per accadere” ma sono stati intercettati/impediti prima del loro verificarsi).

Si comprende pertanto quale sia lo spirito che anima tali dettati normativi che è quello di temperare tutte le esigenze: promuovere la sicurezza delle organizzazioni, garantendo la trasparenza nei confronti del cittadino (attraverso la pubblicazione nello proprio sito internet della presente relazione e anche dei dati relativi a tutti i risarcimenti erogati dell’ultimo quinquennio) e orientando la disponibilità dei ***dati alla rappresentazione dell’impegno che le stesse organizzazioni spendono per la sicurezza ed il miglioramento.***

La relazione annuale deve infatti contenere le “conseguenti iniziative messe in atto” predisposte e attuate a seguito dello studio delle cause degli accadimenti connessi alla sicurezza delle cure, che rappresentano quindi (specialmente in caso di near miss, eventi senza danno o con basso danno) delle opportunità di apprendimento per il miglioramento e l’incremento del livello di sicurezza.

L’impegno per la sicurezza passa quindi non soltanto dalla rilevazione degli “eventi avversi”, ma soprattutto dallo sforzo e dalla propensione alla “misurazione della sicurezza delle cure” e all’utilizzo delle relative fonti informative da cui attingere le informazioni. Vi sono infatti ampie evidenze sul fatto che le organizzazioni più affidabili sono quelle che mettono al centro della loro attenzione la misurazione ed il monitoraggio della sicurezza.

La misurazione della sicurezza del paziente non è tuttavia cosa semplice e richiede accuratezza ed estrema ricercatezza nell’interpretazione dei risultati.

In riferimento all’attuale contesto italiano, si può considerare almeno un set minimo di fonti sulla sicurezza, come nucleo informativo essenziale, che ogni organizzazione sanitaria dovrebbe presidiare; sono fonti informative già esistenti ed usualmente utilizzate nelle organizzazioni sanitarie di interesse per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio riconducibili a sistemi di segnalazione attiva (alcuni di questi obbligatori) da parte degli operatori sanitari (Incident Reporting, farmacovigilanza, dispositivo vigilanza, emovigilanza, ecc.) e altri che fanno riferimento a sistemi di segnalazione attiva da parte dei cittadini (ad esempio reclami e sinistri).

C’è comunque da fare un ragionamento di carattere generale rispetto alla quantificazione degli eventi avversi. In presenza di un aumento di eventi avversi identificati è complesso determinare se questo sia l’espressione di un peggioramento nelle performance dell’organizzazione sanitaria relative alla gestione del rischio o un miglioramento nella capacità di rilevare gli eventi. Si fa presente che i sistemi sanitari che investono nel miglioramento della sicurezza dei pazienti possono anche osservare un aumento del numero di eventi avversi registrati a breve termine. Questo non deve necessariamente essere interpretato come un deterioramento

	RELAZIONE ANNUALE EVENTI AVVERSI	MARZO 2026
		Pag. 2/27

della qualità della cura, in quanto può essere semplicemente il risultato di una migliore consapevolezza e trasparenza del sistema.

Sono inoltre importanti anche le informazioni relative all'attività svolta nelle aziende per la prevenzione dei rischi ed in particolare quelle realizzate, in coerenza con gli indirizzi forniti da Ministero della Salute ed Agenas, per l'applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali e lo sviluppo delle Pratiche per la Sicurezza del paziente. La raccolta e rappresentazione di informazioni relative anche alle attività messe in campo per promuovere la sicurezza, fornendo una fotografia anche della parte positiva della sicurezza, contribuisce a dare una visione sistemica del fenomeno, più fedele alle attività svolte nei contesti di cura reali.

Con l'ausilio di consulenti qualificati è stata attuata una mappatura dei rischi finalizzata alla loro prevenzione e mitigazione con riferimento particolare al cosiddetto comparto operatorio, dotato anche di sale operatorie classificate ISO 5, con la frequente verifica dei processi di sanificazione e di campionamento ambientale ed i controlli di efficienza e sicurezza nella centrale di sterilizzazione.

Ai temi "emergenti" della cybersicurezza e quello, ad essa collegato, della privacy e della tutela dei dati dei pazienti, sono stati oggetto di specifici investimenti.

La presente relazione annuale sugli eventi avversi offre un'analisi dettagliata delle situazioni avverse verificatesi nel corso dell'anno 2025 nel contesto della Rete Qualità e Salute. Gli eventi avversi rappresentano un aspetto critico dell'assistenza sanitaria, poiché possono influenzare negativamente la salute e la sicurezza dei pazienti, oltre a impattare sulle risorse umane, finanziarie e sulla reputazione dell'organizzazione.

Lo scopo di questa relazione è identificare le principali tendenze, le cause sottostanti e le implicazioni degli eventi avversi riscontrati, al fine di migliorare la qualità dell'assistenza e promuovere un ambiente sicuro per pazienti e operatori sanitari. Attraverso un'analisi approfondita dei dati raccolti e una valutazione critica delle procedure e delle pratiche attuali, intendiamo formulare raccomandazioni mirate per prevenire o mitigare il rischio di eventi avversi simili in futuro anche alla luce delle recenti ulteriori indicazioni del Centro Regionale per la Gestione del Rischio Clinico e per la Sicurezza del Paziente (prot. 13/10/23.1034089.U).

	RELAZIONE ANNUALE EVENTI AVVERSI	MARZO 2026
		Pag. 3/27

1. DESCRIZIONE DEL CONTESTO E OBIETTIVI

1.1. PRESENTAZIONE DELLE STRUTTURE DELLA RETE OSPEDALIERA QUALITÀ E SALUTE

La Rete di Impresa denominata “Rete Ospedaliera Qualità e Salute” nasce nel 2016, grazie all’impegno di due strutture sanitarie che si distinguono per efficienza nella cura dei pazienti e nell’offerta di servizi sanitari di qualità: Valparma Hospital e la Casa di Cura Villa Verde.

Casa di Cura Villa Verde – Reggio Emilia

La Casa di Cura dispone di 166 posti letto, è accreditata col Servizio Sanitario Nazionale per i reparti di:

1. Degenza chirurgica (multidisciplinare);
2. Medicina lungodegenza;
3. Day surgery e day service ambulatoriale.

Sono presenti servizi di:

1. Cardiologia;
2. Fisioterapia;
3. Laboratorio analisi;
4. Diagnostica per immagini con risonanza magnetica, T.A.C., ecografia, RX e mammografo;
5. Poliambulatorio per visite specialistiche;
6. Sede distaccata (Novellara) che eroga prestazioni di diagnostica per immagini (RMN, RX, ecografia) e attività ambulatoriali specialistiche.

Valparma Hospital – Langhirano (PR)

Valparma Hospital è dotato di 80 posti letto, è accreditata col Servizio Sanitario Nazionale per i reparti di:

1. Medicina - Lungodegenza;
2. Riabilitazione rieducazione funzionale;
3. Chirurgia e Day surgery multidisciplinare.

Sono presenti servizi di:

1. Cardiologia;
2. Fisiokinesiterapia;
3. Laboratorio analisi;
4. Diagnostica per immagini con risonanza magnetica, T.A.C., ecografia e RX;
5. Poliambulatorio per visite specialistiche.

Entrambe le Strutture si distinguono per l’impegno clinico, la sicurezza del paziente e l’attenzione alle esigenze individuali dei pazienti.

	RELAZIONE ANNUALE EVENTI AVVERSI	MARZO 2026
		Pag. 4/27

1.2. OBIETTIVI ADOTTATI DALLA RETE OSPEDALIERA QUALITÀ E SALUTE

Nell'ambito della gestione del rischio gli obiettivi mirano a identificare, valutare e mitigare i rischi associati alle attività di competenza dell'organizzazione.

Tra gli obiettivi della Rete:

- 1. Identificazione dei rischi:** attraverso la catalogazione dei potenziali rischi associati alle attività, ai processi e all'ambiente operativo dell'organizzazione.
- 2. Valutazione dei rischi:** attraverso l'analisi della probabilità e dell'impatto dei rischi identificati la determinazione della loro gravità, la definizione delle priorità per le azioni di mitigazione, grazie all'uso di metodologie appropriate, come la matrice del rischio atta a condurre valutazioni complete basate sulle evidenze.
- 3. Mitigazione dei rischi:** attraverso lo sviluppo e l'implementazione di strategie e azioni per ridurre o eliminare i rischi identificati, includendo l'adozione di controlli preventivi, procedure specifiche e formazione del personale.
- 4. Monitoraggio e controllo dei rischi:** allo scopo di una verifica costante dell'efficacia delle misure di mitigazione dei rischi e adattare le strategie in base alle nuove minacce o cambiamenti nelle circostanze operative. Tra le attività delle organizzazioni l'assicurazione che i controlli vengano adeguatamente implementati e rispettati nel tempo.
- 5. Comunicazione e reportistica:** a garanzia di un sistema di comunicazione efficace per informare tutte le parti interessate riguardo i rischi identificati, e conseguentemente produrre report regolari per il monitoraggio delle prestazioni e delle attività svolte.
- 6. Cultura della gestione del rischio:** sensibilizzazione alla promozione della cultura aziendale che valorizzi la gestione del rischio come parte integrante delle attività quotidiane. Per questa ragione il core lavorativo di questo ultimo periodo è stato quello di coinvolgere attivamente gli operatori a tutti i livelli nell'identificazione e nella gestione dei rischi, incoraggiando la condivisione delle conoscenze e delle esperienze.
- 7. Conformità normativa:** attraverso l'adeguamento delle attività organizzative alle Linee di Indirizzo Nazionali e Regionali.
- 8. Apprendimento e miglioramento continuo:** a seguito dell'analisi di incidenti ed errori passati per identificare le opportunità di miglioramento e prevenire la ripetizione di errori simili in futuro. La Rete è impegnata nella promozione del ciclo di miglioramento continuo attraverso la revisione e l'aggiornamento costante delle politiche, dei processi e delle procedure.
- 9. Gestione della reputazione:** attraverso una gestione responsabile e trasparente dei rischi, fornendo risposte rapide ed efficaci a situazioni di crisi e mantenendo un'impeccabile reputazione di integrità e affidabilità.

	RELAZIONE ANNUALE EVENTI AVVERSI	MARZO 2026
		Pag. 5/27

2. IL SISTEMA PER LA GESTIONE DELLA SICUREZZA DEL PAZIENTE

La Rete ha individuato all'interno di ogni Struttura:

1. un Risk Manager che è individuato nel Direttore Sanitario della Struttura per Valparma Hospital (supportato in questo incarico dal responsabile Qualità ed Accreditamento), mentre per Villa Verde nel Responsabile del Servizio Infermieristico Tecnico e Riabilitativo su delega del Direttore Sanitario della Casa di Cura.
2. un Nucleo Aziendale per la gestione dei sinistri/pratiche legali individuato presso le Strutture.

2.1. RISK MANAGER

Il Risk Manager è incaricato dei seguenti compiti:

- ♦ Favorire l'implementazione dei flussi informativi relativi ad indicatori funzionali alla conoscenza e mappatura del rischio clinico e delle relative fasi di analisi e monitoraggio;
- ♦ Provvedere alla supervisione, organizzazione e formulazione di proposte di analisi e di revisione dei processi assistenziali correlati al rischio clinico;
- ♦ Curare la comunicazione anche mediante diffusione di linee guida o altra documentazione a garanzia di sicurezza per il paziente;
- ♦ Suggestire proposte di piano per la formazione sulla sicurezza del paziente;
- ♦ Adozione di strumenti per la rilevazione ed il monitoraggio degli errori accaduti o mancati;
- ♦ Individuazione delle "aree critiche" conseguenti;
- ♦ Definizione degli ambiti e delle azioni prioritarie di intervento (in atto e da attivare);
- ♦ Definizione di interventi organizzativi e di altro tipo (es. Adozione di tecnologie) per la prevenzione e riduzione degli errori evitabili;
- ♦ Definizione di sistemi di monitoraggio per la verifica dei risultati degli interventi di prevenzione e correttivi messi in atto curando l'elaborazione del Piano Programma Sicurezza delle cure in collaborazione con il Coordinamento di Rete;
- ♦ Definizione di un sistema di reporting appropriato.

2.2. NUCLEO AZIENDALE: LA GESTIONE DEI SINISTRI/PRATICHE LEGALI

Presso le strutture della Rete la funzione propria del Nucleo Aziendale per la gestione dei sinistri ha i seguenti compiti:

- ♦ Rendere più tempestiva e snella la gestione dei problemi che hanno arrecato o potrebbero arrecare danno alla persona, con conseguente contenzioso nei confronti delle Strutture
- ♦ Tutelare maggiormente utenti ed operatori sanitari
- ♦ Contribuire all'identificazione di comportamenti/procedure "a rischio" e delle possibili misure preventive atte a modificarli/migliorarli
- ♦ Formulare alle Direzioni proposte di iniziative orientate alla gestione efficace dei "sinistri"
- ♦ Implementare un database aziendale sul contenzioso sanitario

2.3. COMITATO VALUTAZIONE DEI SINISTRI

Entrambe le strutture della Rete hanno istituito il Comitato Valutazione Sinistri (CVS), come previsto dal DM 232/2023 in attuazione dell'art. 10 della Legge n. 24/2017 (Gelli-Bianco).

	RELAZIONE ANNUALE EVENTI AVVERSI	MARZO 2026
		Pag. 6/27

3. IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO

La mappatura del rischio rappresenta in termini qualitativi e quantitativi il primo passo attraverso cui governare il sistema di Gestione Rischio Clinico. Nell'ambito delle numerose e diverse fonti informative che contribuiscono all'identificazione delle componenti di rischio – a cui titolo esemplificativo si annoverano: le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), le segnalazioni all'Ufficio Relazioni con il Pubblico, le non conformità del sistema accreditamento, le cadute, ecc. – si è ritenuto prioritario adeguare le organizzazione all'applicazione e monitoraggi di sistemi informativi dedicati e mirati alla registrazione degli eventi avversi, in particolare:

1. Il sistema di rilevazione delle schede di eventi avversi e near miss - Incident Reporting (cadute, lesioni da pressione, eventi correlati all'uso del sangue, dispositivo vigilanza, ecc.)
2. Approfondimento sulle segnalazioni di cadute
3. Le segnalazioni degli eventi sentinella mediante flusso SIMES (Sistema di monitoraggio degli errori in sanità, compresi atti di violenza vs. operatori)
4. La sicurezza in sala operatoria – checklist di sala operatoria (flusso SSCL), checklist Mod. 776a – oculistica, SSCL AMB
5. Le infezioni correlate all'assistenza + flusso SIChER
6. Approfondimento sul monitoraggio delle lesioni da pressione (LdP)

Tra le metodologie utilizzate dall'organizzazione:

- ♦ La realizzazione di SEA attraverso cui l'équipe viene indirizzata ad individuare comportamenti virtuosi e favorire attività clinico-assistenziali efficaci, evidenziando esempi di buone pratiche. L'attività di riflessione condivisa tra pari, consente inoltre di stimolare i professionisti a migliorare la qualità delle cure, sostenere l'attività multiprofessionale, efficientare la sicurezza dei pazienti, nell'ottica della cultura della trasparenza e dello sviluppo delle competenze.
- ♦ La mappatura dei rischi attraverso strumenti come la FMEA – FMECA attraverso cui sono stati analizzati alcuni processi e come questi vengono realizzati. L'attività è stata prioritariamente indirizzata verso processi strategici e particolarmente delicati, quali: il laboratorio analisi, il poliambulatorio e la radiologia/diagnostica per immagini.
- ♦ Audit interni sui requisiti del sistema di accreditamento
- ♦ Audit sistematici su eventi clinici rilevanti e su indicazione delle DDSS
- ♦ Audit esterni (Accreditamento, D.lgs. 81/2008) oltre al rinnovo della certificazione ISO 45001 per Villa Verde.

Nell'ambito delle attività di mappatura dei rischi le due strutture si sono anche prefissate di monitorare degli indicatori nei rispettivi reparti di diagnostica per immagini, in particolar modo di intenzionate il numero di richieste di correzione di errori al sistema RIS/PACS oggetto di particolari implementazioni sia tecnologiche che comportamentali.

Le richieste di correzione di errore nel 2025 a Villa Verde sono state 38 su 46.038 esami eseguiti pari al 0,08%, a Valparma sono state 15 su un totale di n. 23.954 esami eseguiti pari al 0,02%, tutte a rapida correzione prima del rilascio dei referti.

 RETE QUALITÀ E SALUTE OSPEDALITÀ PRIVATA ACCREDITATA	RELAZIONE ANNUALE EVENTI AVVERSI	MARZO 2026
		Pag. 7/27

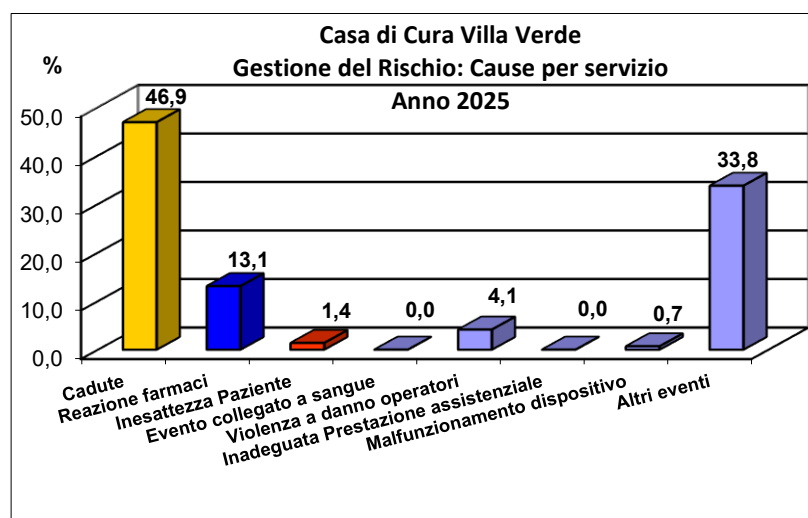
4. SCHEDE DESCRITTIVE SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E LA RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO

Il periodo di riferimento considerato nelle seguenti schede è l'anno 2025.

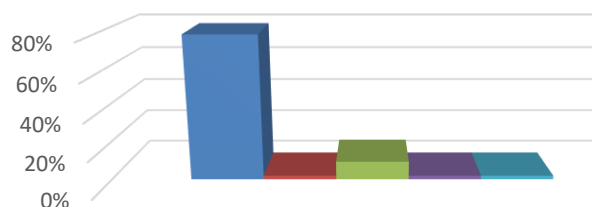
TIPOLOGIA	EVENTI AVVERSI E NEAR MISS - INCIDENT REPORTING
Letteratura/ Normativa di riferimento	♦ DM 2 aprile 2015, n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera” (Standard generali di qualità per i presidi ospedalieri – Gestione dei Rischio clinico). ♦ Legge di Stabilità 2016 (Legge n. 208 del 28 dicembre 2015, art. 1 comma 539). ♦ DGR 1943/2017 “Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell’accreditamento delle strutture sanitarie” (6° Criterio Appropriatelyzza clinica e sicurezza).
Descrizione dello strumento/ Flusso informativo	Il sistema di Incident Reporting rappresenta una modalità di raccolta strutturata e volontaria degli eventi avversi e dei quasi eventi (o near miss), avente le seguenti caratteristiche: • Aperto: la compilazione può avvenire a cura degli operatori sanitari che si trovino coinvolti nell’evento, per situazioni a cui si è assistito direttamente o di cui è stato riferito; • Spontaneo: la spontaneità della compilazione è stata classificata da molti autori essenziale per un sistema di segnalazione di successo, come confermano le stesse esperienze nazionali ed internazionali; • Non punitivo: chi segnala non è oggetto di ritorsioni o punizioni; • Confidenziale: l’identità del paziente e di chi segnala non sono mai rilevate a terzi; • Analizzato da esperti: le segnalazioni sono valutate da esperti in grado di capire le circostanze e le cause sistemiche sottostanti; • Tempestivo: le segnalazioni sono analizzate tempestivamente e le raccomandazioni sono diffuse rapidamente tra gli interessati, specialmente nel caso di eventi gravi; • Orientato al sistema: fornisce informazioni al fine di produrre raccomandazioni per il cambiamento nei sistemi; • Rispondente: chi raccoglie le segnalazioni deve essere in grado di diffondere le raccomandazioni e promuoverne l’applicazione nell’organizzazione. Da tale sistema di rilevazione degli eventi avversi vanno inclusi anche gli eventi sentinella, che seguono un duplice percorso; quello appena descritto e quello indicato secondo le prescrizioni regionali e ministeriali.

Analisi del rischio ed eventuali criticità/ Aree di intervento

Come si vede l'incidente più frequente è l'episodio caduta. Nonostante siano messe in atto tutte le misure di sicurezza volte a ridurre l'evento caduta, la tipologia di pazienti che ospitano le nostre strutture è difficile da trattare in quanto si tratta di pazienti anziani, spesso con politerapia in atto e con scarso orientamento cognitivo.



Valparma Hospital anno 2025



	1
■ Cadute	79%
■ Malfunzionamento - Malposizionamento di dispositivo	2%
■ Violenza a danno operatori	10%
■ Complicanza clinica non prevedibile	2%
■ Identificazione del paziente	2%

Le Strutture della Rete per l'anno 2025 registrano il seguente trend di attività: Villa Verde n. 158 schede di incident reporting e n. 6 schede di segnalazione di violenza vs. operatori, Valparma Hospital n.50 schede di incident reporting.
Di seguito l'andamento registrato degli eventi avversi e near miss:

Villa Verde

EVENTO AVVERSO	%	N.	DESCRIZIONE	AREA DI INTERVENTO
CADUTE	46,9	68	Cadute accidentali di pz: 65 cadute pz ricoverati; 3 cadute pz ambulatoriali. 2 cadute sono state registrate senza danno, le restanti 66 registrate con danno minore a moderato. Nessuna con danno maggiore.	La rilevazione degli eventi riscontra la corretta applicazione della procedura → mantenimento della formazione per i nuovi assunti.
ALTRO	33,8	49	Rientrano in questa categoria: lesioni traumatiche e lesioni da sfregamento, stravasamento di mezzo di contrasto, malori occasionali durante il turno lavorativo oppure durante una visita, reazioni di ansia, episodi lipotimici soprattutto prima o dopo reperimento accesso venoso	Periodici richiami alle procedure già in essere.
REAZIONI AVVERSE A FARMACI	13,1	19	Le segnalazioni riguardano reazioni avverse a farmaci, nello specifico alla somministrazione di mezzi di contrasto in radiologia (Reggio Emilia e Novellara).	Incidenza invariata, tutti gli eventi sono stati prontamente risolti dal personale presente (compresi gli anestesisti) nell'ambito della procedura di emergenza.
VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI	4,1	6	Le segnalazioni sono relative ad episodi di violenza verbale	Pianificazione di eventi formativi sul tema organizzati da una psicologa qualificata.
INESATTEZZA PAZIENTE	1,4	2	Errata identificazione del paziente	Audit dell'evento con i reparti e personale interessato. Attivazione di azioni correttive e potenziamento delle metodiche di identificazione
MALFUZIONAMENTO DISPOSITIVO	0,7	1	Minima lesione cutanea in seguito a tecarterapia	Verifica dell'apparecchiatura e dei tempi di utilizzo.
EVENTO COLLEGATO A EMOERIVATI	0	0	/	Anche nel 2025 non si sono verificati eventi collegati a sangue su 144 trasfusioni effettuate. Questo grazie alla continua formazione sul buon uso del sangue, sicurezza trasfusionale e partecipazione attiva al COBUS. Le azioni di miglioramento, attivate fin dal 2024, con revisione delle indicazioni delle richieste di emocomponenti, hanno consentito di ridurre la movimentazione di sacche: 1246 sacche rese nel 2023 a 880 nel 2024 e 814. nel 2025.

Valparma Hospital

EVENTO AVVERSO	N.	DESCRIZIONE	AREA DI INTERVENTO
CADUTE	38	24 cadute per le quali non si registra alcun danno	La rilevazione degli eventi riscontra la corretta applicazione della procedura → mantenimento della formazione per i nuovi assunti
		14 danno minore	
MALPOSIZIONAMENTO DI UN DISPOSITIVO	1	Esami Holter non correttamente posizionati/apparecchiatura non correttamente gestita dal paziente	Richiamo alle procedure specifiche
PROBLEMA DI GESTIONE FARMACO	2	Errata somministrazione	Formazione specifica sull'operatore
VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI	5	Le segnalazioni sono relative ad episodi di violenza verbale	Pianificazione di eventi formativi sul tema organizzati da una Psicologa e Psicoterapeuta, qualificata
COMPLICANZA CLINICA NON PREVEDIBILE	1	Evento sentinella	Esecuzione Audit
IDENTIFICAZIONE PAZIENTE	1	Non apposta etichetta su flacone esame istologico	Valutazione e risoluzione con Coordinatore Inf.

**Piani di
miglioramento
/ Azioni di
monitoraggio
Incident
Reporting**

- Realizzazione di SEA dedicati ai fini di indirizzare l'équipe professionali all'individuazione di comportamenti virtuosi e favorire attività clinico-assistenziali efficaci evidenziando esempi di buone pratiche. L'attività di riflessione condivisa tra pari, ha avuto inoltre l'esigenza di migliorare la qualità delle cure, sostenere l'attività multiprofessionale, efficientare la sicurezza dei pazienti, nell'ottica della cultura della trasparenza e dello sviluppo delle competenze.
- Valparma Hospital ha formalizzato una Rete interna di referenti incaricati per i principali processi assistenziali e per il governo del sistema qualità, in particolare per quanto riguarda: le cadute, le lesioni da pressione, la gestione del rischio, la comunicazione, la sterilizzazione, la contenzione, il sistema sangue, i farmaci.
- Questa è una prassi già consolidata a Villa Verde che ha pianificato nel 2025 incontri tra D.S. e gruppi clinici omogenei (degenze e servizi) nei quali affrontare anche eventuali problematiche di sicurezza emergenti.

Azione di miglioramento 2025 ➔ adesione alla nuova piattaforma regionale SEGNALE per la raccolta dati sui rischi ed eventi avversi il cui ambito di segnalazione riguarderà:

1. Cadute
2. Contenzioni
3. Eventi sentinella
4. Eventi correlati alla gestione del farmaco
5. Incident Reporting
6. Lesioni da pressione
7. Violenza su operatori
8. Dispositivo vigilanza.

L'adesione alla piattaforma **Segnale** ha comportato nel corso del 2025 la partecipazione ai webinar formativi realizzati dal Centro Rischio Sanitario della Regione ER. In previsione dell'attivazione del servizio entro il marzo 2026 si è provveduto inoltre a definire l'organizzazione interna del percorso di segnalazione degli eventi.

TIPOLOGIA

CADUTE

**Letteratura/
Normativa di riferimento**

- ♦ Raccomandazione ministeriale n° 13 per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie rev. 2011.
- ♦ Linee di indirizzo regionali RER sulle cadute in ospedale – 2016.

**Descrizione dello
strumento/
Flusso informativo**

La rilevazione avviene utilizzando il sistema di Incident Reporting sopra descritto.

Villa Verde

L'incidenza di caduta nel 2025 è stata 3,30/1000 giornate di degenza, è leggermente aumentata rispetto al 2024 dove l'indice di caduta era 2,58/1000 giornate di degenza.

Anno	Cadute	GGD	Cadute/1000 gg degenza
2023	66	23.015	2,87
2024	55	21.663	2,58
2025	68	20.587	3,30

Le cadute con danno minore sono quelle a maggior frequenza (32/68), seguite da cadute con danno moderato dove i pazienti sono stati sottoposti ad indagini radiologiche oppure sono stati medicati o suturati. Sono stati inviati 2 pazienti al pronto soccorso. Nessuna caduta è stata registrata come evento sentinella.

Valparma Hospital

Le cadute registrate nel 2025 hanno riscontrato esiti clinicamente nulli: 24 nessun danno e 14 danno minore-moderato.

La tabella sotto riportata riscontra la messa a regime del processo ed evidenzia la costanza e stabilità delle segnalazioni secondo quanto previsto dal modello regionale

Anno	Cadute	Casi	GG	cadute /tot casi	Cadute/1000gg degenza
2023	25	916	12705	2,729%	1,97
2024	32	1005	13609	3,184%	2,35
2025	38	1060	14198	3,585%	2,68

**Analisi del rischio ed
eventuali criticità/
Aree di intervento**

Dal 2024 è operativa la nuova revisione della procedura per la gestione delle cadute (dalla stratificazione del rischio alla gestione dell'evento) in particolare sono state riesaminate e modificate le attività di segnalazione dei pazienti a rischio. Complessivamente le rilevazioni di eventi e quasi eventi relative a cadute sono di seguito riportate:

Villa Verde

EVENTO AVVERSO	FREQUENZA	DESCRIZIONE	AREA DI INTERVENTO
Cadute	68	• 4 nessun danno • 32 danno minore • 5 osservazione • 5 contusione • 1 fratture • 3 ecchimosi • 2 trasferimento al P.S.	Revisione ed implementazione della procedura sulla prevenzione rischio cadute Potenziato il sistema di segnalazione dei pz a rischio Coinvolgimento settore chirurgico/anestesiologico La diffusione della procedura e IO è stata occasione per incontri con i coordinatori, poi con tutto il personale, molto utili per richiamare l'attenzione sul rischio specifico

Valparma Hospital

EVENTO AVVERSO	FREQUENZA	DESCRIZIONE	AREA DI INTERVENTO
Cadute	38	• 24 nessun danno • 12 danno minore - ecchimosi • 1 caduta con danno moderato • 0 fratture • 1 osservazione	Revisione ed implementazione della procedura sulla prevenzione rischio cadute Potenziato il sistema di segnalazione dei pz a rischio

**Piani di
miglioramento/
Azioni di
monitoraggio eventi
cadute**

Le Linee di Indirizzo Regionali richiedono un'attenzione particolare all'adozione di strategie e strumenti il cui scopo sia quello di evitare le cadute. È pertanto necessario sostenere l'applicazione di strumenti preventivi per la valutazione del rischio, l'uso di buone pratiche assistenziali, l'informazione dei pazienti e dei caregivers, lo sviluppo di procedure per la gestione dei pazienti anziani (con patologie e/o terapie che aumentano il rischio) il monitoraggio finalizzato a verificare l'adesione alle buone pratiche di prevenzione.

Tra gli strumenti adottati dall'organizzazione per la rilevazione del rischio caduta sono:

- l'applicazione dello strumento multifattoriale e la valutazione dei fattori estrinseci al paziente sul rischio ambientale;
- inserimento in cartella delle professioni sanitarie degli score di valutazione del rischio;
- distribuzione specifiche brochure informative per i pazienti ed i familiari;
- attenzione agli adeguamenti strutturali;
- costante attenzione dei medici alla riconciliazione terapeutica, alle politerapie in particolare per le possibili interazioni ipotensivanti.

Villa Verde ha approfittato della necessità di divulgare la nuova procedura di Rete per:

1. Coinvolgere i Coordinatori Infermieristici nella stesura della IO che sfrutta anche la presenza di bracciali con codice a barre (già presenti per la gestione della terapia informatizzata) inserendo colori di attenzione;
2. Coinvolgere chirurghi ortopedici ed anestesisti per potenziare l'attenzione verso la specifica tipologia di pazienti;
3. Sviluppare incontri formativi che, a piccoli gruppi, stanno interessando tutto il personale infermieristico e O.S.S.
4. Confermare l'indicazione affinché TUTTI gli eventi di caduta vengano segnalati mediante il percorso (e modulistica) di Incident Reporting da tempo in uso e presidiato da apposita procedura;
5. Aggiornare le brochure informative per i pazienti ed i familiari (differenziate per degenza medica e chirurgica) per incrementare la consapevolezza del rischio ed il possibile contributo al suo contenimento;
6. Adeguamenti strutturali: nella seconda metà del 2024 è stato ristrutturato un settore del reparto di Medicina Lungodegenza dove sono presenti 12 stanze per un totale di 24 posti letto; con particolare attenzione ad aspetti che impattano sul tema: porte dei bagni allargate e scorrevoli, luci automatiche, corrimano e maniglie implementate, piatto doccia a raso pavimento. Con le medesime attenzioni strutturali è stata ampliata la sede di Novellara.

Valparma Hospital utilizza dal 2023 un database informatizzato per il monitoraggio e la rilevazione del dato. Nato dalla conversione della Scala di Conley in forma cartacea, ad un foglio di lavoro in modulo Excel diventando a tutti gli effetti uno strumento di rilevazione e valutazione del rischio.

Il database viene applicato anche per la Scala di Braden - utilizzata per la valutazione del rischio di insorgenza di lesioni da pressione (LdP).

L'opportunità di creare il connubio sinergico tra i due strumenti predittivi, nasce dall'esigenza di migliorare l'approccio organizzativo ai bisogni assistenziali del paziente.

Le ulteriori strategie e strumenti utilizzati per ridurre il rischio cadute sono:

- la presenza di bracciali paziente con codice colore;
- sviluppare incontri formativi;
- distribuzione specifiche brochure informative per i pazienti ed i familiari;
- attenzione agli adeguamenti strutturali.

Negli anni si è rafforzata l'indicazione affinché tutti gli eventi vengano segnalati.

TIPOLOGIA	EVENTI SENTINELLA
Letteratura/ Normativa in riferimento	♦ Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella – Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali – Osservatorio nazionale sugli eventi sentinella, Luglio 2009. ♦ Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali – Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità, Decreto 11 Dicembre 2009.
Descrizione dello strumento/ Flusso informativo	Gli eventi avversi sono eventi inattesi correlati al processo assistenziale che comportano un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. I sistemi di reporting di tali eventi rappresentano uno strumento indispensabile per aumentare la conoscenza delle cause e dei fattori contribuenti in base al “principio dell’imparare dall’errore”. La definizione e la tipologia degli eventi sentinella sono funzionali agli obiettivi e alle esigenze della organizzazione che li adotta. Nel contesto del Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella il Ministero definisce evento sentinella un “evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un’indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell’organizzazione”. Il monitoraggio degli eventi sentinella da parte del Ministero della Salute comprende non solo la raccolta e l’analisi delle informazioni, ma anche la produzione e la successiva implementazione di specifiche Raccomandazioni, pubblicate sul sito del Ministero stesso, che hanno lo scopo di fornire indicazioni agli operatori circa le azioni da intraprendere per prevenire o minimizzare il rischio di accadimento di questi particolari eventi avversi e, quindi, per migliorare la qualità dell’assistenza. Pertanto, ogni volta che si verifica un evento avverso, la Rete Ospedaliera, oltre a prendere in carico il paziente per attuare tutte le misure necessarie al fine di mitigare il danno e attivare i dovuti processi di comunicazione con pazienti e/o loro familiari in modo trasparente e completo, mette in atto le seguenti azioni, relativamente alla procedura di segnalazione dell’evento sentinella: • l’operatore sanitario coinvolto nell’evento avverso o che sia venuto a conoscenza dell’occorrenza di un evento avverso comunica quanto accaduto alla propria Direzione Sanitaria; • il Risk Manager avvia immediatamente un’analisi interna per stabilire se l’evento avverso soddisfa i criteri per essere definito evento sentinella; se dall’analisi interna emerge che l’evento avverso è conseguente ad errore e che può aver provocato un danno segnala l’evento sentinella utilizzando l’apposita scheda A del Protocollo Ministeriale; • sempre il Risk Manager, unitamente alle Unità Operative ed i Servizi a vario titolo coinvolti, raccoglie ed analizza tutte le informazioni necessarie, al fine di comprendere i fattori e le cause che hanno contribuito e determinato il verificarsi dell’evento, seguendo le indicazioni contenute nella scheda B del Protocollo Ministeriale, e trasmette la scheda contenente l’analisi delle cause e dei fattori contribuenti ed il relativo piano d’azione.

Negli eventi sentinella sono inclusi anche gli episodi di violenza a danno degli operatori.

Durante l'attività lavorativa il personale dei servizi sanitari è esposto a numerosi fattori di rischio dannosi, sia per la salute che per la sicurezza. Tra questi sta assumendo sempre maggiore rilevanza il rischio di affrontare un'esperienza di violenza che può consistere in un'aggressione (o tentata aggressione), da parte di cittadini/utenti, pazienti, colleghi di lavoro; questa può essere di natura: fisica, verbale quale ad esempio quella realizzata con l'uso di un linguaggio offensivo o sfociare verso altro evento dannoso, il cui esito può essere la causa di un danno alla salute più o meno grave, fino all'esito malaugurato di morte.

Al fine di ridurre o contenere la frequenza di tali eventi il Ministero della Salute ha emanato nel 2007 una specifica Raccomandazione – "Raccomandazione n.ro 8 per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari" – il cui scopo consiste nell'incoraggiare l'analisi dei fattori di rischio così da prevenirne gli eventuali atti di violenza a danno degli Operatori, attraverso l'adozione di misure che consentono di ridurre, se non eliminare, le condizioni di rischio.

**Analisi del rischio
ed eventuali
criticità/
Aree di intervento**

Presso la Casa di Cura Villa Verde nel 2025 NON si sono verificati eventi sentinella; nel 2025 sono stati segnalati 6 episodi di violenza vs operatori, si è trattata di violenza verbale e quindi non sono stati classificati come eventi sentinella.

Presso il Valparma Hospital si è registrato un evento sentinella gestito con il coinvolgimento del Centro Rischio Sanitario Regionale per la comunicazione delle schede al Ministero.

La struttura ha condotto una capillare indagine interna mediante lo strumento dell'AUDIT per individuarne le cause e valutare le azioni correttive e di miglioramento.

Riteniamo che l'aumento delle segnalazioni di atti di violenza vs. operatori in entrambe le strutture sia il frutto della attività di formazione e sensibilizzazione del personale messe in campo negli ultimi anni.

**Piani di
miglioramento/
Azioni di
monitoraggio
Eventi Sentinella**

- Individuazione e formalizzazione dei Risk Manager di struttura.
- Sviluppo della procedura per la gestione e segnalazione di violenze agli operatori e incontri di formazione per gestire gli episodi con una psicologa.
- Aggiornamento Piano Programma Sicurezza delle Cure 2025-2026.

TIPOLOGIA	SICUREZZA IN SALA OPERATORIA - CHECKLIST DI SALA OPERATORIA
Letteratura/ Normativa di riferimento	♦ Manuale per la sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e checklist – del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali – Ottobre 2009. ♦ Gawande AA. Weiser TG. World Health Organization Guidelines for Safe Surgery. Geneva: World Health Organization, 2008. ♦ raccomandazione e checklist 2009 – Linee Guida Regionale FLUSSO SSCL rev.1 2016.
Descrizione dello strumento/ Flusso informativo	La Surgical Safety Checklist (SSCL) è uno strumento a supporto delle équipe operatorie per l'esecuzione dei controlli di aderenza agli standard di sicurezza raccomandati per prevenire incidenti e ridurre la mortalità e le complicanze post-operatorie. In Emilia Romagna l'implementazione della SSCL in sala operatoria si è avviata nell'anno 2010 nell'ambito del progetto regionale Rete delle Sale Operatorie Sicure (SOS.net), che prevedeva anche l'invio dei dati in Regione da parte delle Aziende aderenti al progetto. Il progetto ha recepito e sviluppato i principi e gli obiettivi promossi a livello internazionale e nazionale: aumentare la sicurezza delle procedure chirurgiche e registrare le eventuali deviazioni dagli standard di sicurezza al fine di identificare le aree critiche del processo e le conseguenti opportune azioni di miglioramento. La checklist regionale, come le analoghe versioni dell'OMS e del Ministero della salute, è organizzata secondo 3 fasi (sign in, time out, sign out); a differenza delle altre, si articola però in due moduli, che consentono sia il monitoraggio della compilazione degli item della checklist sia la registrazione delle eventuali criticità che si dovessero verificare: - modulo 776/a: checklist con 20 item corrispondenti ai controlli da effettuare nel corso dell'intervento chirurgico; - modulo 776/b: contiene l'elenco delle deviazioni dallo standard ritenute più frequenti e che possono verificarsi nei singoli step di controllo previsti dalla checklist; il modulo è specifico dell'esperienza dell'Emilia-Romagna e contempla complessivamente 36 item relativi a possibili deviazioni dallo standard. Dal 1° gennaio 2017 tutti gli Ospedali pubblici e privati accreditati che effettuano attività chirurgica in regime di ricovero, oltre a compilare la checklist, saranno tenuti a garantire il flusso informativo verso la Regione Emilia-Romagna relativo all'utilizzo della SSCL.

**Analisi del rischio
ed eventuali
criticità/
Aree di intervento**

Riportiamo qui di seguito i dati delle due strutture raffrontate con l'intero sistema regionale.

Dati e indicatori	Anno 2025 VILLA VERDE	Anno 2025 VALPARMA	Totale RER ***
Grado di compilazione della CL			
Percentuale di items controllate correttamente nella scheda 776a	98,54%	98,00%	97,43%
Non Conformità (NC)			
Numero di checklist	6.470	1.391	716.738
Numero di checklist con NC	24	27	25.659
Percentuale di checklist con NC*	0.36%	2%	3.36%
Numero di NC	31	32	259.740
Media di NC per checklist**	1,44	1	15,24
5 NC più frequenti:			
Descrizione NC	Quante	Quante	
Sito marcato	12	/	
Componenti dell'équipe modificati rispetto a lista operatoria	8	/	
Variazione della procedura rispetto alla programmazione	/	31	
Identità braccialetto	5	/	
Problemi relativi al numero nosologico	/	1	
Identità barcode	1		
Sede intervento	1		

Glossario

* Checklist con NC sul totale checklist inviate in banca dati.

** NC totali divise per il numero di checklist con NC.

*** I valori regionali si riferiscono a tutte le checklist inviate al 25 marzo 2026.

**Piani di
miglioramento/
Azioni di
monitoraggio –
Checklist di Sala
Operatoria**

- Villa Verde: implementazione del flusso dati regionale per quanto di pertinenza e valutazione interna degli indicatori conseguenti; inizio implementazione checklist regionale Mod. 776/a – checklist oculistica per gli interventi di cataratta e chirurgia ambulatoriale
- Valparma Hospital ha adottato la checklist regionale Mod. 776/a – check list oculistica per gli interventi di cataratta e chirurgia ambulatoriale

TIPOLOGIA	INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA
Letteratura/ Normativa di riferimento	♦ LINEE GUIDA Flusso SICHER SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO Regione Emilia-Versione 1.0 del 21/11/2016. ♦ Dossier 261/2017 – Regione Emilia Romagna – Prevenzione delle infezioni del sito chirurgico. ♦ Documento di indirizzo RER 2018: Infezioni di protesi articolari: percorso diagnostico e indicazioni per la profilassi antibiotica ♦ Decreto Direttoriale del Ministero della Salute del 29 marzo 2023, successivamente modificato con il Decreto Direttoriale del 26 febbraio 2025, con cui il Ministero ne ha disposto la revoca delle autorizzazioni all'immissione in commercio di prodotti a base di clorexidina digluconato al 2% in alcol al 70%. ♦ Simpios – “L’antisepsi della cute integra prima di un trattamento medico alla luce della nuova normativa” giugno 2025.
Descrizione dello strumento/ Flusso informativo	Le infezioni del sito chirurgico (ISC), tra le principali infezioni correlate all’assistenza, rappresentano una delle complicanze più frequenti in chirurgia e si associano ad un aumento significativo della durata di degenza, dei costi e della mortalità attribuibile. Le infezioni del sito chirurgico si verificano nel 2% circa degli interventi chirurgici e una quota rilevante di queste, stimabile fino al 55%, risulta prevenibile. Vi sono numerosi studi che dimostrano come sia possibile ridurre il rischio di ISC, attraverso l’adozione di programmi di intervento che includano la sorveglianza continuativa e il feedback periodico dei dati. Per questi motivi, nel 2005, l’Agenzia Sanitaria e Sociale della Regione Emilia-Romagna ha avviato un progetto per lo sviluppo di un sistema di sorveglianza permanente delle infezioni del sito chirurgico (SiChER). Obiettivi di questo sistema di sorveglianza sono: • ridurre la frequenza delle infezioni del sito chirurgico; • adottare criteri standardizzati per la diagnosi di infezione; • rilevare informazioni utili a calcolare i tassi di infezione tenendo conto del volume di attività di ogni specifica Unità Operativa, del rischio intrinseco del paziente e del rischio legato al tipo di intervento chirurgico; • permettere agli ospedali partecipanti di confrontare i propri dati di incidenza delle infezioni al fine di migliorare le pratiche assistenziali. Il SiChER si basa sul protocollo europeo di Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (HAI-SSI), definito e aggiornato dall’ECDC (European Centre for Diseases Prevention and Control), che utilizza la classificazione delle procedure in categorie di intervento proposta dall’NHSN (National Healthcare Safety Network) statunitense. Tali categorie raggruppano le procedure chirurgiche clinicamente simili rendendo possibili confronti omogenei.

**Analisi del
rischio ed
eventuali
criticità/
Aree di
intervento**

ANNO 2025	Villa Verde I sem. 2025	Valparma I sem. 25
Sessione Operatorie	552	26
Sorveglianza	594	26
Profilassi	594	26
Infezioni	0	0
% infezioni	0%	0%

**Piani di
miglioramento/
Azioni di
monitoraggio
SICHER**

La Rete si pone come obiettivo primario quello regionale (>75%) come grado di adesione della sorveglianza delle procedure da monitorare. Nel 2024 è stato raggiunto da entrambe le strutture. Per quanto riguarda l'anno 2025 manca ancora l'invio del II semestre con scadenza il 31/05/2026.

Infezioni correlate all'assistenza:

Sono stati organizzati due incontri con il C.I.O. di Rete nel corso del quale sono stati trattati tra gli altri, anche il tema delle Infezioni Correlate all'Assistenza attraverso i seguenti indicatori:

- Tamponi nasali preoperatori (MSSA e MRSA)
- N° di casi di Clostridium/anno
- N° di emocolture eseguite/1000gg (quante positive, orfane, contaminate)
- Percentuale di EMO + per E. coli e Klebsiella ESBL (resistenti alle Cefalosporine)
- Percentuale di MRSA su emocolture
- N° di isolati clinici o di tamponi rettali positivi per KPC
- N° di isolati di Acinetobacter o Pseudomonas MDR
- N° di candidemie (gestione Midline)
- Consumo annuale di antibiotici (DDD/100 gg degenza)
- Consumo annuale gel alcolico litri/1000 GG degenza (OBT Regionale 30 lt/1000 GG deg)
- Compilazione schede SICHER (OBT Regionale > 75%)
- Vaccinazione antinfluenzale operatori
- Consumo annuale guanti non sterili (OBT Regionale riduzione 5% ogni anno)
- Legionellosi

La Direzione Sanitaria di Villa Verde (anche integrata dal Responsabile Medico dei reparti di degenza) ha partecipato a 12 riunioni durante il 2025 e continueranno a partecipare alle riunioni del C.I.O. Interaziendale provinciale con successiva divulgazione ai reparti delle informazioni rilevanti per la struttura e la casistica trattata. Sono previsti altri incontri nel 2026.

Argomento di varie riunioni del C.I.O. è stata la riclassificazione normativa antisettici a base di clorexidina 2% e altri antisettici per cute integra da presidio medico chirurgico a specialità medicinali.

A decorrere dal 1° luglio 2025, e dal 1° settembre 2025 per i soli prodotti a base di clorexidina digluconato al 2% in alcol al 70%, l'antisepsi cutanea prima dell'esecuzione di procedure mediche invasive (ovvero la disinfezione della cute integra prima di trattamenti sanitari) dovrà essere effettuata esclusivamente mediante l'utilizzo di specialità medicinali. Queste andranno a sostituire i prodotti sinora ampiamente utilizzati, classificati come presidi medico-chirurgici (PMC).

È stato attivato un gruppo di lavoro tecnico incaricato di elaborare l'istruzione operativa (IO269) dedicata all'allestimento galenico della clorexidina digluconato al 2% in alcol al 70% non sterile. L'industria chimico-farmaceutica Nuova Farmec è stata autorizzata da AIFA alla produzione galenica di clorexidina digluconato 2% (p/v) + alcool isopropilico al 70% (v/v) soluzione idroalcolica incolore e colorata in flaconi da 100 ml.

Lo iodopovidone al 10% in soluzione alcolica non è attualmente in commercio in Italia, ma, vista la letteratura a supporto, è stato comunque inserito tra le opzioni disponibili, in attesa dell'esito delle azioni di approvvigionamento/allestimento.

Valparma Hospital recependo le indicazioni regionali e la normativa nazionale in proposito ha provveduto ad emanare l'istruzione operativa dedicata (I.O.22 "Utilizzo Antisettici").

Ulteriori attenzioni hanno riguardato la gestione dei pazienti colonizzati con riduzione dell'isolamento funzionale e favore di quello totale.

Legionella: monitoraggio e sanificazione

La presenza di Legionella è un problema non raro (fino a 2.000 casi/anno in Italia) in tutte le strutture ed è particolarmente rilevante per ospedali e case di cura.

È quindi costante l'attenzione alle azioni di prevenzione che vano dal regolare campionamento all'isolamento dei terminali al regolare flussaggio.

A Ville Verde dopo l'approvazione a livello europeo (Dir. UE 2020/2184 e D.lgs. 18/2023 di recepimento) è stato sostituito il trattamento con biossido di cloro con quello a base di monocloramina, proseguendo nel frattempo i campionamenti nei punti di prelievo.

Nel 2025 non sono stati registrati casi sia a Villa Verde che a Valparma; sono stati aggiornati i DVR legionella di entrambe le strutture.

TIPOLOGIA

LESIONI DA PRESSIONE (LdP)

**Letteratura/
Normativa di
riferimento**

- ♦ DOSSIER RER 94/2004 Raccomandazione per la prevenzione delle lesioni da decubito.
- ♦ Linee di indirizzo regionali E.R. – Maggio 2018.

**Descrizione dello
strumento/
Flusso informativo**

Le LdD rappresentano un'importante problematica d'ordine sanitario, non solo per la loro diffusione epidemiologica, ma anche per la loro rilevanza clinica, che le vede causa di sofferenza per le persone che ne sono afflitte, di prolungamento del periodo di degenza e d'aumento di morbosità e mortalità. Il loro trattamento richiede poi un notevole impegno economico e gestionale, sia in ambito domiciliare sia in regime di ricovero, che rende prioritaria l'ottimizzazione delle risorse umane, dei dispositivi e dei farmaci disponibili, investendo soprattutto a favore della prevenzione.

Il monitoraggio delle LdD e delle misure adottate per evitarle, infine, è correlato alla qualità dell'assistenza poiché le lesioni da pressione rappresentano un evento frequente, potenzialmente prevenibile, grave per il paziente fino a poterne condizionare la sopravvivenza e direttamente legato all'assistenza ed agli ausili erogati. La sorveglianza delle LdD è quindi un efficace strumento nel perseguimento del miglioramento continuo raccomandato in ogni servizio sanitario.

Villa Verde

Rilevazione del rischio con scala di Braden in cartella infermieristica, indicazione soggetto a rischio con specifica rilevazione. Monitoraggio in cartella clinica della gestione della lesione (valutazione e medicazione).

Valparma Hospital

È in uso un modulo elettronico per la Scala di Braden - utilizzata per la valutazione del rischio di insorgenza di lesioni da pressione, come sopra indicato, il sistema adottato favorisce il connubio sinergico tra i due strumenti predittivi (cadute e LdP) nato dall'esigenza di migliorare l'approccio organizzativo ai bisogni assistenziali del paziente.

L'incidenza complessiva di insorgenza è attestata a livello regionale al 10%.

I dati per Villa Verde e Valparma sono i seguenti:

ANNO 2025	VILLA VERDE	VALPARMA
N° pazienti deceduti c/lesioni	29	2
N° pazienti dimessi c/lesioni	66	4
N° pazienti lesioni guarite	34	8
Insorte qui	40	7
Le avevano in precedenza	90	40
Senza lesioni	1.954	1.036
Totale pz entrati in reparto	2.084	1.083

**Analisi del rischio ed
eventuali criticità/
Aree di intervento**

- I pazienti nei quali sono insorte LdP durante il ricovero a Villa Verde appartengono per 92,5% reparto di Medicina Lungodegenza; sono state registrate l'insorgenza di n. 1 lesione da pressione in 2 pazienti nel reparto di Degenza Chirurgica e di n. 1 lesione da pressione in Sala Operatoria. La percentuale di insorgenza nel reparto di Medicina Lungodegenza è diminuita rispetto all'anno precedente: 7,49 % rispetto al 9,66% del 2024, sempre al di sotto di quella attestata a livello regionale (n. tot pazienti entrati in reparto 494). La percentuale di insorgenza nel reparto di Degenza Chirurgica e sala operatoria è di 0,19% (n. tot pazienti entrati in reparto 1590).
- Durante l'audit del Sistema Qualità e Accredimento al reparto di Medicina Lungodegenza sono state concordate indicazioni per la raccolta degli indicatori riguardanti l'insorgenza di nuove lesioni da pressione, le quali andranno segnalate con un modulo unico che raggruppi le lesioni che riguardano lo stesso paziente evitando segnalazioni multiple che in passato generavano una sovrastima dei casi.
- Sia a Villa Verde che al VPH è operativo il percorso di documentazione e archiviazione fotografica delle lesioni.
- In adeguamento alle Linee di Indirizzo Regionali sul tema, sono stati realizzati eventi formativi *ad hoc* indirizzati al target sanitario.
- Valparma Hospital si è allineata con quanto veniva già fatto a Villa Verde: ha identificato due referenti formalmente incaricati. È iniziata, inoltre, la revisione della procedura di Rete sulle LdP. È stato strutturato un percorso informatico/ivo per l'archiviazione di immagini iconografiche sulle LdP dei pazienti inviato in automatico alla Direzione Sanitaria. Quanto rappresentato viene inserito in cartella clinica del paziente, a disposizione qualora ritenuto necessario per la continuità delle cure. Il sistema informatico garantisce la conservazione e la tracciabilità dei dati nel rispetto delle norme sulla privacy.
- A Villa Verde è stato attivato un percorso di Master di 2° livello per la gestione delle lesioni. Il Master, che registra partecipazioni da varie regioni italiane, è diretto dal dott. Motolese (Dermatologo) con la collaborazione di internisti/angiologi, chirurghi vascolari, di personale infermieristico specializzato e nutrizionisti.

**Piani di
miglioramento/Azioni
di monitoraggio –
Lesioni da Pressione
(LdD)**

Identificazione di un tavolo di lavoro presenziato dai referenti incaricati per le Strutture sul tema, con l'obiettivo di individuare e condividere buone pratiche e successiva revisione della Procedure PR12 "Prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione" resa ufficiale nell'agosto del 2024 e revisionata nuovamente nel 2025. Modifica del sistema di rilevazione/segnalazione per ovviare alla incongruenza tra lesioni /persone.

TIPOLOGIA		INFORTUNI SUL LAVORO	
Letteratura/ Normativa di riferimento		♦ D. lgs. 81/2008 “Attuazione dell’articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.” D.lgs. 91/08 e s.m.i. ♦ ISO 45001 Standard internazionale per la creazione e gestione di un modello organizzativo in materia di salute e sicurezza. ♦ Raccomandazione Ministero Salute n. 8 2007 Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari. ♦ Legge 14 agosto 2020 n. 113 Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio—sanitarie nell’esercizio delle loro funzioni Linee guida Regione Emilia Romagna del 2020. ♦ Linee di indirizzo per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari del 2020 – Legge 14 agosto 2020 n. 113.	
Descrizione dello strumento/ Flusso informativo		L’azienda applica volontariamente e si è certificata secondo la ISO 45001. Nell’applicazione del punto 6.1.2 Pianificazione - Identificazione e valutazione dei rischi e definizione del controllo ha predisposto procedura “PROCEDURA P09 - GESTIONE DELLE RISORSE UMANE” che descrive le modalità di gestione legata alla rendicontazione degli infortuni e dei near miss così da garantire una corretta gestione e l’eventuale predisposizione di misure di prevenzione e protezione immediate e a breve/lungo termine. La rendicontazione dell’accaduto deve avvenire su “MODULO M60.1 - RAPPORTO INCIDENTE”.	
Analisi del rischio ed eventuali criticità/ Aree di intervento	Num.	Note	
	V.V.	7	Contatto accidentale con sangue durante rimozione cvp; trauma al rachide cervicale; 2 punture accidentali; distorsione ginocchio; infortunio in itinere; distorsione pollice destro.
	VPH	5	2 Cadute accidentali (spalla – pollice) – 1 Infortunio in itinere – 2 trauma articolare manovra lavorativa
		Ad oggi, presso Villa Verde, non sono state previste azioni di miglioramento particolari se non incontri informativi svolti con i preposti di reparto atti alla sensibilizzazione di quanto rilevato nelle dinamiche di infortunio e ribadendo l’importanza della segnalazione dei near miss. Anche per Valparma, in relazione agli infortuni registrati nell’anno, analizzati nella Relazione Annuale sulla sicurezza luoghi di lavoro L.81, non si è ritenuto di pianificare specifiche azioni di miglioramento.	
Piani di miglioramento/ Azioni di monitoraggio		L’azienda in ottemperanza a quanto richiesto dalla normativa vigente e dall’applicazione della certificazione volontaria ISO 45001 effettua verifiche bimestrali e incontro della direzione atti alla gestione ed eventuale implementazione delle misure ad oggi applicate in ottica di continuo miglioramento. Ad oggi non sono state previste azioni di miglioramento particolari se non incontri informativi svolti con i preposti di reparto atti alla sensibilizzazione di quanto rilevato nelle dinamiche di infortunio e ribadendo l’importanza della segnalazione dei near miss.	

 RETE QUALITÀ E SALUTE OSPEDALITÀ PRIVATA ACCREDITATA	RELAZIONE ANNUALE EVENTI AVVERSI	MARZO 2026
		Pag. 27/27

CONCLUSIONI

La relazione annuale sugli eventi avversi fornisce una panoramica dettagliata dell'incidenza della gravità e delle cause degli eventi avversi verificatisi nel corso dell'anno precedente.

I risultati presentati derivano da una completa adesione delle strutture della Rete ai sistemi di monitoraggio raccomandati da Agenas e dalla RER; l'implementazione di un sistema di segnalazione degli eventi rapido e facilmente accessibile ha consentito di migliorare la cultura della segnalazione e promuovere un ambiente di apprendimento continuo per intervenire tempestivamente e per prevenire le ricorrenze di eventi.

La Rete intende potenziare ulteriormente le pratiche di comunicazione e la formazione del personale in quanto potenti strumenti per sviluppare l'attenzione ai temi della gestione del rischio e per promuovere la cultura del miglioramento continuo. L'incidenza di eventi descritti è stabile e totalmente allineata (in alcuni casi migliore) rispetto ai valori di riferimento nazionali e regionali.

Questi risultati sono stati comunque oggetto di valutazione multiprofessionale al fine di comprendere nel dettaglio le modalità degli eventi per identificare, ove possibile, ulteriori azioni di miglioramento; a titolo di esempio rivedere e aggiornare regolarmente le politiche e le procedure in base alle nuove evidenze e *best practice* del settore sanitario, sviluppare contesti tecnologici e strutturali orientati anche a ridurre la probabilità di eventi avversi.

Intendiamo quindi:

- Recepire e adattare al contesto le eventuali nuove disposizioni, indirizzi, raccomandazioni e linee guida specifiche con impatto sulla sicurezza delle cure e gestione del rischio.
- Migliorare costantemente il sistema di raccolta e rilevazione di dati relativi alla sicurezza e gestione del rischio, privilegiando l'informatizzazione delle registrazioni vista come leva per aumentare la capacità di elaborazione delle informazioni raccolte. Particolare attenzione verrà posta all'attivazione della piattaforma SignalER prevista per marzo 2026;
- Monitorare con sistematicità il livello di adesione a raccomandazioni Agenas e sviluppare gli obiettivi specifici sul tema del rischio, declinati nel Piano Attività e nel PPSC.

Per Rete Ospedaliera Qualità e Salute

I Direttori Sanitari e Risk Manager


Dott. Sergio Roti

Dr. Orazio Cassiani




Dott. Gianni Rastelli