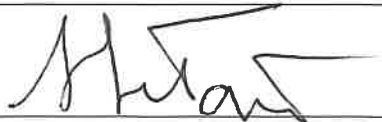


 Centro Cardinal Ferrari Rivoluzione 2012	RELAZIONE ANNUALE SUGLI ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE CURE E AZIONI DI MIGLIORAMENTO (Legge 8 marzo 2017 n. 24)	Pag. 1 di 23
---	--	--------------

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 INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (SISTEMA SORVEGLIANZA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI).....	13
4.4 LESIONI DA PRESSIONE.....	18
4.5 ANALISI CARTELLE CLINICHE	20
4.6 DISCUSSIONE CASI CLINICI E FOCUS GROUP.....	20
5. FORMAZIONE	21
6. SIMULAZIONE EMERGENZE BLS-D NELLE AREE DI DEGENZA.....	23

Data di redazione	Firma Direttore Sanitario – Dott. Antonio De Tanti
31 marzo 2026	

 Centro Cardinal Ferrari Rehabilitation	RELAZIONE ANNUALE SUGLI ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE CURE E AZIONI DI MIGLIORAMENTO (Legge 8 marzo 2017 n. 24)	Pag. 2 di 23
---	---	--------------

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. Fa parte del Gruppo KOS, 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.

 Centro Cardinal Ferrari Riproduzione	RELAZIONE ANNUALE SUGLI ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE CURE E AZIONI DI MIGLIORAMENTO (Legge 8 marzo 2017 n. 24)	Pag. 3 di 23
---	--	--------------

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

- TAC (è stata installata nel corso del 2025 con autorizzazione al funzionamento da Agosto 2025)
- 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.

 Centro Cardinal Ferrari Riabilitazione	RELAZIONE ANNUALE SUGLI ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE CURE E AZIONI DI MIGLIORAMENTO (Legge 8 marzo 2017 n. 24)	Pag. 4 di 23
---	--	--------------

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 (carrozine, 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 2025 n. 299 ricoveri ordinari e n. 184 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 2025
PRESENZA MEDIA GIORNALIERA (pazienti)	81,78
Media giornate Cod 56	19,21
Media giornate Cod 75	62,57
Media accessi in d.h.	17,14
N° Accessi DH	4.388
TASSO OCCUPAZIONE DEI POSTI LETTO (%)	98,53%
% gg abbattuti cod. 56	5,01%
Media giornate GRADA	9,24

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 Prevenzione Aggressione verso i Lavoratori; Comitato Prevenzione Maltrattamenti verso Pazienti).
- 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

 Centro Cardinal Ferrari Risparmio Sanitario	RELAZIONE ANNUALE SUGLI ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE CURE E AZIONI DI MIGLIORAMENTO (Legge 8 marzo 2017 n. 24)	Pag. 6 di 23
--	--	--------------

- 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:

- 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 aziendale POA 27 – Procedura e gestione cadute
- Art. 1913 del Codice Civile
- Art. 1915 del Codice Civile

 Centro Cardinal Ferrari Assicurazione	RELAZIONE ANNUALE SUGLI ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE CURE E AZIONI DI MIGLIORAMENTO (Legge 8 marzo 2017 n. 24)	Pag. 7 di 23
--	---	--------------

- 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 familiari;
- rischio connesso al sollevamento e trasporto pazienti o altro trauma da lavoro per gli operatori

 Centro Cardinal Ferrari Rete nazionale	RELAZIONE ANNUALE SUGLI ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE CURE E AZIONI DI MIGLIORAMENTO (Legge 8 marzo 2017 n. 24)	Pag. 8 di 23
---	---	--------------

- 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.**

Il Centro Cardinal Ferrari utilizza nella pratica clinica la *POA 27 – Procedura prevenzione e gestione cadute*

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

 Centro Cardinal Ferrari Regolamento	RELAZIONE ANNUALE SUGLI ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE CURE E AZIONI DI MIGLIORAMENTO (Legge 8 marzo 2017 n. 24)	Pag. 9 di 23
--	--	--------------

Tipologia evento	Numero di segnalazioni 2024	Numero di segnalazioni 2025
Problema gestione farmaco (non corretta identificazione farmaco, reazione da farmaco a seguito di errore terapeutico; inadeguata/mancata/ritardata preparazione, prescrizione, somministrazione farmaco)	3	7
Problema procedura diagnostica (ritardata/inadeguata/mancata)	6	0
Problema procedura terapeutica (ritardata/inadeguata/mancata)	0	2
Problema prestazione assistenziale (ritardata/inadeguata/mancata)	1	4
Identificazione paziente/lato/sede	2	0
Problema gestione apparecchiature (malfunzionamento/inadeguato uso di dispositivo/apparecchiatura)	4	2
Infezione correlata all'assistenza	0	0
Contaminazione di presidi medico chirurgici	1	0
Inadeguata postura/decubito (con o senza lesione)	0	1
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	1	2
Allontanamento paziente	3	2
Evento correlato alla gestione della documentazione sanitaria	3	0
Altro evento (escluse cadute del paziente e violenze su operatore)	15	21
Totale	39	41

CADUTE IN RICOVERO ORDINARIO E DAY HOSPITAL	2024	2025
Numero totale di cadute di degenti	34	28
Numero totale di cadute di degenti senza danno	19	11
Numero totale di cadute di degenti con danno da minore* a moderato**	15	15
Numero totale di cadute di degenti con danno maggiore***	0	2

 Centro Cardinal Ferrari Responsabilità	RELAZIONE ANNUALE SUGLI ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE CURE E AZIONI DI MIGLIORAMENTO (Legge 8 marzo 2017 n. 24)	Pag. 10 di 23
---	--	---------------

AGGRESSIONI VERSO OPERATORI DA PARTE DI PAZIENTI / CARE GIVER	2024	2025
N. TOTALE AGGRESSIONI, DI CUI	18	16
FISICHE	7	5
VERBALI	11	6
FISICHE E VERBALI	0	5
N. OPERATORI AGGREDITI	26	24

Interventi/azioni correttive e di miglioramento/ prospettive future

TIPOLOGIA EVENTI AVVERSI	AZIONI INTRAPRESE
Problemi gestione farmaco	Anno 2025-2026 Nel corso del 2025 si è riscontrato un aumento degli errori dovuto principalmente all'elevato turnover di Infermieri. Si è cercato di aumentare le ore di affiancamento/addestramento per gli Infermieri che sta continuando anche nel 2026.
Problemi procedure diagnostiche	Anno 2025 Gli errori nella gestione degli esami ematici riscontrati nel 2024 si sono azzerati nel corso del 2025 dopo allineamento con il nuovo laboratorio analisi
Cadute	Anno 2025 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. N. 2 delle cadute segnalate hanno portato ad un danno maggiore (frattura del femore); tuttavia si riscontra una riduzione del numero complessivo dei casi.
Violenza a danno di operatori sanitari	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) Anno 2026 La Direzione aziendale continua ad effettuare colloqui con gli operatori aggrediti e con gli aggressori per ribadire a questi ultimi che gli episodi non sono tollerabili

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 esplicati 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	
	2024	2025
Numero di segnalazioni scritte o rilevate formalmente (valore assoluto)	12	14
Percentuale di risposte scritte/colloqui ai reclami non anonimi (percentuale)	50%	100%

Interventi/azioni correttive e di miglioramento/ prospettive future

Ad ogni reclamo:

- sono state analizzate le circostanze che hanno generato le segnalazioni insieme agli operatori coinvolti ed effettuati interventi mirati per superare le criticità;
- sono stati effettuati con gli utenti non anonimi che hanno inviato segnalazioni colloqui chiarificatori da parte della Direzione Sanitaria / Dirigenza Infermieristica.

Per il 2026 ci si propone di continuare con questo orientamento promuovendo l'invio di risposte scritte ai reclami non anonimi.

 Centro Cardinal Ferrari Rehabilitation	RELAZIONE ANNUALE SUGLI ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE CURE E AZIONI DI MIGLIORAMENTO (Legge 8 marzo 2017 n. 24)	Pag. 12 di 23
---	--	---------------

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
2025	2	3	91.907

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 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
- Linee di indirizzo Gruppo KOS: Prevenzione e Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza
- 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

I dati raccolti sono rappresentati nelle seguenti tabelle:

Tabella 1 Colturali Totali per tipologia	
BAL	93
EMOCOLTURE	305
RICERCHE CLOSTRIDIUM DIFFICILE	97
TAMPONI CUTANEI	8
TAMPONI NASALI MRSA	8
TAMPONI RETTALI	189
TAMPONI VAGINALI	5
URINOCOLTURE	560

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
- i colturali effettuati in Area Verde dove sono ricoverati pazienti che necessitano di riabilitazione neuromotoria spesso provenienti dall'Area Rossa

In particolare, nell'Area Rossa sono stati eseguiti:

- 218 emocolture su 305 totali
- 256 urinocolture su 560
- 61 BAL su 93 totali

 Centro Cardinal Ferrari Radiologia	RELAZIONE ANNUALE SUGLI ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE CURE E AZIONI DI MIGLIORAMENTO (Legge 8 marzo 2017 n. 24)	Pag. 14 di 23
---	--	---------------

- 85 ricerche clostridium difficile su 97 totali

Nell'Area Verde sono stati eseguiti:

- 44 emocolture su 305 totali
- 162 urinocolture su 560
- 27 BAL su 93 totali
- 9 ricerche clostridium difficile su 97 totali

**RELAZIONE ANNUALE SUGLI
ACCADIMENTI RELATIVI ALLA
SICUREZZA DELLE CURE E AZIONI DI
MIGLIORAMENTO
(Legge 8 marzo 2017 n. 24)**

Tabella 2 Microorganismi presenti nei culturali suddivisi per Area di degenza						
DATI MICROBIOLOGIA	A. ROSSA	A. GIALLA	A. AZZURRA	A. VERDE	A. GRADA	totali CCF
ACINETOBACTER BAUMANII	2			1	1	4
ALCALIGENES XYLOSOXIDANS	1					1
CANDIDA ALBICANS	6	1				7
CANDIDA GLABRATA	1		2			3
CANDIDA PARAPSILOSIS	4					4
CANDIDA TROPICALIS	8	1				9
CITROBACTER KOSERI	1		2	3	1	7
CLOSTRIDIUM DIFFICILE	15			2		17
CORYNEBACTERIUM STRIATUM	4			3		7
CORYNEBACTERIUM UREOLYTICUM	1					1
ENTEROBACTER CLOACAE	2		1			3
ENTEROBACTER CLOACAE COMPLEX		1				1
ENTEROCOCCUS FAECALIS	25	6	2	4	2	39
ENTEROCOCCUS FAECALIS (POS GENTAMICINA ALTA CONC)	6	1				7
ENTEROCOCCUS FAECIUM	10			7	1	18
ENTEROCOCCUS FAECIUM (POS GENTAMICINA ALTA CONC)	1			1		2
ENTEROCOCCUS SPECIES	1			1		2
ESCHERICHIA COLI	25	12	5	21	2	65
ESCHERICHIA COLI ESBL	13	6	2	10		31
ESCHERICHIA COLI OXA-48				1		1
KLEBSIELLA AEROGENES	2			2		4
KLEBSIELLA OXYTOCA	2			1		3
KLEBSIELLA OXYTOCA ESBL	2					2
KLEBSIELLA PNEUMONIAE	22	8	4	17	6	57
KLEBSIELLA PNEUMONIAE CRE	49	8	4	21		82
KLEBSIELLA PNEUMONIAE ESBL	14	3	1	2	1	21
KLEBSIELLA PNEUMONIAE VIM				3		3
MORGANELLA MORGANI	6			8	1	15
PROVIDENCIA RETTGERI				1		1
PROTEUS AURIGINOSA	1					1
PROTEUS FAECIS	1					
PROTEUS MIRABILIS	40	3	4	28	11	86
PROTEUS VULGARIS	2					
PROVIDENCIA STUARTII	23			16	2	41
PROVIDENCIA STUARTII XDR	1					
PSEUDOMONAS AERUGINOSA	57		1	23	5	86
PSEUDOMONAS AERUGINOSA CRE	1					1
PSEUDOMONAS AERUGINOSA MDR	1					1
SERRATIA MARCESCENS	2					2
SERRATIA UREILYTICA	2					2
STAPHYLOCOCCUS HAEMOLYTICUS				1		1
STAPHYLOCOCCUS AUREUS	5		2	1		8
STAPHYLOCOCCUS AUREUS MRSA	2			1		3
STAPHYLOCOCCUS CAPITIS	2			2		4
STAPHYLOCOCCUS EPIDERMIDIS	6			1		7
STAPHYLOCOCCUS FAECALIS	1					1
STAPHYLOCOCCUS HAEMOLYTICUS	1					1
STAPHYLOCOCCUS HOMINIS	7	1		1		9
STAPHYLOCOCCUS LUGDUNENSIS		1				1
STAPHYLOCOCCUS PETTENKOFERI	1					1
STAPHYLOCOCCUS WARNERI			1			1
STREPTOCOCCUS AGALACTIAE		1		1		2

 Centro Cardinal Ferrari Assistenza Unità	RELAZIONE ANNUALE SUGLI ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE CURE E AZIONI DI MIGLIORAMENTO (Legge 8 marzo 2017 n. 24)	Pag. 16 di 23
---	--	---------------

Analisi del rischio ed eventuali criticità/Aree di intervento

- In Area Rossa sono stati isolati 383 batteri su 675 totali in 9610 giornate di degenza.
- Le urinocolture positive sono state 155 su un totale di 338; di queste 102 sono state prelevate da catetere vescicale

I batteri maggiormente rappresentativi sono stati:

- Proteus Mirabilis: 28
1. Pseudomonas Aeruginosa: 57 isolati contro 83 del 2024 ↓
 2. Klebsiella Pneumoniae resistente ai carbapenemici: 49 isolati contro 62 nel 2024 ↓
 3. Proteus mirabilis: 40 isolati contro 52 nel 2024 ↓
 4. Escherichia Coli: 25 isolati contro i 58 nel 2024 ↓
 5. Enterococco faecalis: 25 isolati contro 9 nel 2024 ↑
 6. Providencia stuartii: 23 isolati contro 1 solo isolato nel 2024 ↑
 7. Klebsiella pneumoniae: 22 isolati contro i 57 nel 2024 ↓

Infine, si segnala un calo degli isolamenti di Escherichia Coli ESBL: 13 isolati nel 2025 contro 50 isolati nel 2024

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

In Area Verde sono stati isolati 193 batteri su 675 totali in 13251 giornate di degenza.

Le urinocolture positive sono state 109 su un totale di 162; di queste 18 sono state eseguite da catetere vescicale

I batteri maggiormente rappresentativi sono stati:

- Proteus mirabilis: 28
- Pseudomonas Aeruginosa: 23
- Klebsiella Pneumoniae resistente ai carbapenemici: 21

 Centro Cardinal Ferrari Risorse umane	RELAZIONE ANNUALE SUGLI ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE CURE E AZIONI DI MIGLIORAMENTO (Legge 8 marzo 2017 n. 24)	Pag. 17 di 23
--	---	---------------

- Escherichia Coli: 21
- Klebsiella pneumoniae: 17

N.B. manca il confronto con l'anno precedente in quanto, in quest'area, l'analisi dei dati ha avuto inizio nel 2025

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;
- programmata formazione per il 2026 sulle infezioni (v. anche paragrafo 5. FORMAZIONE):
 - n. 8 ore di corso per Medici, Coordinatori Infermieristici e Infermieri (24 partecipanti) con i seguenti obiettivi:
 - partendo dalla presentazione di casi clinici, si vuole approfondire la conoscenza degli antibiotici per proporre un uso razionale degli stessi con l'obiettivo di migliorare l'appropriatezza prescrittiva e ridurre l'uso non necessario di questi farmaci; strategie di carbapenem sparing;
 - presentazione di moderne metodiche per la diagnosi microbiologica con indicazioni in merito alla corretta interpretazione dell'antibiogramma;
 - prevenzione e cura dell'infezione da *Clostridioides difficile*, patologia correlata all'uso di antibiotici con potenziale diffusione epidemica in strutture residenziali e riabilitative.
 - n. 2 ore di corso per OSS, Ausiliari e Addetti alle Pulizie (circa 75 partecipanti) con il seguente obiettivo:
 - migliorare il comportamento degli operatori e aumentare l'uso appropriato di gel idroalcolico allo scopo di ridurre la diffusione di microrganismi colonizzanti e secondariamente ridurre l'uso di antibiotici.

4.4 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	2024		2025	
	Già presenti all'ingresso	Durante Ricovero	Già presenti all'ingresso	Durante Ricovero
Alto	58	18	52	29
Medio	0	0	0	0
Basso	1	0	0	0
TOTALE	59	18	52	29

TABELLA SEDI INTERESSATE DA LDD

SEDE	2024	2025
Cavo popliteo	0	0
Coscia (trocantere + ginocchio)	7	9
Gamba	8	5
Bacino (gluteo + ischio + sacro)	44	49
Arto superiore	4	2
Piede + malleolo + tallone	35	23
Cranio	16	12
Rachide	3	3
Scapola	3	3
TOTALE	120	107

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

Si evidenzia il calo delle lesioni da decubito nel 2025 rispetto al 2024.

Era stata pianificata per il 2025 una edizione del corso "*Prevenzione, trattamento e monitoraggio delle lesioni da decubito*" per il personale infermieristico che però, per motivi organizzativi legati al continuo turn over del personale, non si è potuta realizzare.

Si pianifica nuovamente per il 4° trimestre 2026.

 Centro Cardinal Ferrari Repubblica	RELAZIONE ANNUALE SUGLI ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE CURE E AZIONI DI MIGLIORAMENTO (Legge 8 marzo 2017 n. 24)	Pag. 20 di 23
---	--	---------------

4.5 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.

E' stata modificata la scheda di valutazione per adattarla alla nuova cartella clinica elettronica.

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

Nonostante l'adozione della cartella clinica elettronica la non puntuale compilazione dell'epicrisi rimane un punto critico, dovuto principalmente al turn over dei Medici di reparto. Sono stati programmati nel 2026 dalle Direzioni Sanitaria e Medica degli specifici incontri con i Medici di reparto allo scopo di superare questa criticità.

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.

 Centro Cardinal Ferrari Assistenza	RELAZIONE ANNUALE SUGLI ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE CURE E AZIONI DI MIGLIORAMENTO (Legge 8 marzo 2017 n. 24)	Pag. 21 di 23
---	--	---------------

5. FORMAZIONE

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

ANNO 2025			
TITOLO FORMAZIONE	TIPO DI FORMAZIONE	N. ORE IN DECIMALI	N. PARTECIPANTI
Addestramento riabilitazione respiratoria per fisioterapisti	Formazione sul campo	4,0 (*)	7
Addestramento utilizzo nuovo sollevatore	Formazione sul campo	2,0	17
Affiancamento/addestramento infermieri neoassunti	Formazione sul campo	80,0 (*)	15
Corso base movimentazione manuale dei pazienti – corretto posizionamento pazienti	In presenza	6,0	8
Aggiornamento movimentazione manuale dei pazienti – corretto posizionamento pazienti	In presenza	3,0	35
Corso di base di Epi Info 7 (software freeware per indagini epidemiologiche)	In presenza	24,0	3
De-escalation, la gestione dei comportamenti aggressivi – tecniche e strumenti	Fad asincrona	1,2	26
De-escalation, la gestione dei comportamenti aggressivi e dei maltrattamenti, tecniche e strumenti	In presenza	4,0	108
Formazione abilitante addetto alla gestione delle emergenze, prevenzione incendi e lotta antincendio	In presenza	16,0	3
Formazione sicurezza antincendio e gestione delle emergenze	In presenza	3,0	9
Gestione della persona con disfagia nelle strutture riabilitative	Fad asincrona	1,8	122
ICA le infezioni correlate all'assistenza	Fad asincrona	1,1	12
La prevenzione dei maltrattamenti sul paziente	Fad asincrona	1,2	21
La prevenzione del rischio di suicidio	Fad asincrona	1,2	113
La prevenzione nelle cure: quali azioni efficaci per la gestione delle aggressioni, dei maltrattamenti e delle infezioni da contatto	Fad asincrona	3,4	20
L'infezione da SARS-CoV-2	Fad asincrona	2,0	29
BLSD	In presenza	5,0	47
PBLSD	In presenza	5,0	11

(*) ORE MEDIE DI FORMAZIONE

FORMAZIONE PROGRAMMATA PER IL 2026
per migliorare l'assistenza al paziente e ridurre gli eventi avversi.

TITOLO FORMAZIONE	TIPO DI FORMAZIONE	N. ORE IN DECIMALI	N. PARTECIPANTI PREVISTI
Addestramento riabilitazione respiratoria per fisioterapisti	Formazione sul campo	4,0 (*)	5
Addestramento utilizzo nuovo sollevatore	Formazione sul campo	2,0	15
Affiancamento/addestramento infermieri neoassunti	Formazione sul campo	74,0 (*)	10
Corso base movimentazione manuale dei pazienti – corretto posizionamento pazienti	In presenza	6,0	56
Aggiornamento movimentazione manuale dei pazienti – corretto posizionamento pazienti	In presenza	3,0	12
Formazione abilitante addetto alla gestione delle emergenze, prevenzione incendi e lotta antincendio	In presenza	16,0	20
Aggiornamento antincendio	In presenza	8,0	14
Formazione sicurezza antincendio e gestione delle emergenze	In presenza	2,0	10
BLSD	In presenza	5	24
PBLSD	In presenza	5	12
Gestione della persona con disfagia nelle strutture riabilitative	Fad asincrona	1,8	20
La prevenzione del rischio di suicidio	Fad asincrona	1,2	20
La prevenzione nelle cure: quali azioni efficaci per la gestione delle aggressioni, dei maltrattamenti e delle infezioni da contatto	Fad asincrona	3,4	20
L'infezione da SARS-CoV-2	Fad asincrona	2,0	20
Le infezioni, oggi	In presenza	8,0	24
Prevenzione infezioni	In presenza	2,0	75
Prevenzione, trattamento e monitoraggio delle lesioni da decubito	In presenza	4,0	15

6. SIMULAZIONI EMERGENZE BLS-D NELLE AREE DI DEGENZA

Come indicato anche nel paragrafo 5. FORMAZIONE, nel 2025 si sono svolte n. 4 edizioni del corso BLSD base (adulti); sono stati formati:

- n. 11 Medici
- n. 2 Coordinatori Infermieristici
- n. 25 Infermieri
- n. 3 OSS
- n. 1 Logopedista
- n. 4 Fisioterapisti
- n. 1 Terapista occupazionale

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

- n. 2 Medici
- n. 4 Infermieri
- n. 2 OSS
- n. 1 Fisioterapisti
- n. 1 Terapisti Occupazionale
- n. 1 Educatore

PROGETTO PER IL 2026

Nel 2026 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 12 operatori