



Villa
Rosa
Psichiatria

**RELAZIONE su ACCADIMENTI RELATIVI alla
SICUREZZA delle CURE
E CONSEGUENTI AZIONI di MIGLIORAMENTO**

Pag. 1 di 39



Villa
Rosa
Diagnostica

**RELAZIONE su
ACCADIMENTI RELATIVI alla SICUREZZA
delle CURE
e CONSEGUENTI AZIONI di
MIGLIORAMENTO**

Marzo 2026

INDICE

0. PREMESSA.....	3
1. DESCRIZIONE DEL CONTESTO DI RIFERIMENTO.....	4
1.1 L'ORGANIZZAZIONE DELL'OSPEDALE E I SERVIZI OFFERTI.....	4
1.2 I SISTEMI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO	5
2. FONTI INFORMATIVE SU SICUREZZA DELLE CURE E AZIONI DI PREVENZIONE E MIGLIORAMENTO 9	
INCIDENT REPORTING	10
EVENTI SENTINELLA	12
SEGNALAZIONI DEI CITTADINI E RICHIESTE RISARCIMENTO DANNI.....	13
MONITORAGGIO APPLICAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI PER LA SICUREZZA	15
INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA.....	17
VISITE PER LA SICUREZZA	19
FARMACOVIGILANZA	20
DISPOSITIVOVIGILANZA.....	21
CADUTE	22
CONTENZIONI	24
EVENTI CORRELATI ALL'USO DI SANGUE-EMOVIGILANZA (SISTRA)	25
ALLONTANAMENTI.....	26
ATTI DI VIOLENZA CONTRO GLI OPERATORI	27
AGITI AUTOLESIVI.....	29
ERRORI RIS-PACS	31
INFORTUNI OPERATORI	33
FORMAZIONE E INFORMAZIONE PER LA SICUREZZA DELLE CURE	34
RENDICONTAZIONE DELLE ATTIVITÀ FORMATIVE.....	35
3. CONCLUSIONI.....	39

0. PREMESSA

La recente legge 8 marzo 2017, n. 24 "**Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie**", all'articolo 2 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 l'evento avverso 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 di 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 contemperare tutte le esigenze: **promuovere la sicurezza delle organizzazioni, garantendo la trasparenza nei confronti del cittadino** (attraverso la pubblicazione nel proprio sito internet della presente relazione e anche dei dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio) e orientando proprio 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, profuso dalle organizzazioni sanitarie regionali, 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 questione che viene posta rispetto alla tematica riguarda di fatto l'impegnativo tema dell'individuazione di tutti gli incidenti/accadimenti significativi per la sicurezza delle cure e di tutte quelle informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni che aumentino il livello di sicurezza nelle organizzazioni sanitarie. Non deve sfuggire infatti che la rilevazione degli eventi viene posta dal legislatore in correlazione con l'analisi degli stessi per individuarne le cause e soprattutto per la predisposizione di iniziative conseguenti finalizzate ad evitarne il riaccadimento. Risulta quindi chiaro che la **prospettiva evocata è quella della prevenzione e del miglioramento**.

1. DESCRIZIONE DEL CONTESTO DI RIFERIMENTO

1.1 L'ORGANIZZAZIONE DELL'OSPEDALE E I SERVIZI OFFERTI

L'Ospedale Privato Villa Rosa è stato fondato nel 1951 da allora ha svolto un ruolo importante nel quadro dell'assistenza sanitaria per la provincia di Modena, acquistando notorietà e prestigio in tutto l'ambito regionale ed extraregionale

Seguendo l'evolversi delle concezioni teoriche e delle applicazioni pratiche della psichiatria, mantenendosi sempre aggiornato sui criteri d'indagine diagnostica e sui metodi terapeutici, l'Ospedale Privato ha ampliato progressivamente le possibilità d'intervento curativo. Ha perciò sviluppato nuovi spazi d'accoglienza, differenziandoli secondo le diverse necessità operative, nel rispetto di un'efficace integrazione tra i vari settori.

Uno dei punti qualificanti della mission di Villa Rosa è quello di garantire la continuità assistenziale nei processi terapeutici; per questa ragione ha sempre perseguito la massima integrazione con la rete dei servizi sanitari e sociali del territorio di riferimento.

A tal fine Villa Rosa ha dato vita, a partire dal 1998, ad un processo di progressiva trasformazione della sua realtà assistenziale, tale da essere, oggi, totalmente integrata nella rete dei servizi sanitari della provincia di Modena, sia per quanto riguarda l'assistenza psichiatrica che per il settore della riabilitazione psichiatrica. Questo processo di trasformazioni successive ha avuto inizio su sollecitazione ed in totale accordo con l'Azienda USL di Modena, sulla base di specifici accordi con l'Azienda stessa e in coerenza con la programmazione regionale.

I rappresentanti di Villa Rosa partecipano regolarmente alla commissione provinciale di monitoraggio dell'attività di ricovero, così come a specifici tavoli tecnico-scientifici bilaterali volti a migliorare l'appropriatezza dei percorsi di cura.

In conseguenza dei processi di integrazione operativa con il Dipartimento di Salute Mentale-DP sono stati adeguati i modelli organizzativo-assistenziali per il trattamento dei pazienti.

L'Ospedale Privato Villa Rosa di Modena, offre i seguenti **servizi e prestazioni**:

AREA PSICHIATRICA

SPOI

Il Servizio Psichiatrico Ospedaliero Intensivo è costituito da un'area di degenza ospedaliera con 14 posti letto autonomo ma contiguo con il reparto di psichiatria con altre tipologie di ricovero. Lo SPOI assicura interventi di competenza specifica per le situazioni di crisi e/o acuzie psichiatrica in regime di trattamento volontario. Si Effettuano trattamenti di breve durata finalizzati a una ricompensazione del quadro clinico e ad indirizzare i pazienti verso i percorsi di cura successivi. E' integrato con la rete dei servizi del Dipartimenti di Salute Mentale di Area Vasta Regionale.

Residenza Psichiatrica a Trattamento Intensivo

Sono effettuati interventi di competenza specifica sulle diverse forme del disagio psichico e psicologico in pazienti in condizioni di scompenso psicopatologico acuto-subacuto, per i quali non è necessario o opportuno il ricovero ospedaliero. In particolare, sono affrontati i disturbi di tipo psicotico, i disturbi di personalità, i disturbi del tono dell'umore e le più gravi forme delle patologie ansiose. L'intervento, che muove da un'attenta valutazione clinica, psicopatologica, sociale e familiare, è imperniato sul trattamento psicofarmacologico, sull'approccio psicoterapeutico e riabilitativo individuale e di gruppo.

Residenza Psichiatrica a Trattamento Intensivo – Progetto speciale

Sono presi in carico pazienti che presentano contemporaneamente problematiche di natura psichiatrica acute o sub-acute, insieme a un disturbo da uso di sostanze psicoattive. Per ogni paziente, previa sottoscrizione di apposito "contratto", viene predisposto uno specifico programma terapeutico caratterizzato da valutazione diagnostica, trattamento dei disturbi correlati a sostanze (terapia farmacologica, psicoterapia di gruppo, attività riabilitative mirate), incontri di consultazione familiare.

Degenza ospedaliera psichiatria generale (per pazienti fuori regione)

Sono effettuati interventi sulle diverse forme del disagio psichico e psicologico in pazienti in condizioni di scompenso psicopatologico acuto-subacuto. In particolare, sono affrontati i disturbi di tipo psicotico, i disturbi di personalità, i disturbi del tono dell'umore e le più gravi forme delle patologie ansiose. L'intervento, che muove da un'attenta valutazione clinica, psicopatologica, sociale e familiare, è imperniato sul trattamento psicofarmacologico e sull'approccio psicoterapeutico e riabilitativo individuale e di gruppo.

Residenze a Trattamento Protratto

Accoglie pazienti con psicopatologia complessa e disabilità elevata ed eroga prestazioni di tipo terapeutico, riabilitativo e risocializzante

Ricoveri per disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DCA)

I pazienti con questa tipologia di disturbo, a Villa Rosa, si possono avvalere sia di trattamenti ad indirizzo cognitivo comportamentale che sistemico relazionale, sia di trattamenti riabilitativi (psicologici e nutrizionali).

Centro Diurno

Il Centro Diurno di Villa Rosa (che dopo il COVID non è ancora stato riaperto) accoglie pazienti con disturbi psichici differenziati, garantisce attività programmate terapeutiche riabilitative finalizzate al recupero del funzionamento sociale, di autonomie nella gestione personale e di abilità lavorative e occupazionali.

POLIAMBULATORIO

Diagnostica per Immagini-Elettromiografia

A Villa Rosa è attivo un poliambulatorio che offre prestazioni di Diagnostica per Immagini e di Elettromiografia.

La finalità del servizio è l'esecuzione di procedure di diagnostica per immagini sia per pazienti interni che esterni (pazienti in convenzione e paganti). La metodologia è finalizzata all'ottenimento di immagini ad elevato contenuto diagnostico avendo riguardo a rendere minima la dose di esposizione al paziente compatibilmente con le esigenze cliniche. Le procedure diagnostiche riguardano i seguenti settori specialistici: Diagnostica ecografica, Diagnostica Odontoiatrica, Ecocolordoppler Vascolare, Elettromiografia, Radiologia Convenzionale, Risonanza Magnetica con e senza contrasto.

Ambulatori visite specialistiche

- **Cardiologia** – valutazioni pazienti ed elettrocardiogramma
- **Medicina Interna** - valutazioni e indicazioni terapeutiche
- **Neurologia** - valutazioni neurologiche e indicazioni terapeutiche
- **Ortopedia** - valutazioni e indicazioni terapeutiche
- **Psichiatria** - valutazioni e indicazioni terapeutiche
- **Psicologia** – colloqui di psicoterapia e test psicologici

1.2 I SISTEMI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO

Il **rischio clinico** è la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso cioè subisca un qualsiasi "danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte" (Kohn, IOM 1999). L'identificazione del rischio clinico è quindi il primo passo del processo che porta a migliorare la sicurezza dei pazienti e deve avvenire in un contesto metodologico rivolto a un miglioramento organizzativo.

Il Risk management, perché sia efficace, deve interessare tutte le aree in cui l'errore si può manifestare durante il processo clinico - assistenziale del paziente: solo una **gestione integrata del rischio** può portare a cambiamenti nella pratica clinica, promuovere la crescita di una cultura della salute più attenta e vicina al paziente ed agli operatori, contribuire indirettamente ad una diminuzione dei costi delle prestazioni ed, infine, favorire la destinazione di risorse su interventi tesi a sviluppare organizzazioni e strutture sanitarie sicure ed efficienti.

Questo approccio all'errore non si basa sulla ricerca della responsabilità individuale (determinata da negligenza, superficialità, inosservanza di regole o protocolli, dimenticanze o disattenzione, demotivazione), ma si fonda piuttosto sulla ricerca di soluzioni che consentano di ridurre eventuali errori umani attraverso la definizione di nuove procedure o cambiamenti organizzativi, una migliore ed adeguata formazione del personale, l'impiego di attrezzature di lavoro e ambienti più funzionali e sicuri rispetto ai compiti da svolgere.

L'identificazione dei rischi a Villa Rosa si inquadra nell'ambito più generale delle tematiche di governo clinico per affrontare le quali la Direzione ha sostenuto i professionisti con eventi formativi, sia in aula, sia FAD, sia sul campo. Per l'identificazione dei rischi si sono utilizzate tutte le fonti informative disponibili avendo cura di implementarle, migliorarle (predisposizione di applicativi ad hoc) e renderle tempestive e fruibili anche per gli operatori.

Le **fonti informative** al tempo **consultate** erano rappresentate da:

- **report delle segnalazioni degli eventi avversi** da cui si rilevava la prevalenza di cadute accidentali, oltre a qualche altra tipologia di evento;
- **report di segnalazione errori errori Ris-Pacs**
- **sistema di raccolta dei questionari di soddisfazione e di reclami** che evidenziava una convergenza delle segnalazioni sugli aspetti relazionali;

- **registro di rilevazione degli infortuni** sul lavoro che mostrava una prevalenza di piccoli infortuni (contusioni, cadute).

La Direzione, sulla base delle norme di riferimento e dell'esperienza degli ultimi anni ha definito un **approccio di gestione del rischio** finalizzato a valutare e a sviluppare interventi di prevenzioni sia nei confronti dei **pazienti** (prevenzione del rischio clinico) che degli **operatori** (prevenzione del rischio professionale). Più nello specifico si è ritenuto di individuare le seguenti priorità:

- **area rischio clinico**
 - cadute
 - infortuni per comportamenti auto e/o etero-lesivi dei pazienti
 - allontanamenti non autorizzati
 - errori di prescrizione/ somministrazione farmaci
 - errori anagrafica, lato-sede (RIS PACS)
- **area rischio professionale**
 - contaminazione biologica
 - movimentazione carichi
 - infortuni dovuti a comportamenti etero-lesivi dei pazienti

Il gruppo Kos nel 2024 ha promosso la costituzione di **Comitati Aziendali** che monitorano l'andamento di temi particolarmente sensibili e forniscono indicazioni armoniche alle diverse Strutture territoriali:

- Comitato Infezioni Ospedaliere
- Comitato Maltrattamenti verso pazienti
- Comitato Aggressioni Verso operatori

Scopo principale dei Comitati è favorire lo sviluppo di una cultura organizzativa condivisa e promuovere una politica di prevenzione dei fenomeni sensibili sopracitati e dei loro determinanti (in allegato presentazione di sintesi di: scopi, obiettivi, tipologie, componenti e sintesi attività).

Per ogni area tematica verranno identificate Linee di Indirizzo inerenti il processo di prevenzione e gestione con diffusione delle medesime alle Strutture per appropriata implementazione.

Le singole Strutture dovranno costituire analogo **Comitato di Struttura** che periodicamente (e al bisogno) si riunirà allo scopo di:

- Ricepire le indicazioni fornite dal Comitato Aziendale, diffonderle al personale, verificarne e monitorarne l'applicazione.
- Analizzare gli eventi occorsi nel periodo (eventi che devono essere in ogni caso analizzati e gestiti tempestivamente ad ogni segnalazione con le modalità indicate nelle apposite Linee di Indirizzo) ed adottare azioni di miglioramento con rivalutazione delle indicazioni.

In Regione Emilia-Romagna sono stati sperimentati metodi e strumenti di natura proattiva o reattiva, utilizzabili nelle varie fasi di gestione della sicurezza e delle conseguenze degli eventi indesiderati. Alcuni di questi **strumenti** sono **presenti** e sono **utilizzati a Villa Rosa** sia nell'identificazione e nell'analisi sia nella gestione del rischio.

Per quanto riguarda l'**identificazione dei rischi** sono utilizzati:

- **il sistema di incident reporting**, l'attenzione è focalizzata su eventi o quasi eventi. L'obiettivo, oltre che quello di aumentare le conoscenze e facilitare le analisi delineando profili di rischio di specifiche unità operative, è anche quello di coinvolgere maggiormente gli operatori rendendoli più sensibili al tema della sicurezza.
- **lo studio delle cartelle cliniche e successivo auditing**, E' uno strumento organizzativamente impegnativo che va utilizzato a ragion veduta ma che nello stesso tempo deve essere adeguatamente incentivato (tempo dedicato, riconoscimento dei crediti formativi, ecc.) perché rappresenta la chiave per l'analisi ed il miglioramento della pratica clinica;
- **il sistema di raccolta di segnalazioni e reclami** degli utenti
- **il registro di rilevazione degli infortuni** sul lavoro ed **il sistema di vigilanza dei dispositivi medici**;
- **gli audit** effettuati sulla corretta gestione delle **tecnologie/impianti**

Per quanto concerne l'**analisi dei rischi**, a parte la pratica dell'**audit clinico**, sono utilizzate le seguenti tecniche:

- **FMEA/FMECA (Failure Mode and Effect Analysis)** metodo sistematico di tipo qualitativo e previsionale che mira ad identificare e dare priorità a problemi che potrebbero accadere se si verificassero difetti, omissioni, errori nel processo analizzato, in modo da orientare l'assunzione di decisioni operative coerenti;

- **RCA (Root Cause Analysis)** da utilizzarsi per eventi particolarmente significativi dove è utile un'analisi approfondita a posteriori, non tanto per definire la responsabilità di ciò che è successo, quanto per ricercare le radici causali di natura organizzativa su cui intervenire con azioni di miglioramento.

Premessa per l'attuazione del sistema di gestione del rischio è l'individuazione di un assetto organizzativo aziendale che definisca gli attori principali ed i relativi ruoli all'interno del sistema stesso.

Le attività relative alla gestione del rischio hanno negli **incontri periodici** della **Direzione** la principale **sede di confronto e presa delle decisioni**, dove si integrano competenze cliniche ed organizzative al fine di **analizzare gli elementi e i dati raccolti e decidere le azioni da pianificare realizzare per la gestione del rischio** (pratica routinaria della segnalazione degli incidenti, iniziative di audit clinico, valutazioni dell'appropriatezza clinico - organizzativa, interventi correttivi e preventivi, ecc.).

Il **Direttore Sanitario, il Risk Manager, con il supporto del Servizio Qualità**, hanno il compito di **coordinare il Programma di Gestione del Rischio**, proporre alla Direzione di struttura la programmazione annuale/pluriennale delle attività e della formazione per la gestione del rischio, raccogliere dati e rendicontare annualmente sulle azioni svolte, esercitando in modo sistematico e continuativo la funzione di facilitatore della relazione tra le varie parti dell'organizzazione. Tra gli **obiettivi pluriennali** si identificano:

- il **completamento dell'integrazione delle fonti informative** disponibili per le rilevazione ed il monitoraggio dei fenomeni di interesse;
- l'**elaborazione di proposte e suggerimenti di intervento** per la Direzione;
- la **cura della coerenza di sistema** attraverso il Gruppo per la Gestione del Rischio.

A supporto del Direttore Sanitario e del Risk Manager la Direzione ha istituito un **Gruppo di lavoro** che consente di disporre di un gruppo di referenti ed esperti, con le necessarie competenze tecnico-professionali, in grado di lavorare sistematicamente e con continuità sui temi della prevenzione dei rischi e di introdurre progressivamente un regime di controllo per la sicurezza dei pazienti e dei lavoratori.

Il **Gruppo di lavoro** per la **Gestione del Rischio** è costituito dai seguenti **componenti**:

- **Direttore Sanitario**
- **Risk Manager**
- **Responsabile Sistema Qualità**
- **Responsabile del Servizio Prevenzione Protezione**

Al Gruppo di lavoro possono inoltre essere invitati a partecipare **esperti esterni** che collaborano con Villa Rosa (Medico competente, Medici specialisti, Coordinatori, ecc.) ogni qual volta si ritenga possano fornire un contributo alla trattazione di specifici argomenti.

Il **sistema di gestione integrata del rischio** ha come **momenti fondamentali di operatività** le seguenti fasi:

1. Il **Direttore Sanitario e il Risk manager**, con il supporto del Servizio Qualità e del Gruppo di lavoro, garantiscono le seguenti attività:
 - **raccogliere e analizzare con sistematicità i dati sugli eventi avversi e gli esiti delle verifiche/audit effettuati** (incident reporting, infortuni operatori, esiti di verifiche su documentazione clinica, reclami, segnalazioni, ecc.)
 - **redigere specifiche relazioni** con le analisi effettuate e le proposte di miglioramento e di prevenzione
 - **contribuire** alla redazione della **relazione annuale** per la parte di gestione del rischio e fornisce indicazioni su percorsi di miglioramento
 - **proporre** specifici **percorsi di formazione** per accrescere le capacità degli operatori nell'uso delle tecniche per la individuazione degli eventi avversi, l'analisi delle situazioni critiche e di rischio, l'introduzione di correttivi
 - **assicurare le comunicazioni e le informazioni** relative agli eventi indesiderati/sentinella che devono essere fornite agli organi istituzionali regionali e del ministero preposti al monitoraggio dei rischi, secondo quanto definito nelle specifiche procedure
2. la **Direzione aziendale**, negli incontri periodici, assicura:
 - una **attenta analisi dei dati e delle informazioni** riportate nelle relazioni sulla gestione del rischio
 - la **pianificazione e realizzazione in tempi brevi di azioni correttive** nel caso di **eventi avversi rilevanti** segnalati dal **Direttore Sanitario** o dai collaboratori (Servizio Qualità, Gruppo di lavoro per la gestione del rischio)

- la approvazione di **piani annuali e relativi obiettivi per la gestione del rischio** definiti a seguito delle analisi fatte con riferimento ai dati e agli elementi presentati nell'ambito della illustrazione della **relazione annuale** nel corso del **riesame delle attività**
- indicazioni per la **programmazione di percorsi di formazione specifici**
- approvazione di **miglioramenti nei sistemi (anche informatici) di segnalazione ed analisi di dati** relativi agli eventi avversi e ai rischi

2. FONTI INFORMATIVE SU SICUREZZA DELLE CURE E AZIONI DI PREVENZIONE E MIGLIORAMENTO

Per brevità verranno di seguito illustrati in forma sintetica gli strumenti/fonti informative disponibili per la sicurezza delle cure e i relativi interventi per la prevenzione e riduzione del rischio clinico.

Ciò fatta eccezione per la rappresentazione dei dati relativi agli **eventi sentinella**, in quanto il Decreto 11 dicembre 2009 ("Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità") all'articolo 7 relativamente a tali dati prevede che le informazioni desunte dai flussi informativi SIMES siano diffusi con modalità aggregate dall'Osservatorio nazionale degli eventi sentinella e dall'Osservatorio nazionale sui sinistri e polizza assicurative, sentito il Comitato tecnico delle Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano per la sicurezza del paziente

Preliminarmente alla illustrazione degli strumenti/fonti informative disponibili per la sicurezza delle cure e i relativi interventi per la prevenzione e riduzione del rischio clinico pare doveroso premettere che **le informazioni che derivano da tali strumenti/fonti sono indirizzate alla "quantificazione degli eventi"** (cosa questa che pone numerose difficoltà, in base a quanto sopra argomentato, ed espone a impropri confronti tra situazioni e realtà organizzative che presentano condizioni di contesto estremamente differenziate) e **alla conoscenza dei fenomeni per l'attuazione di azioni di miglioramento.**

Si predilige pertanto una rappresentazione dei fenomeni di tipo qualitativo mirata alla valutazione del rischio e all'individuazione di eventuali criticità, nell'ottica dei possibili **interventi correttivi e del miglioramento finalizzato all'aumento dei livelli di sicurezza.**

INCIDENT REPORTING

Letteratura/Principale Normativa di riferimento/	- Osservatorio Nazionale sugli Eventi Sentinella: Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella -Marzo 2008 Dipartimento della Qualità-Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema-Ministero - Decreto del Ministero della Salute del 10 gennaio 2007 Istituzione del Sistema Nazionale Di Riferimento della Sicurezza dei Pazienti. - Linee Guida per comunicare e gestire gli eventi avversi in Sanità, Ministero della salute-2011 - Legge di Stabilità 2016 (Legge n. 208 del 28/12/2015, art.1 comma 539) - Linee di indirizzo per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari e socio sanitari RER - DGR 1314/2024-Attuazione del D.M. del Ministero della Salute 19/12/2022 "Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accreditamento delle strutture sanitarie - Procedura aziendale Gestione Non conformità, rischio clinico e segnalazione eventi avversi
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 riaccadimento 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. Gli operatori segnalano sulla scheda di incident reporting presente nel DB della cartella clinica gli eventi avversi avvenuti, e inviano per conoscenza la segnalazione anche alla Direzione Assistenziale. La Direzione riporta su Signal-ER la segnalazione fatta. Annualmente in sede di riesame vengono forniti i dati del monitoraggio eventi avversi e le azioni correttive intraprese.

Principali segnalazioni raccolte tramite il sistema di **incident reporting** dal **2021 al 2025** nei reparti di degenza

TIPOLOGIA DI EVENTO	2021		2022		2023		2024		2025	
	N° CASI	%	N° CASI	%	N° CASI	%	N° CASI	%	N° CASI	%
Caduta (*)	143	66%	126	65%	148	62,0%	179	62,0%	161*	62,1%
Comportamento aggressivo	19	9%	27	14%	35	14,0%	28***	9,7%	34***	13,1 %
Comportamento aggressivo vs operatori (**)	0	0%	3	2%	5	2,1%	4	1,3%	6**	2,3%
Comportamento autolesivo	24	11%	30	12%	22	9,2%	61****	21,1%	40****	15,4 %
Inadeguata gestione terapia farmacologica	2	1%	0	0%	4	1,6%	9	3,1%	3	1,15 %
Inadeguata procedura terapeutica	0	0%	0	0%	0	0	0	0	0	0

	2021		2022		2023		2024		2025	
TIPOLOGIA DI EVENTO	N° CASI	%	N° CASI	%	N° CASI	%	N° CASI	%	N° CASI	%
Inadeguata procedura assistenziale	0	0%	0	0%	0	0	0	0	0	0
Allontanamento paziente non autorizzato	18	9%	9	5%	20	8,4%	8	2,7%	10	3,8%
Altri eventi avversi	9	4%	4	2%	7	2,9%	8	2,7%	5	1,9%

(*) vedi anche paragrafo specifico sugli eventi avversi cadute

(**) vedi anche paragrafo specifico su sicurezza sul lavoro- nessun evento ha avuto origine per azioni dirette contro gli operatori

(***) sono compresi anche agiti aggressivi verso cose es: rotture sedie, porte.....

(****) sono compresi anche 5 tentativi di suicidio senza conseguenze nel 2024 e 10 nel 2025

*Dato alto dovuto a nuova attrezzatura con formazione ancora deficitaria.

Analisi del rischio, dati e criticità	Le principali segnalazioni raccolte tramite il sistema di incident reporting nei reparti di degenza dal 2021 al 2025 sono riferite alle seguenti tipologie di eventi avversi: Caduta, Comportamento aggressivo, Comportamento aggressivo vs operatori, Comportamento autolesivo, Inadeguata gestione terapia farmacologica, Inadeguata procedura terapeutica, Inadeguata procedura assistenziale, Allontanamento paziente non autorizzato, Altri eventi avversi (non classificati)- Di seguito è riportata la tabella con gli eventi registrati dal 2021 al 2025 in cui si evidenzia che negli anni 2021-2025 la % di cadute rispetto al numero di eventi avversi accaduti è in leggera diminuzione (solo 1 caduta ha provocato un esito severo ma non ha dato luogo a richieste di risarcimento danni) Nessuno degli eventi avversi segnalati ha avuto esiti severi, ha dato luogo a reclami o a richieste di risarcimento danni
Interventi/Azioni di miglioramento	E' assicurata la formazione/addestramento degli operatori nuovi assunti sulle modalità di segnalazione/gestione degli eventi avversi.

EVENTI SENTINELLA

Letteratura/Principale Normativa di riferimento/	• Osservatorio Nazionale sugli Eventi Sentinella: Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella -Marzo 2008 Dipartimento della Qualità-Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema-Ministero • Decreto del Ministero della Salute del 10 gennaio 2007 Istituzione del Sistema Nazionale Di Riferimento della Sicurezza dei Pazienti. • Linee Guida per comunicare e gestire gli eventi avversi in Sanità, Ministero della salute-2011 • Legge di Stabilità 2016 (Legge n. 208 del 28/12/2015, art.1 comma 539) • Linee di indirizzo per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari e socio sanitari RER • Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella-Ministero della Salute -2024 • DGR 1314/2024-Attuazione del D.M. del Ministero della Salute 19/12/2022 "Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accreditamento delle strutture sanitarie • Procedura aziendale Gestione Non conformità, rischio clinico e segnalazione eventi avversi
Descrizione strumento/ flusso informativo	Gli eventi sentinella sono eventi avversi di particolare gravità, potenzialmente evitabili, che possono comportare morte o grave danno al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichino una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna: a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiano causato o vi abbiano contribuito; b) l'individuazione e l'implementazione di adeguate misure correttive. Gli eventi sentinella sono monitorati dal Ministero della Salute. Viene considerato un debito informativo nei confronti della RER e del Ministero (DGR 1314/2024) l'invio dell'evento sentinella per l'alimentazione del flusso SIMENS (Sistema per il monitoraggio degli eventi in sanità). La segnalazione verrà fatta dagli operatori alla Direzione Sanitaria che lo segnala al Risk Manager, che ricevuta la segnalazione attiva un approfondimento e, nel caso fosse confermato, procederà con l'RCA e la comunicazione ai referenti regionali e ministeriali. Annualmente in sede di riesame vengono forniti i dati del monitoraggio di eventuali eventi sentinella e il risultato dei relativi audit e le azioni correttive intraprese. Inoltre, verrà utilizzata l'applicazione per la segnalazione di eventi relativi alla sicurezza delle cure della Regione Emilia Romagna- Segnal-ER
Analisi del rischio, dati e criticità	Tra il 2021 e il 2025 ci sono stati 2 eventi sentinella (segnalati come da procedura dal Risk manager su scheda SIMENS) entrambi come tentativi di suicidio in Ospedale, per i quali il Risk Manager ha effettuato Audit con RCA
Interventi/Azioni di miglioramento	A seguito dei 2 tentativi sono state avviate e concluse le Azioni Correttive per evitare il riaccadimento di tali eventi. Entrambe le Azioni richiedevano una modifica di tipo strutturale: tramite intervento di muratura è stato incassato un tubo che poteva essere utilizzato per gesto autolesivo, il vano scala è stato messo in sicurezza attraverso pannellatura.
Valutazione risultati e prospettive future	Le azioni realizzate hanno consentito un miglioramento strutturale che rende più sicuro l'Ospedale per la gestione dei pazienti con psicopatologia importante. Si prosegue l'impegno in azioni finalizzate al miglioramento della sicurezza dei pazienti.

SEGNALAZIONI DEI CITTADINI E RICHIESTE RISARCIMENTO DANNI-SINISTRI

Letteratura/Principale Normativa di riferimento/

- Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 11 ottobre 1994 "Direttiva sui principi per l'istituzione ed il funzionamento degli URP"
- Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica 7 febbraio 2002 (pdf, 28.3 KB) "Attività di comunicazione delle Pubbliche Amministrazioni"
- Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica 24 marzo 2004 "Rilevazione della qualità percepita dai cittadini"
- Legge regionale 6 settembre 1993, n. 32 "Norme per la disciplina del procedimento amministrativo e del diritto di accesso", modificata con la Legge regionale 23 dicembre 2016 n. 25 "Disposizioni collegate alla Legge regionale di stabilità per il 2017"
- Legge 8 marzo 2017 n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"

Descrizione strumento/flusso informativo

La Regione Emilia Romagna attraverso l'Agenzia Sanitaria Regionale ha avviato da tempo un progetto per **coordinare la gestione complessiva delle segnalazioni dei cittadini**. Tale progetto si è realizzato in collaborazione con i Responsabili degli Uffici Relazioni con il Pubblico delle Aziende Sanitarie, avvalendosi della collaborazione di un gruppo di lavoro composto da alcune aziende, e del Comitato Consultivo Regionale per la Qualità dei servizi sanitari dal lato dei Cittadini (CCRQ). Gli obiettivi sono: - creare una **banca dati regionale** delle segnalazioni (reclami, suggerimenti, elogi, rilievi) presentate dai cittadini agli URP delle Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna; - **adottare procedure omogenee** per la gestione dei reclami nelle Aziende Sanitarie; - dotare gli URP delle Aziende Sanitarie e l'URP dell'Assessorato Sanità di un software applicativo che consenta la **gestione completa delle segnalazioni** di propria competenza (immissione dei dati, ricerche e visualizzazioni, reportistica su scala aziendale).

Villa Rosa 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 di Villa Rosa ha 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 dei reclami e Indagini di soddisfazione** definisce, a tale proposito:

- le modalità di raccolta dei reclami (scritti e verbali) e delle richieste di risarcimento danni;
- le responsabilità e le modalità di risoluzione dei reclami e di gestione delle richieste di risarcimento (con eventuale avvio di azioni correttive atte a prevenire il ripetersi del problema);
- le modalità ed i tempi di risposta al Cliente;
- la gestione della documentazione prodotta.

I dati desunti dai Questionari e quelli relativi ai reclami vengono elaborati periodicamente e analizzati dalla Direzione in sede di Riesame del Sistema Qualità, al fine di identificare eventuali aree di criticità e di avviare adeguate azioni di miglioramento

Reclami:

	2021	2022	2023	2024	2025
UNITA' OPERATIVA					
Reparti Psichiatria	1	1	1	2	0
Diagnostica per immagini	0	0	1	0	0

Sinistri

	2021	2022	2023	2024	2025
Numero sinistri aperti	1	1	-	-	-
Numero sinistri liquidati	1	1	-	-	-
Liquidato Euro	3.500	42.297	-	-	-

Analisi del rischio, dati e criticità	L'ospedale è costantemente impegnato a monitorare la soddisfazione degli utenti con indagini di soddisfazione (questionari) e con la raccolta di reclami e suggerimenti (raccolte tramite apposita modulistica o e-mail). Le risposte agli utenti sui singoli reclami sono date entro 15 giorni dal ricevimento del reclamo stesso. L'impegno della struttura è continuo nel cercare di assicurare adeguati livelli di qualità delle prestazioni e dei servizi. La struttura, per la copertura RCTO, è assicurata con Am Trust n° RCH00020000209 Certificato KOS Care Area Rehab
Interventi/Azioni di miglioramento	<u>Obiettivo:</u> Miglioramento dei sistemi di raccolta reclami e richieste risarcimento danni-sinistri AZIONI INTRAPRESE: L'Ospedale è impegnato da sempre ad adeguare le procedure e prassi operative per la gestione dei reclami e alle richieste di risarcimento danni, in particolare nel corso del 2021-25 facendo riferimento alla recente Legge 8 marzo 2017 n. 24, le azioni sono state indirizzate ad assicurare una tempestiva informazione agli utenti, a valutare con strumenti rigorosi le segnalazioni pervenute, ad utilizzare le analisi sui dati dei reclami e sinistri quale fonte conoscitiva importante per orientare le necessarie azioni di miglioramento. In particolare per facilitare la conoscenza dell'opinione degli utenti e dei reclami si è implementato l'utilizzo di questionari informatizzati sia per i reparti di degenza che per la diagnostica
Valutazione risultati e prospettive future	Le azioni realizzate hanno consentito un miglioramento delle procedure per la gestione dei reclami e sinistri, l'impegno è di proseguire le azioni finalizzate al miglioramento dei servizi e delle prestazioni offerte.

MONITORAGGIO APPLICAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI PER LA SICUREZZA

Letteratura/Principale Normativa di riferimento/	- Decreto del ministero della salute del 10 Gennaio 2007 Istituzione del sistema nazionale di Riferimento per la sicurezza dei pzienti - DM 2 Aprile 2015, n 70 recante gli Standard generali di Qualità per i presidi Ospedalieri- Gestione del rischio clinico - Legge di Stabilità 2016 (Legge n. 208 del 28/12/2015, art.1 comma 539) - DGR 1314/2024-Attuazione del D.M. del Ministero della Salute 19/12/2022 "Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accreditamento delle strutture sanitarie - Osservatorio Nazionale sugli Eventi Sentinella: Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella -Marzo 2008 Dipartimento della Qualità-Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema-Ministero - Raccomandazioni ministeriali
Descrizione strumento/ flusso informativo	Da diversi anni sono state formalizzate numerose raccomandazioni sia dagli enti nazionali che regionali per fornire indicazioni precise orientate a ridurre al minimo il rischio di errori e gli eventi avversi e quindi migliorare la sicurezza per pazienti ed operatori delle strutture sanitarie. Il Risk Manager inserisce annualmente nel sito di Agenas i dati rischiesti dalla piattaforma per le raccomandazioni applicabili complete del livello di implementazione, utilizzando la check list proposta; per quelle non applicabili inserisce la non applicabilità.
Analisi del rischio, dati e criticità	Nell'ambito della gestione del rischio clinico la finalità principale delle raccomandazioni ministeriali per prevenire eventi avversi e sentinella è di aumentare la consapevolezza sui rischi, standardizzare le procedure operative e fornire strumenti pratici per la prevenzione, inoltre favoriscono una cultura della sicurezza e della qualità. Le griglie di autovalutazione delle Raccomandazioni sono a supporto delle verifiche dell'applicazione e degli standard e promuovono quindi il miglioramento continuo Monitoraggio e valutazione delle raccomandazioni è compito del Risk Manager
Interventi/Azioni di miglioramento	Nel corso del 2025 è stata fatta una verifica delle procedure/protocolli correlati alle raccomandazioni e alcune sono stati modificati con modifiche non sostanziali
Valutazione risultati e prospettive future	Si continua il monitoraggio richiesto da Agenas per la prevenzione e gestione degli eventi avversi o sentinella

Tabella con le raccomandazioni ministeriali applicate

N.	Raccomandazione	Livello di applicazione
19	Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide	Procedure formalizzate, applicazione adeguata
18	Raccomandazione per l' utilizzo di abbreviazioni nella gestione farmaci	Procedure formalizzate, applicazione adeguata
17	Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica	Procedure formalizzate, applicazione adeguata
13	Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	Procedure formalizzate, applicazione adeguata
12	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci LASA "Look-alike/sound-alike"	Raccomandazione formalizzata all'interno di procedura, applicazione coerente con raccomandazione
9	Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	Procedure formalizzate, applicazione adeguata
8	Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	Procedure formalizzate, applicazione adeguata

N.	Raccomandazione	Livello di applicazione
7	Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	Procedura formalizzata, applicazione adeguata
4	Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Procedure formalizzate, applicazione adeguata

Tabella con le raccomandazioni regionali applicate:

Raccomandazione	Livello di applicazione
Linee di indirizzo regionali sulle cadute in ospedale	Procedure formalizzate, applicazione adeguata
Linee di indirizzo per la gestione clinica dei farmaci	Procedure formalizzate, applicazione adeguata
Raccomandazione regionale per la sicurezza nella terapia farmacologica n. 2: "Processo di ricognizione e di riconciliazione farmacologica per una prescrizione corretta e sicura"	Raccomandazione formalizzata all'interno di procedure diverse, applicazione coerente con raccomandazione
Indicazioni per la gestione in sicurezza delle preparazioni a base di potassio cloruro concentrato / Usi clinici delle preparazioni a base di	Non applicabile- in ospedale non viene utilizzato e quindi neanche acquistato il cloruro di potassio concentrato
Raccomandazioni regionali per la prevenzione dei suicidi in ospedale	Procedure formalizzate, applicazione adeguata
Raccomandazione regionale per la prevenzione della violenza a danno degli operatori sanitari	Procedure formalizzate, applicazione adeguata
Linee di indirizzo su prevenzione e gestione dell' allontanamento del paziente preso in carico da strutture sanitarie	Procedure formalizzate, applicazione adeguata
Individuazione di aree di miglioramento della qualità delle cure e integrazione delle politiche assicurative e di gestione del rischio	Raccomandazione formalizzata all'interno di procedure diverse

INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

Letteratura/Principale Normativa di riferimento/	- Johnson LE, Reyes K, Zervos MJ. Resources for Infection Prevention and Control on the World Wide Web. Clin Infect Dis 2009; 48:1585–95 2. CCM. - Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S, Sexton B, Hyzy R, Welsh R, Roth G, Bander J, Kepros J, Goeschel C. An Intervention to Decrease Catheter-Related Bloodstream Infections in the ICU. New Engl J Med 2006; 355: 2725-2732 4. - Harbarth S, Sax H, Gastmeier P. The preventable proportion of nosocomial infections: an overview of published reports. J Hosp Infect 2003; 54: 258–266 5. - Fraser V. Zero: What Is It, and How Do We Get There? ICHE 2009, vol. 30: 67-70 6. - Agenzia Sanitaria e Sociale Regione Emilia-Romagna. Sito "Accreditamento istituzionale": http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/aree/accred/accreditamento/index.htm - Linne di indirizzo KOS: Prevenzione e Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (settembre 2024)
Descrizione strumento/flusso informativo	Il gruppo Kos ha sollecitato la creazione in ogni struttura del gruppo di un comitato per le infezioni ospedaliere emettendo anche le Linne di indirizzo: Prevenzione e Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (settembre 2024). Il comitato per le ICA interno (composto da medico internista, direttore sanitario e resp. Infermieristico) si riunisce annualmente o al bisogno esaminando i dati forniti con relazione specifica dal laboratorio di riferimento Synlab. Nella relazione di Synlab è riportato il dato sugli esami fatti per i diversi campioni biologici. Tale modalità permette di valutare eventuali scostamenti delle infezioni rispetto agli standard e di apportare eventuali correttivi. Il Risk Manager viene coinvolto nella gestione del rischio in caso siano osservati eventuali scostamenti rispetto alla media.
Analisi del rischio, dati e criticità	Tra i diversi rischi associati all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria quello infettivo, ossia il rischio per pazienti di contrarre un'infezione nel corso di un episodio assistenziale, occupa un posto particolare in ragione delle dimensioni del rischio, della complessità dei determinanti e del trend epidemiologico in aumento. Nel 2025 non si sono evidenziate criticità particolari o scostamenti rispetto i dati di letteratura relativi agli episodi infettivi
Interventi/Azioni di miglioramento	Obiettivo Miglioramento degli strumenti per la prevenzione del rischio infettivo Azioni Intraprese <i>Direzione Sanitaria, RSPP, Risk Manager e altri Resp.li coinvolti</i> hanno attuato le seguenti azioni: -Informazione e sensibilizzazione del personale sui programmi di sorveglianza e controllo -Costante aggiornamento dei criteri operativi da adottare nei casi di particolari evenienze di rischio infettivo -Partecipazione ai programmi coordinati in ambito regionale e provinciale Obiettivo Valutazioni epidemiologia infezioni attraverso la diagnostica microbiologica Azioni Intraprese <i>Dall'anno 2024 la Direzione Sanitaria ha richiesto e ottenuto dal laboratorio di riferimento una analisi degli esami inviati alla Diagnostica Microbiologica come parte dei dati relativo al rischio clinico da valutare nelle riunioni di direzione</i> Obiettivo <i>Formazione del Personale per il mantenimento della consapevolezza delle modalità per ridurre il rischio di infezioni</i> Azioni Intraprese <i>-Nell'anno 2024 è stata organizzata una formazione FAD specifica per l'ICA per tutti gli operatori sanitari di Kos a cui il personale medico, infermieristico e OSS ha partecipato</i>



Villa
Rosa
Psichiatria

**RELAZIONE su ACCADIMENTI RELATIVI alla
SICUREZZA delle CURE
E CONSEGUENTI AZIONI di MIGLIORAMENTO**



Villa
Rosa
Diagnostica

Pag. 18 di 39

	<i>-Nell'anno 2025 l'ASPP ha partecipato al corso FAD mirato a formare i formatori degli osservatori dell'adesione all'igiene delle mani all'interno delle strutture ospedaliere.</i>
Valutazione risultati e prospettive future	Si ritengono i dati dell'anno 2025 soddisfacenti Le azioni realizzate hanno consentito di mantenere relativamente basso il rischio infettivo , si proseguono le azioni finalizzate a ridurre ulteriormente i fattori che possono portare a fenomeni infettivi.

VISITE PER LA SICUREZZA

Letteratura/Principale Normativa di riferimento/	• D.lgs. 81/2008 - testo unico in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro • Sistema di Gestione Integrato Qualità - Ambiente - Sicurezza (norme ISO 9001, ISO 14001 e OHSAS 18001) • Joint Commission Journal on Quality and Safety • MdS Il giro per la sicurezza del paziente • MdS Safety Walk Round • Progetto VI.SI.T.A.RE Visite per la Sicurezza, la Trasparenza e l'Affidabilità Regione Emilia-Romagna - "VISITARE: promozione della rete delle sicurezze e implementazione delle raccomandazioni in Ospedale- Luglio2017
Descrizione strumento/flusso informativo	Nel 2000 Frankel ha sviluppato i SafetyWalkRounds™ come strumento per coinvolgere anche la dirigenza nella promozione della sicurezza del paziente e promuovere la diffusione dei temi della sicurezza nel sistema sanitario. Partendo da questi presupposti, la metodologia del progetto "VI.SI.T.A.RE" coinvolge gli operatori sugli aspetti emersi dalle verifiche interne alle UU.OO. per l'adeguamento logistico e le valutazioni relative alle azioni di miglioramento al fine di consentire una rigorosa prevenzione dei rischi e promuovere la cultura della sicurezza a livello aziendale. Tutti gli anni i Servizi di Rischio Clinico e Prevenzione Protezione pianificano visite congiunte presso tutti gli ambiti organizzativi di Villa Rosa al fine di valutare situazioni di rischio per utenti ed operatori e condividere con Direzione Sanitaria e i Responsabili e Coordinatori delle diverse Unità Operative gli interventi necessari per ridurre eventuali rischi. Gli ambiti di analisi riguardano aspetti logistici, organizzativi e procedurali. Le informazioni raccolte sono documentate in specifici report/verbali che sono utilizzati per attivare un ampio confronto così che si possano pianificare e realizzare percorsi correttivi e di miglioramento.
Analisi del rischio, dati e criticità	Nell'intento di integrare i percorsi di valutazione dei pericoli partendo dai luoghi dove gli eventi accadono, coinvolgendo gli operatori e da lì risalire alle criticità cliniche e organizzative da affrontare, sono effettuate ogni anno le visite presso tutte le Unità Operative e i locali comuni, verificando gli ambienti, gli spazi, gli arredi, gli ausili al fine di individuare eventuali ambiti di rischio per pazienti ed operatori.
Interventi/Azioni di miglioramento	Obiettivo: Mantenere una rigorosa periodicità delle visite delle UU.OO. e dei Servizi al fine di favorire la cultura della sicurezza a livello aziendale. Azioni: <i>Direzione Sanitaria, Risk Manager, RSPP e altri Resp.li coinvolti hanno attuato le seguenti azioni:</i> - Informazione e sensibilizzazione degli operatori delle UU.OO. e dei servizi - Verifiche sul campo presso tutti gli ambiti logistici della struttura per la prevenzione del rischio - Coinvolgimento degli operatori sugli aspetti emersi dalle verifiche - Interventi di adeguamento logistico al fine di consentire una rigorosa prevenzione dei rischi
Valutazione risultati e prospettive future	I miglioramenti avvenuti a livello strutturale e ambientale in termini di arredi e di istruzioni operative specifiche hanno contribuito a sensibilizzare gli operatori sul tema della sicurezza e ridurre alcuni rischi per i pazienti e per gli operatori stessi. Si continua la periodica visita nei reparti dell'Ospedale essendo un'attività fondamentale al fine di consentire una rigorosa prevenzione del rischio.

FARMACOVIGILANZA

Letteratura/Principale Normativa di riferimento/	- Regolamento UE 1235/2010 - Direttiva 2010/84/UE - Decreto Ministero della Salute 30 aprile 2015- Procedure operative e soluzioni tecniche per un'efficace azione di <i>farmacovigilanza</i> adottate ai sensi del comma 344 dell'articolo 1 della legge 24 dicembre 2012, n. 228 - Decreto Legislativo 24 aprile 2006, n. 219 e s.m.i. - Attuazione della direttiva 2001/83/CE (e successive direttive di modifica) relativa ad un codice comunitario concernente i medicinali per uso umano, nonché della direttiva 2003/94/CE. - Decreto Legislativo 29 dicembre 2007 (Disposizioni correttive al decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, recante attuazione della direttiva 2001/83/CE relativa ad un codice comunitario concernente medicinali per uso umano). - Legge 24 dicembre 2012, n. 228 - Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - DM 12/12/2003 - Nuovo modello di segnalazione di <i>reazione avversa</i> a farmaci e vaccini - Decreto Legislativo 4 marzo 2014, n. 42 - Attuazione dell'articolo 1, paragrafi 1, 5 e 12 della direttiva 2012/26/UE, che modifica la direttiva 2001/83/CE, per quanto riguarda la <i>farmacovigilanza</i>.
Descrizione strumento/flusso informativo	La farmacovigilanza è l'insieme delle attività finalizzate all'identificazione, valutazione, comprensione e prevenzione degli effetti avversi o di qualsiasi altro problema correlato all'uso dei medicinali, al fine di assicurare un rapporto beneficio/rischio favorevole per la popolazione. In linea con questa definizione generale, gli obiettivi alla base della farmacovigilanza, in conformità con la vigente normativa europea, sono: - prevenire i danni causati da reazioni avverse conseguenti all'uso di un medicinale secondo le condizioni di autorizzazione ma anche agli errori terapeutici, all'esposizione professionale, agli usi non conformi incluso l'uso improprio e l'abuso. - promuovere l'uso sicuro ed efficace dei medicinali, in particolare fornendo tempestivamente informazioni sulla sicurezza dei medicinali ai pazienti, agli operatori sanitari e al pubblico in generale. La farmacovigilanza è quindi un'attività che contribuisce alla tutela della salute pubblica. I dati sulla sicurezza dei farmaci possono essere ricavati da differenti fonti: segnalazioni di sospette reazioni avverse (spontanee e non), studi clinici, letteratura scientifica, rapporti inviati dalle industrie farmaceutiche, ecc. Il Centro regionale per la farmacovigilanza, istituito dalla Regione Emilia-Romagna presso il proprio Servizio politica del farmaco, si avvale della collaborazione tecnico-scientifica dell'Unità di farmacologia presso il Dimec (Dipartimento di scienze mediche e chirurgiche dell'Università di Bologna) e, per la parte operativa, della rete dei responsabili di farmacovigilanza delle Aziende sanitarie. Collabora con l'Ufficio di farmacovigilanza dell'Aifa (Agenzia italiana del farmaco). Il Centro regionale verifica e valida le schede di segnalazione, individuando per ogni singola scheda - e sulla base di criteri rigorosi - la correlazione tra "farmaco-reazione avversa" del medicinale, prima dell'inserimento nella Rete nazionale di Farmacovigilanza di Aifa.
Analisi del rischio, dati e criticità	La Direzione Sanitaria di Villa Rosa assicura il monitoraggio degli eventi avversi con riferimento ai farmaci e, tramite i Responsabili della farmaco-vigilanza provinciale garantisce la gestione delle segnalazioni.
Interventi/Azioni di miglioramento	Non sono state segnalate reazioni avverse a farmaci
Valutazione risultati e prospettive future	Continuo monitoraggio delle reazioni avverse da farmaci

DISPOSITIVO VIGILANZA

Letteratura/Principale Normativa di riferimento/	- Ministero della Salute - Decreto legislativo 15 novembre 2005, n. 274 - Ministero della Salute - Decreto legislativo 8 settembre 2000, n. 332 - Ministero della Salute - Decreto legislativo 24 febbraio 1997, n. 46 - Ministero della Salute - Decreto legislativo 14 dicembre 1992, n. 507 - D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali"
Descrizione strumento/ flusso informativo	L'obiettivo del sistema di vigilanza dei dispositivi medici è quello di incrementare la protezione della salute e la sicurezza dei pazienti, degli utilizzatori e di altri riducendo la possibilità che lo stesso tipo di incidente dannoso si ripeta in luoghi diversi in tempi successivi. Tale obiettivo è raggiungibile attraverso la valutazione degli incidenti segnalati e, se del caso, la divulgazione delle informazioni al fine di prevenire altri incidenti dello stesso tipo. Per quanto attiene al monitoraggio degli incidenti, la normativa stabilisce, infatti, che i legali rappresentanti delle strutture sanitarie pubbliche e private e gli operatori sanitari pubblici e privati, sulla base di quanto rilevato nell'esercizio della propria attività, sono tenuti a comunicare immediatamente al Ministero della Salute qualsiasi alterazione delle caratteristiche e delle prestazioni di un dispositivo o qualsiasi inadeguatezza nelle istruzioni per l'uso che possano causare o che abbiano causato il decesso o il grave peggioramento delle condizioni di salute di un paziente o di un operatore. Anche il fabbricante o il suo mandatario sono tenuti ad analoghe comunicazioni qualora vengano a conoscenza di alterazioni delle caratteristiche e delle prestazioni di un dispositivo medico o della inadeguatezza nelle istruzioni per l'uso, nonché delle cause di ordine tecnico e sanitario che hanno causato il ritiro sistematico dal mercato del dispositivo medico da parte del fabbricante medesimo. L'esito finale di questa attività di monitoraggio può consistere in uno spontaneo ritiro dal commercio del dispositivo medico da parte del fabbricante o del suo mandatario o nell'adozione di provvedimenti da parte del Ministero della Salute.
Analisi del rischio, dati e criticità	La Direzione Sanitaria di Villa Rosa assicura il monitoraggio degli eventi avversi/incidenti con riferimento ad apparecchiature e dispositivi medici e, tramite i Responsabili della dispositivo-vigilanza provinciale, garantisce la gestione delle segnalazioni. Negli anni dal 2020 al 2025 non vi sono state segnalazioni, anche in conseguenza del limitato utilizzo di dispositivi medici e del ristretto parco attrezzature della struttura.
Interventi/Azioni di miglioramento	Non sono stati segnalati eventi
Valutazione risultati e prospettive future	Continua il monitoraggio dei dispositivi medici e delle eventuali problematiche emergenti nell'utilizzo degli stessi

CADUTE

Letteratura/Principale Normativa di riferimento/	- Ministero della Salute - Raccomandazione n. 13 - Caduta paziente in strutture sanitarie - Regione Emilia Romagna - Circolare n. 21 del 23 dicembre 2016 "Linee di indirizzo regionali sulle cadute in ospedale" - Decreto del Ministero della Salute del 10 gennaio 2007 Istituzione del Sistema Nazionale Di Riferimento della Sicurezza dei Pazienti. - DM 2/04/2015 n.70 "regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" (Standard di qualità per i presidi ospedalieri - Gestione del rischio clinico). - Linee Guida per comunicare e gestire gli eventi avversi in Sanità, Ministero della salute- 2011 - Legge di Stabilità 2016 (Legge n. 208 del 28/12/2015, art.1 comma 539) - DGR 1314/2024-Attuazione del D.M. del Ministero della Salute 19/12/2022 "Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accreditamento delle strutture sanitarie - Procedura aziendale Gestione Non conformità, rischio clinico e segnalazione eventi avversi - Protocollo Interno Gestione Rischio Cadute
Descrizione strumento/ flusso informativo	L'operatore in seguito alla caduta compila la scheda di incident reporting, il risk manager o suo staff verifica la segnalazione e se non vi sono ulteriori notizie utili e mancanti valida la scheda. Periodicamente, inoltre, viene compilata la check-list l'audit caduta accidentale dall'equipe multidisciplinare (secondo il modello allegato alla Linee di indirizzo regionali sulle cadute in ospedale) I dati relativi alle cadute vengono inviati annualmente in Regione Emilia Romagna e rilevati con incident reporting

	2021			2022			2023			2024			2025		
	N° CASI	Cadute/1000 Giornate deg.	% cadute/ricoveri	N° CASI	Cadute/1000 Giornate deg.	% cadute/ricoveri	N° CASI	Cadute/1000 Giornate deg.	% cadute/ricoveri	N° CASI	Cadute/1000 Giornate deg.	% cadute/ricoveri	N° CASI	Cadute/1000 Giornate deg.	% cadute/ricoveri
N° CASI	143	5,0	10,4%	126	4,3	9,1%	148	5,1	11,0%	179	6,3	13%	161	5,3	12,6%

Analisi del rischio, dati e criticità	Con riferimento all'evento caduta nel quadriennio 2021-2025 tutti i dati sono in crescita, ma da una analisi più approfondita nel 2024 a fronte di 179 pazienti caduti il numero dei pazienti caduti è 99. L'indice "cadute su 1000 gg degenza" (5,0 nel 2021, 4,3 nel 2022, 5,1 nel 2023, 6,3 nel 2024, nel 2025); l'indice si può considerare discreto in confronto con i dati di letteratura (da una revisione su studi osservazionali emerge un tasso di cadute in ospedale variabile tra l'2,3 e l'8,9 /1000 giorni di degenza). Nel protocollo interno Gestione Rischio Cadute vengono dettagliate le attività di prevenzione e gestione cadute. Tra i fattori di rischio più rilevanti si evidenzia l'importante terapia farmacologica fatta da alcuni degenti che è resa però necessaria dalle condizioni psicopatologiche in cui versa il paziente. Di seguito alla presente scheda è presente la tabella di dettaglio dati cadute dal 2021 al2025
Interventi/Azioni di miglioramento	Obiettivo: Miglioramento dei comportamenti per la prevenzione del rischio caduta Azioni: <i>Direzione Sanitaria, Risk Manager e altri Resp.li coinvolti</i> hanno attuato le seguenti azioni: Anno 2021-2023 Analisi dettagliata degli eventi e coinvolgimento degli operatori per applicare sistematicamente le azioni di prevenzione Anno 2023 Formazione FAD predisposta dalla regione Emilia Romagna a tutti operatori sanitari Anno 2024-2025 Maggiore informazione ai pazienti attraverso affissione di apposita cartellonistica dei rischi delle cadute in ospedale



Villa
Rosa
Psichiatria

**RELAZIONE su ACCADIMENTI RELATIVI alla
SICUREZZA delle CURE
E CONSEGUENTI AZIONI di MIGLIORAMENTO**



Villa
Rosa
Diagnostica

Pag. 23 di 39

	Anno 2025 Analisi di alcuni casi di cadute attraverso la check list Audit Cadute Accidentali (secondo il modello allegato alla Linee di indirizzo regionali sulle cadute in ospedale)
Valutazione risultati e prospettive future	Le azioni realizzate sono state finalizzate a prevenire gli eventi caduta. E' fondamentale proseguire il lavoro orientato a mantenere sistematiche modalità di valutazione del rischio e di individuare le azioni di prevenzione . Inoltre si mantiene l'attività di informazione e di educazione preventiva.

CONTENZIONI

Letteratura/Principale Normativa di riferimento/	Costituzione italiana • Art. 13: tutela la libertà personale, che può essere limitata solo nei casi previsti dalla legge. • Art. 32: tutela il diritto alla salute e il rispetto della dignità della persona. Codice penale • L'uso improprio della contenzione può configurare reati come violenza privata (art. 610 c.p.) o sequestro di persona (art. 605 c.p.), se non giustificato da necessità terapeutica immediata. Determinazione n. 4125 del 10 marzo 2021 Regione Emilia Romagna Titolo: "Approvazione del documento di indirizzo tecnico alle strutture sanitarie della Regione in materia di buone pratiche per la prevenzione della contenzione" Documento "Disciplina delle contenzioni fisiche nei Servizi psichiatrici di diagnosi e cura" Pubblicato sul portale della Regione Emilia-Romagna – Assessorato alla Salute
Descrizione strumento/flusso informativo	La contenzione fisica in ospedale, e in particolare nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) e nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna, è regolata da un insieme di norme nazionali e regionali, linee guida e raccomandazioni che ne limitano fortemente l'uso, definendolo come una <i>misura eccezionale e temporanea</i>, ammessa solo nei casi di pericolo grave e attuale per la sicurezza del paziente o di altri. Si basa sull'art. 32 della Costituzione (salute e dignità) e art. 54 c.p. (stato di necessità), richiedendo <u>prescrizione medica</u>, <u>monitoraggio continuo</u> e <u>documentazione in cartella</u>.
Analisi del rischio, dati e criticità	Villa Rosa non effettua contenzioni, applica l'approccio Ospedale a Contenzione Zero. L'approccio Ospedale a contenzioni zero mira ad eliminare la contenzione fisica e farmacologica, sostituendola con cure relazionali, formazione del personale e riorganizzazione dei reparti.
Interventi/Azioni di miglioramento	Monitoraggio continuo, l'attenzione sul tema rimane costante.
Valutazione risultati e prospettive future	Si continuano ad applicare le prassi consolidate.



Villa
Rosa
Psichiatria

**RELAZIONE su ACCADIMENTI RELATIVI alla
SICUREZZA delle CURE
E CONSEGUENTI AZIONI di MIGLIORAMENTO**



Villa
Rosa
Diagnostica

Pag. 25 di 39

EVENTI CORRELATI ALL'USO DI SANGUE-EMOVIGILANZA (SISTRA)

**Letteratura/Principale
Normativa di
riferimento/**

Legge 21 ottobre 2005 n. 219
Decreto Legislativo 19 agosto 2005 n. 191
Decreto Legislativo 9 novembre 2007 n. 207
Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010
Linee guida del **Centro Nazionale Sangue**
Raccomandazioni del **Ministero della Salute Raccomandazione n. 5**
Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da
incompatibilità ABO

**Descrizione
strumento/flusso
informativo**

I pazienti che necessitano di trasfusioni vengono trasferiti all'Ospedale di riferimento
A Villa Rosa non si effettuano trasfusioni.

**Analisi del rischio,
dati e criticità**

**Interventi/Azioni di
miglioramento**

**Valutazione risultati e
prospettive future**

Si applicano le prassi consolidate

ALLONTANAMENTI

Letteratura/Principale Normativa di riferimento/	- Decreto del Ministero della Salute del 10 gennaio 2007 Istituzione del Sistema Nazionale Di Riferimento della Sicurezza dei Pazienti. - DM 2/04/2015 n.70 "regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" (Standard di qualità per i presidi ospedalieri - Gestione del rischio clinico). - Linee Guida per comunicare e gestire gli eventi avversi in Sanità, Ministero della salute-2011 - Legge di Stabilità 2016 (Legge n. 208 del 28/12/2015, art.1 comma 539) - DGR 1314/2024-Attuazione del D.M. del Ministero della Salute 19/12/2022 "Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accreditamento delle strutture sanitarie - Procedura aziendale Gestione Non conformità, rischio clinico e segnalazione eventi avversi - RER – Linee di indirizzo su prevenzione e gestione dell'allontanamento del paziente preso in carico da strutture sanitarie - Procedura Interna Prevenzione e Gestione Allontanamenti non autorizzati dei pazienti
Descrizione strumento/flusso informativo	L'allontanamento del paziente da una struttura sanitaria rappresenta un evento critico che può porre il soggetto in uno stato di potenziale pericolo per la sua vita, per la sua incolumità fisica e per la sicurezza pubblica. I dati relativi agli allontanamenti derivano dalle segnalazioni raccolte tramite il sistema di Incident Reporting, registrazione e raccolta di schede compilate dagli operatori che effettuano la segnalazione dell'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. Gli episodi di allontanamento vengono valutati periodicamente nel numero e nella modalità dalla Direzione e dal Risk Manager. Conseguentemente dall'analisi degli episodi si definiscono le azioni correttive e preventive da attivare.

TIPOLOGIA DI EVENTO	2021		2022		2023		2024		2025	
	N° CASI	%	N° CASI	%	N° CASI	%	N° CASI	%	N° CASI	%
Allontanamento paziente non autorizzato	18	9%	9	15%	20	8%	8	3%	10	3,8 %

Analisi del rischio, dati e criticità	Il numero di allontanamenti è rimasto stabile negli ultimi 2 anni ma il rischio è da monitorare costantemente per la tipologia del paziente preso in carico da Villa Rosa
Interventi/Azioni di miglioramento	Obiettivo: Riduzione dei casi di allontanamento o comunque mantenimento di un numero contenuto con riferimento ai dati di letteratura Azioni: <i>Direzione Sanitaria, Risk Manager e altri Resp.li coinvolti</i> hanno attuato le seguenti azioni: Anno 2021-2022 Programmazione ed esecuzione di opere strutturali per rendere più difficile l'allontanamento dall'ospedale Anno 2023-2024 Sensibilizzazione continua del personale (medico, infermieristico e OSS) a una maggior attenzione alla motivazione al ricovero e al craving Anno 2025 Segnalazione in cartella clinica di criticità di rischio allontanamento per una più attenta osservazione
Valutazione risultati e prospettive future	E' necessario assicurare il monitoraggio sistematico e puntuale del fenomeno compilando la scheda di Incident Reporting e continuare i momenti di rivalutazione dei casi critici coinvolgendo gli operatori nella individuazione di azioni preventive. E' fondamentale sensibilizzare tutti gli operatori sanitari a cogliere i segnali deboli che spesso si manifestano prima di un episodio di allontanamento.

ATTI DI VIOLENZA CONTRO GLI OPERATORI	
Letteratura/Principale Normativa di riferimento/	• 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 • Decreto 13 gennaio 2022 (GU n. 41 del 18/02/2022) istituzione l'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e sociosanitarie (ONSEPS) • Legge 26 maggio 2023 n. 56 – Disposizioni in materia di contrasto degli atti di violenza nei confronti del personale sanitario • DLgs 81/08 - testo unico sulla sicurezza coordinato - Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 e s.m.i • Articolo 583 quater del Codice penale • DL 137 01.10.2024 Misure contrasto fenomeni violenza operatori sanitari • Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori in ambito sanitario e socio- sanitario a causa dell'esercizio delle loro funzioni- Raccomandazione N 8 (Novembre 2025) • Protocollo interno per il trattamento del comportamento aggressivo in psichiatria • Linee di indirizzo gruppo KOS Prevenzioni atti di Violenza a danno degli operatori sanitari.
Descrizione strumento/flusso informativo	I dati derivano principalmente dalle segnalazioni raccolte tramite il sistema di Incident Reporting (compilazione di incident reporting e modulo di segnalazione di episodi di aggressività e/o violenza da terzi a danno degli operatori sanitari). Le schede vengono poi esaminate dalla Direzione Sanitaria, Clinica e dal Risk Manager per la valutazione dell'evento e l'eventuale audit. 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. Conseguentemente dall'analisi degli episodi si definiscono le azioni correttive e preventive da attivare. I dati vengono inviati periodicamente in Regione oltre che esaminati in sede di riunione periodica di sicurezza. Il gruppo KOS ha inoltre costituito un comitato Aziendale per il monitoraggio del fenomeno.

TIPOLOGIA DI EVENTO	2021		2022		2023		2024		2025	
	N° CASI	%	N° CASI	%	N° CASI	%	N° CASI	%	N° CASI	%
Comportamento aggressivo vs operatori	0	0%	3	2%	5	2%	4	1%	10*	3,8 %

6 agiti **aggressivi fisici** verso personale e 4 agiti **aggressivi verbali** verso personale

Analisi del rischio, dati e criticità	Il pericolo di atti di Violenza nei confronti degli operatori dipende sia dalle caratteristiche individuali dell'utenza e degli operatori sia dalle caratteristiche dell'ambiente lavorativo e dell'organizzazione, in psichiatria è un evento non raro che si deve cercare di limitare.
Interventi/Azioni di miglioramento	Obiettivo: Miglioramento delle conoscenze e dei comportamenti per la gestione dei comportamenti aggressivi Azioni: <i>Direzione Sanitaria, Risk Manager e altri Resp.li coinvolti</i> hanno attuato le seguenti azioni: Anno 2021-2023 Prosecuzione e rafforzamento dei percorsi formativi per la gestione del paziente aggressivo Anno 2024 Corso formazione Kos Accademy sulla de-escalation Anno 2025 Programmazione/organizzazione per l'anno 2026 di un corso interno sulla Emergenze e De Escalation in Psichiatria



Villa
Rosa
Psichiatria

**RELAZIONE su ACCADIMENTI RELATIVI alla
SICUREZZA delle CURE
E CONSEGUENTI AZIONI di MIGLIORAMENTO**



Villa
Rosa
Diagnostica

Pag. 28 di 39

**Valutazione risultati e
prospettive future**

Le azioni realizzate sono state finalizzate a contenere gli eventi. E' fondamentale proseguire il lavoro per mantenere modalità di **valutazione del rischio** e per **individuare le necessarie azioni di prevenzione**. Di grande rilevanza sono i momenti formativi e di rivalutazione degli eventi che consentono di aumentare l'attenzione degli operatori sul rischio

AGITI AUTOLESIVI

Letteratura/Principale Normativa di riferimento/

- Osservatorio Nazionale sugli Eventi Sentinella: Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella -Marzo 2008 Dipartimento della Qualità-Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema-Ministero
- Decreto del Ministero della Salute del 10 gennaio 2007 Istituzione del Sistema Nazionale Di Riferimento della Sicurezza dei Pazienti.
- Linee Guida per comunicare e gestire gli eventi avversi in Sanità, Ministero della salute-2011
- Legge di Stabilità 2016 (Legge n. 208 del 28/12/2015, art.1 comma 539)
- DGR 1314/2024-Attuazione del D.M. del Ministero della Salute 19/12/2022 "Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accreditamento delle strutture sanitarie
- Procedura aziendale Gestione Non conformità, rischio clinico e segnalazione eventi avversi

Descrizione strumento/flusso informativo

Gli agiti autolesivi vengono segnalati all'interno della segnalazione di evento avverso nella scheda di segnalazione di Incident Reporting.

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 riaccadimento 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**.

Gli operatori segnalano sulla scheda di incident reporting presente nel DB della cartella clinica gli eventi avversi avvenuti, e inviano per conoscenza la segnalazione anche alla Direzione Assistenziale. La Direzione riporta su Segnal-ER la segnalazione fatta.

Annualmente in sede di riesame vengono forniti i dati del monitoraggio eventi avversi e le azioni correttive intraprese.

Principali segnalazioni raccolte tramite il sistema di **incident reporting** dal **2021 al 2025** nei reparti di degenza

TIPOLOGIA DI EVENTO	2021		2022		2023		2024		2025	
	N° CASI	%	N° CASI	%	N° CASI	%	N° CASI	%	N° CASI	%
Comportamento autolesivo	24	11%	30	12%	22	9,2%	61****	21,1%	40****	15,4 %

Analisi del rischio, dati e criticità

Tra le principali segnalazioni raccolte tramite il sistema di **incident reporting** nei reparti di degenza dal **2021 al 2025** è presente il comportamento autolesivo. Nessuno degli eventi avversi segnalati ha avuto esiti severi, ha dato luogo a reclami o a richieste di risarcimento danni.



Villa
Rosa
Psichiatria

**RELAZIONE su ACCADIMENTI RELATIVI alla
SICUREZZA delle CURE
E CONSEGUENTI AZIONI di MIGLIORAMENTO**



Villa
Rosa
Diagnostica

Pag. 30 di 39

Interventi/Azioni di miglioramento	<u>Obiettivo: Diminuire gli Agiti Autolesivi</u> <i>Direzione Sanitaria, Risk Manager e altri Resp.li coinvolti</i> hanno attuato le seguenti azioni: AZIONI INTRAPRESE: Anno 2021-2023 Attività formativa per la gestione dei pazienti con problematiche di impulsività Anno 2024-2025 Interventi strutturali nel reparto 1 per la diminuzione del rischio: rifacimento camere e bagni con particolare attenzione ad eliminare appigli e sostituzione degli specchi tradizionali con altri non di vetro Anno 2025 Segnalazione in cartella clinica, nel diario infermieristico, del livello di rischio suicidario (in particolare dal livello 2 in su)
Valutazione risultati e prospettive future	Le azioni realizzate sono state finalizzate a contenere gli eventi. E' fondamentale proseguire il lavoro per mantenere l'attenzione sulla valutazione del rischio e per individuare le necessarie azioni di prevenzione. Di grande rilevanza sono i momenti formativi e di rivalutazione degli eventi che consentono di aumentare l'attenzione degli operatori sul rischio

ERRORI RIS-PACS

Letteratura/Principale Normativa di riferimento/	- Osservatorio Nazionale sugli Eventi Sentinella: Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella -Marzo 2008 Dipartimento della Qualità-Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema-Ministero - Decreto del Ministero della Salute del 10 gennaio 2007 Istituzione del Sistema Nazionale Di Riferimento della Sicurezza dei Pazienti. - Linee Guida per comunicare e gestire gli eventi avversi in Sanità, Ministero della salute-2011 - Legge di Stabilità 2016 (Legge n. 208 del 28/12/2015, art.1 comma 539) - DGR 1314/2024-Attuazione del D.M. del Ministero della Salute 19/12/2022 "Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accreditamento delle strutture sanitarie - Procedura aziendale Gestione Non conformità, rischio clinico e segnalazione eventi avversi
Descrizione strumento/ flusso informativo	Attraverso apposito DB viene tenuta traccia degli errori verificatisi in Diagnostica per immagini, Errori RIS-PACS. Gli errori nei sistemi RIS-PACS (gestione dati e immagini radiologiche) coinvolgono principalmente errate associazioni anagrafiche, immagini orfane, mancate trasmissioni tra macchine e archivi, malfunzionamenti tecnici del software/hardware etc..... Questi incidenti richiedono procedure di riconciliazione immagini e ripristino per garantire la corretta diagnosi e archiviazione Gli operatori (segreteria, tecnici, medici) segnalano direttamente sulla work list di fenix l'apertura del ticket, chi apre questo ticket invia anche un e-mail all'amministratore di sistema per segnalare l'apertura del ticket. Annualmente in sede di riesame vengono forniti i dati del monitoraggio di questi eventi le azioni correttive intraprese.

Eventi avversi occorsi nel servizio di Diagnostica per Immagini

EVENTI AVVERSI	2021		2022		2023		2024		2025	
	N° CASI	%	N° CASI	%	N° CASI	%	N° CASI	%	N° CASI	%
anagrafica paziente errata	7	38%	5	11%	8	27%	16	24%	10	40%
assegnazione immagini/esame a paziente diverso	3	17%	10	22%	7	23%	19	29%	8	32%
descrizione esame errata	4	22%	4	9%	9	30%	9	14%	4	16%
Access number errata	0	0%	0	0%	2	7%	0	0%	0	0%
Referto Errato	1	6%	0	0%	1	3%	2	3%	1	4%
Non funzionamento RIS PACS	0	0%	3	6%	0	0%	8	12%	0	0%
Separazione esame per doppia richiesta	3	17%	4	9%	1	3%	4	6%	1	4%
Mancata assegnazione Accession Number dell'immagine a fenix	0	0%	20*	43%	2	7%	8	12%	1	4%
Totale	18		46		30		66		25	

*Dato alto dovuto a nuova attrezzatura con formazione ancora deficitaria.

Analisi del rischio, dati e criticità	Le principali segnalazioni raccolte dalla radiologia tramite il sistema di segnalazione errori sono relative a: anagrafica paziente errata, assegnazione immagini/esame a paziente diverso, descrizione esame errata, Access number errata, Referto Errato, Non funzionamento RIS PACS, Separazione esame per doppia richiesta, Mancata assegnazione Accession Number dell'immagine a fenix- Di seguito è riportata la tabella con gli eventi registrati dal 2021 al 2025 Nessuno degli eventi avversi segnalati ha avuto esiti severi, ha dato luogo a reclami o a richieste di risarcimento danni
--	---



Villa
Rosa
Psichiatria

**RELAZIONE su ACCADIMENTI RELATIVI alla
SICUREZZA delle CURE
E CONSEGUENTI AZIONI di MIGLIORAMENTO**



Villa
Rosa
Diagnostica

Pag. 32 di 39

Interventi/Azioni di miglioramento	Obiettivo: Ridurre gli Errori in Diagnostica per immagini (Errori Ris-Pacs) AZIONI INTRAPRESE: <i>Direzione Sanitaria, Risk Manager e altri Resp.li coinvolti</i> (capo-tecnico, responsabile radiologia, segreteria) hanno attuato le seguenti azioni: Anno 2021-2024 Prosecuzione analisi e coinvolgimento degli operatori per condividere e applicare le azioni di prevenzione Anno 2025-2026 Programmazione ed esecuzione incontri con la segreteria per la valutazione delle problematiche e la gestione di eventuali errori
Valutazione risultati e prospettive future	Le azioni realizzate sono state finalizzate a contenere gli eventi. E' fondamentale proseguire il lavoro per mantenere l'attenzione sulla valutazione del rischio e per individuare le necessarie azioni di prevenzione. Di grande rilevanza sono i momenti formativi e di rivalutazione degli eventi che consentono di aumentare l'attenzione degli operatori sul rischio

INFORTUNI OPERATORI

Letteratura/Principale Normativa di riferimento/	- DLgs 81/08 - testo unico sulla sicurezza coordinato - Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 e s.m.i edizione Maggio 2017. - Legge 199 del 29/10/2016 Contrasto lavoro nero e sfruttamento del lavoro. Disposizione in materia di contrasto ai fenomeni del lavoro nero, dello sfruttamento del lavoro in agricoltura e di riallineamento retributivo nel settore agricolo - DLgs 81/15 - Disciplina organica dei contratti di lavoro e revisione della normativa in tema di mansioni - DLgs 149/2015 - Semplificazione dell'attività ispettiva in materia di lavoro e istituzione dell'ispettorato nazionale del lavoro - D.M. 13/2/14 - Procedure semplificate adozione "modello organizzativo 231" per PMI - D.M. 30/11/12 Procedure standardizzate per la valutazione dei rischi - DPR 177/11 Qualificazione imprese operanti in ambienti sospetti inquinamento e spazi confinati - DLgs 475/92 Dispositivi di protezione individuale
Descrizione strumento/ flusso informativo	La legislazione italiana, con l'entrata in vigore del Testo unico in materia di salute e sicurezza sul lavoro ha inasprito le sanzioni e introdotto obblighi di rendiconto stringenti per contrastare il fenomeno degli infortuni sul lavoro. Risulta quindi importante individuare, prevenire e tenere sotto controllo i potenziali rischi di incidenti e infortuni sul lavoro. Villa Rosa utilizza diversi sistemi per monitorare la sicurezza sul lavoro sia con riferimento agli eventi con effetti sulla salute dei lavoratori (numero ed esiti di infortunio, malattia professionale, ospedalizzazione) sia con l'analisi dei cambiamenti e delle trasformazioni in ambito lavorativo (aumento dei lavoratori stranieri, invecchiamento della forza lavoro, outsourcing, ecc.). La principale fonte informativa utilizzata sono registri degli infortuni che consentono una analisi sia sul numero che sulla tipologia di evento, sulle figure professionali coinvolte, sul tempo di assenza dal lavoro. Il registro è alimentato dalle certificazioni di infortunio presentate dai lavoratori. La tipologia e il numero di infortuni vengono esaminate in sede di riunione periodica di sicurezza dal RSPP.

	2021		2022		2023		2024		2025	
	N° CASI (*)	Giorni assenza	N° CASI (*)	Giorni assenza	N° CASI (*)	Giorni assenza	N° CASI (*)	Giorni assenza	N° CASI (*)	Giorni assenza
Infortuni	5	21	7	96	4	57	8	81 di cui 49 per 1 singolo infortunio	6	106 di cui 63 per 1 singolo infortunio

Analisi del rischio, dati e criticità	Dai dati relativi agli Infortuni, risultano evidenti i seguenti elementi: - La tipologia infortunistica più diffusa è quella di <u>infortuni di natura meccanica quali urti schiacciamenti, contusioni e traumi</u>; c'è stato 1 solo caso di agito aggressivo di paziente che non ha previsto l'abbandono del posto di lavoro da parte dell'operatore. - Le assenze più prolungate per infortunio sono da imputarsi ad eventi <u>quali incidenti in itinere a seguire urti/ schiacciamenti/ contusioni</u> - Il personale maggiormente esposto all'infortunio è individuabile nel <u>personale infermieristico</u> a seguire il <u>personale socio sanitario</u>
Interventi/Azioni di miglioramento	Obiettivo: Mantenimento delle conoscenze per i corretti comportamenti e nomina di figure chiave come i preposti e loro continua formazione Azioni: <i>Direzione di Struttura, Direzione Sanitaria, Resp. Prevenzione protezione e altri Resp.li coinvolti</i> monitorano costantemente la formazione del personale per una programmazione della formazione che coinvolga tutto il personale
Valutazione risultati e prospettive future	Le azioni realizzate hanno consentito di mantenere sotto osservazione costante il fenomeno degli infortuni e dei fattori che possono influire sulla sicurezza per gli operatori; si proseguono le azioni finalizzate ad assicurare adeguati percorsi formativi e di coinvolgimento dei lavoratori per l'applicazione delle prassi operative corrette evitando così eventi indesiderati che mettono in pericolo la salute dei lavoratori stessi.

FORMAZIONE E INFORMAZIONE PER LA SICUREZZA DELLE CURE

Letteratura/Principale Normativa di riferimento/	• Osservatorio Nazionale sugli Eventi Sentinella: Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella -Marzo 2008 Dipartimento della Qualità-Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema-Ministero • Decreto del Ministero della Salute del 10 gennaio 2007 Istituzione del Sistema Nazionale Di Riferimento della Sicurezza dei Pazienti. • Linee Guida per comunicare e gestire gli eventi avversi in Sanità, Ministero della salute-2011 • Legge di Stabilità 2016 (Legge n. 208 del 28/12/2015, art.1 comma 539) • Linee di indirizzo per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari e socio sanitari RER • Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella-Ministero della Salute -2024 • DGR 1314/2024-Attuazione del D.M. del Ministero della Salute 19/12/2022 "Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accreditamento delle strutture sanitarie • Legge 8 Marzo 2017, n 24 (Legge Gelli)"Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" • Codice Deontologia Medica 2014 art.14 • Codice Deontologico dell'infermiere art.32
Descrizione strumento/flusso informativo	Gli eventi formativi vengono proposti annualmente dalla Direzione di Struttura a Kos Formazione considerando: la rilevazione del fabbisogno formativo e l'implementazione di eventuali nuove normative e linee guida. la valutazione delle competenze (per l'impatto che la formazione ha sui comportamenti professionali)
Analisi del rischio, dati e criticità	I dati di monitoraggio aziendale relativi alla sicurezza delle cure uniti anche ai dati sugli infortuni e sulle aggressioni agli operatori servono per valutare la tenuta del sistema, e le criticità.
Interventi/Azioni di miglioramento	<u>Obiettivo:</u> Continuare a sviluppare la cultura della sicurezza delle cure AZIONI INTRAPRESE: Annualmente vengono inseriti eventi formativi nel Piano di Formazione Aziendale, con tematiche inerenti la sicurezza. Di seguito tabella con elenco dei corsi fatti negli anni dal 2021 al 2025 con tematiche inerenti la sicurezza e il governo clinico

RENDICONTAZIONE DELLE ATTIVITÀ FORMATIVE

Si riportano di seguito le **attività formative realizzate nel corso degli ultimi anni con riferimento alla gestione del rischio**

Anno	Area Tematica	Titolo	Ore Formazione	N. Edizioni	Partecipanti complessivi
2021	Sicurezza Sul Lavoro	Corso Antincendio VVF Rischio Alto- retraining	8	1	7
2021	Sicurezza Sul Lavoro	Corso Antincendio VVF Rischio Alto	16	1	8
2021	Sicurezza Sul Lavoro	Formazione rischio specifico alto	12	1	5
2021	Sicurezza sul Lavoro	Addetto all'emergenza/evacuazione	4	1	8
2021	Sicurezza sul Lavoro	Dlg. 81/08 Corso aggiornamento Dirigenti	16	1	1
2021	Sicurezza sul Lavoro	Dlg. 81/08 Formazione preposti	8	1	1
2021	Gestione Emergenze cliniche	Corso BLS-D	5	2	23
2021	Rischio clinico	Preveniamo la contenzione buone pratiche in Emilia Romagna	4	1	1
2021	Rischio clinico	Governo della qualità nelle strutture psichiatriche (implementazione delle raccomandazioni ministeriali)	12	1	4
2021	Rischio Clinico	Supervisione Casi Clinici-rep.1	4,5	1	16
2021	Rischio Clinico	Supervisione Casi Clinici-rep.2	1,5	1	9
2022	Sicurezza Sul Lavoro	Formazione sicurezza RMN	1	1	18
2022	Sicurezza Sul Lavoro	Formazione rischio radiologico	2	1	6
2022	Sicurezza sul Lavoro	Addetto all'emergenza/evacuazione	4	1	6
2022	Sicurezza Sul Lavoro	Formazione rischio specifico basso	4	1	2
2022	Sicurezza Sul Lavoro	Formazione rischio specifico alto	12	1	6
2022	Sicurezza sul Lavoro	Aggiornamento quinquennale DL 81/08	6	1	30
2022	Sicurezza Sul Lavoro	Formazione generale	4	1	6
2022	Gestione Emergenze cliniche	Corso BLS-D	5	1	11
2022	Rischio clinico	L'infezione da Sars Cov-2	1	1	10
2022	Rischio clinico	Percorso clinico-terapeutico ospedaliero del paziente con diagnosi di disturbo di personalità (Supervisioni casi clinici)	11	1	18
2022	Rischio clinico	Modello TFP e progetto riabilitativo individualizzato (Supervisioni casi clinici)	9	1	20
2022	Gestione Emergenze cliniche	Gestione delle intossicazioni e overdose	1	2	25
2023	Rischio clinico	Casi clinici complessi: incontri di formazione allargati all'equipe multidisciplinare sui pazienti in fase di ricovero per costruire	11	1	23

Anno	Area Tematica	Titolo	Ore Formazione	N. Edizioni	Partecipanti complessivi
		E sviluppare un linguaggio comune e condiviso			
2023	Rischio clinico	Formazione nell'ambito dell'intervento di cura per l'adolescente	15,5	1	23
2023	Rischio clinico	Psicofarmaci: il loro utilizzo e gli effetti collaterali da osservare	1,5	1	7
2023	Rischio clinico	Elementi di psicopatologia: dalla nascita all'adolescenza	1,5	1	8
2023	Rischio clinico	Le patologie psichiatriche: i disturbi si personalità	3	1	9
2023	Rischio clinico	Psicopatologie dei pazienti ricoverati	4	1	3
2023	Rischio clinico	La gestione della contenzione meccanica: tecniche e modelli per il suo superamento	8	2	4
2023	Rischio clinico	La gestione della contenzione: tecniche e modelli per il suo superamento. Formazione residenziale con Villa Rosa	5	1	12
2023	Rischio clinico	Preveniamo la contenzione. Buone pratiche in Emilia-Romagna	7	1	7
2023	Rischio clinico	Linee di indirizzo regionali sulle cadute in ospedale	6	1	6
2023		Corso di qualificazione Valutatori per l'Accreditamento istituzionale	63	1	1
2023	Rischio clinico	Formazione sulle sostanze d'abuso/Ketamina	1	1	22
2023	Rischio clinico	Kosmonauta 2 -equipe reveal – Il lavoro in equipe multidisciplinare	3	1	4
2023		Stargate-Protezione dei dati personali – Regolamento UE 2016/679	1,5	1	4
2023	Sicurezza sul lavoro	Formazione generale	4	1	1
2023	Sicurezza sul lavoro	Formazione specifica rischio alto	12	1	5
2023	Sicurezza sul lavoro	Aggiornamento quinquennale DLgs 81/08	6	1	22
2023	Sicurezza sul lavoro	Corso Antincendio VVF Rischio elevato	16	1	8
2023	Sicurezza sul lavoro	Corso Antincendio VVF Rischio elevato-aggiornamento	8	2	28
2023	Sicurezza sul lavoro	Addetto all'emergenza/evacuazione	4	1	7
2023	Sicurezza sul lavoro	Utilizzo Impianti rivelazione incendi	0,5	1	38
2023	Sicurezza sul lavoro	Sicurezza in Risonanza Magnetica	1	1	6
2023	Sicurezza sul lavoro	L'infezione da SARS COV-2	1	1	6
2023	Gestione Emergenze cliniche	Corso BLSD	5	3	45
2024	Rischio Clinico	Il rischio clinico	7,50	1	60
2024	Rischio clinico	Aggiornamento in Psicofarmacologia Clinica	6	1	25

Anno	Area Tematica	Titolo	Ore Formazione	N. Edizioni	Partecipanti complessivi
2024	Rischio clinico	Infezioni correlate all'assistenza ICA – Psichiatria	1	1	61
2024	Sicurezza Informatica	Cyber Guru – Consapevolezza in ambito di sicurezza informatica	6	1	48
2024	Rischio Clinico	La Prevenzione dei Maltrattamenti	2	1	87
2024	Rischio clinico	De-Escalation, la Gestione dei Comportamenti Aggressivi – Tecniche e Strumenti	2	1	87
2024	Gestione Emergenze cliniche	Corso BLSD	5	2	12
2024	Rischio clinico	Formazione Trainers per le procedure nel progetto "DE-ESCALATION" – Divisione Psichiatria	1	1	2
2024	Rischio clinico	De-Escalation: la gestione dei comportamenti aggressivi	4	2	39
2024	Sicurezza dei dati	Stargate – protezione particolare dei dati personali – Regolamento UE 2016/679	1	1	79
2024	Sicurezza sul lavoro	Formazione generale dei lavoratori	4	1	9
2024	Sicurezza sul lavoro	Formazione specifica rischio basso	4	1	3
2024	Sicurezza sul lavoro	Formazione specifica rischio alto	12	8	9
2024	Sicurezza sul lavoro	Aggiornamento quinquennale rischi specifici	6	1	5
2024	Sicurezza sul lavoro	Formazione abilitante addetto alla gestione delle emergenze, prevenzione incendi e lotta antincendio Livello 3 – D.M. 02/09/2021	16	1	5
2024	Sicurezza sul lavoro	Formazione specifica rischio d'incendio e gestione emergenza	4	2	24
2024	Sicurezza sul lavoro	Corso RLS	32	1	1
2024	Sicurezza sul lavoro	Formazione preposti	8	2	13
2025	Sicurezza sul lavoro	Aggiornamento biennale per Preposti	18	2	3
2025	Sicurezza sul lavoro	Aggiornamento quinquennale rischi specifici (FAD)	18	1	3
2025	Sicurezza sul lavoro	Corso di aggiornamento per RLS	8	1	1
2025	Sicurezza sul lavoro	Corso di Formazione dei Lavoratori sui rischi specifici - Rischio alto	60	4	5
2025	Sicurezza sul lavoro	Formazione abilitante addetto alla gestione delle emergenze, prevenzione incendi e lotta antincendio Livello 3 - D.M. 02/09/2021	384	2	24
2025	Sicurezza sul lavoro	Formazione Generale Lavoratori (FAD)	4	1	1
2025	Sicurezza sul lavoro	Rischio incendio e gestione emergenza per Addetti Evacuazione 4h	4	1	1
2025	Rischio clinico	Approfondimento monitoraggio eventi sentinella	19,5	1	66



Villa
Rosa
Psichiatria

**RELAZIONE su ACCADIMENTI RELATIVI alla
SICUREZZA delle CURE
E CONSEGUENTI AZIONI di MIGLIORAMENTO**



Villa
Rosa
Diagnostica

Pag. 38 di 39

Anno	Area Tematica	Titolo	Ore Formazione	N. Edizioni	Partecipanti complessivi
2025	Rischio clinico	CORSO DI FORMAZIONE PER LA FIGURA DEL FACILITATORE DI QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE	40	1	1
2025	Rischio clinico	DE-ESCALATION, LA GESTIONE DEI COMPORTAMENTI AGGRESSIVI - tecniche e strumenti	2	1	2
2025	Rischio clinico	LA PREVENZIONE DEL RISCHIO DI SUICIDIO	68,5	1	58
2025	Rischio clinico	LA PREVENZIONE NELLE CURE: quali azioni efficaci per la gestione delle aggressioni, dei maltrattamenti e delle infezioni da contatto	10	1	3
2025	Rischio clinico	IL RISCHIO CLINICO PER I PROFESSIONISTI DELLA SALUTE	71	1	63
2025	Rischio clinico	L'infezione da SARS-CoV-2	8	1	4
2025	Rischio clinico	PREVENZIONE DEI COMPORTAMENTI INADEGUATI, La relazione e gli strumenti per un corretto approccio al paziente	296	6	87
2025	Gestione delle emergenze cliniche	BLSD (Fipes)	240	4	48

Valutazione risultati e prospettive future

Le azioni realizzate hanno consentito di assicurare adeguati **percorsi formativi e di coinvolgimento dei lavoratori** per l'applicazione delle prassi operative corrette tenendo sotto controllo eventi indesiderati che compromettano la sicurezza delle cure.

3. CONCLUSIONI

In tema di gestione del rischio la Direzione di Villa Rosa, con la predisposizione del relativo Piano, assume annualmente un impegno articolato in obiettivi, azioni – interventi per la tutela della sicurezza dei pazienti e degli operatori.

Nell'anno 2025 come nel passato è proseguita la raccolta dei dati sui rischi e sugli eventi avversi rilevati, attraverso le fonti informative disponibili: Incident reporting - Segnalazione di eventi sentinella – Analisi reclami e segnalazioni con rilevanza per il rischio clinico, ...

Il monitoraggio di tali fonti informative ha confermato un quadro generale di rischio moderato e che l'evento "caduta" insieme agli eventi "agiti aggressivi" ed "agiti autolesivi" sono quelli più frequentemente registrati.

Dall'analisi dei dati è emerso che l'evento caduta si manifesta prevalentemente a causa di fattori favorevoli legati alle caratteristiche clinico-patologiche intrinseche al paziente e in un numero considerevole di volte lo stesso paziente è caduto più volte.

Per ciò che riguarda gli agiti aggressivi ed autolesivi sono legati alla patologia del paziente e hanno avuto esiti minori

Nell'anno appena trascorso non sono state registrate segnalazioni di eventi sentinella.

Direttore Sanitario
D.ssa Maria Paola Barbieri



Risk Manager
Dr. Cosimo Argentieri



