

Relazione annuale consuntiva eventi avversi Anno 2025

INTRODUZIONE E DESCRIZIONE DELL' ATTIVITA'

Maria Cecilia Hospital, Ospedale Privato Accreditato con il Servizio Sanitario Nazionale, è costituito dalle due unità locali di Maria Cecilia Hospital a Cotignola (RA) e San Pier Damiano Hospital a Faenza (RA).

Fondata nel 1973, Maria Cecilia Hospital è stata realizzata secondo i più avanzati criteri di architettura sanitaria. Ha sviluppato la propria attività soprattutto verso la medicina di Alta Specialità alla ricerca della qualità delle prestazioni; l'impegno appare evidente sia nella scelta delle discipline di alta specializzazione svolte, come la Cardiologia medica e chirurgica, la Neurochirurgia e la Radioterapia, sia nel continuo miglioramento delle strutture e delle tecnologie, nella selezione e formazione dei professionisti, nell'impegno rivolto alla realizzazione e al mantenimento di un Sistema di Qualità, Sicurezza e Accredimento. La struttura è certificata UNI-EN-ISO 9001 dall'Ente Bureau Veritas.

La struttura ospedaliera dispone di **235 posti letto** per ricoveri di diagnosi e cura e offre prestazioni in regime di ricovero ordinario, day hospital e day surgery, relative alle seguenti funzioni sanitarie:

- Cardiologia - Cardioangiologia diagnostica e interventistica - Aritmologia
- Cardiochirurgia
- Chirurgia vascolare
- Chirurgia Toracica
- Chirurgia Generale e Bariatrica
- Chirurgia Maxillo-facciale
- Medicina
- Neurochirurgia-Stereotassia-Gamma Knife
- Oculistica
- Odontoiatria e Stomatologia
- Ortopedia e Traumatologia
- Riabilitazione cardiologica
- Trattamento del Piede Diabetico

Il comparto operatorio è costituito da undici sale operatorie, dedicate all'attività chirurgica.

Il Laboratorio di Emodinamica consta di tre sale dedicate alla cardiologia interventistica e all'endovascolare.

L'Unità Operativa di Aritmologia è dotata di tre sale dedicate all'elettrofisiologia e all'elettrostimolazione.

L'area di "degenza critica - cure intensive" è dotata di 24 posti letto: 20 di Terapia Intensiva post-chirurgica (di cui 1 per isolamento) e 4 di Terapia Intensiva coronarica (U.T.I.C.), tutti attrezzati con monitoraggio continuo necessario per la gestione ottimale del paziente critico.

Maria Cecilia Hospital dispone inoltre di:

- Ambulatorio Polispecialistico
- Servizio di Diagnostica per Immagini (Radiologia tradizionale, TAC Multislice Multisorgente, RMN 1,5 tesla, TAC e TAC-PET)
- Servizio di Diagnostica strumentale ecografica
- Ambulatorio di endoscopia
- Palestra per la Riabilitazione cardiovascolare e fisioterapica
- Laboratorio Analisi
- Ambulatorio Odontoiatrico

Perseguendo l'obiettivo di essere struttura sanitaria di eccellenza per la qualità delle prestazioni rese, Maria Cecilia Hospital ha sviluppato importanti rapporti con le Facoltà di Medicina di prestigiose Università tra cui l'Università di Bologna - Scuola di Specializzazione in Cardiocirurgia e Chirurgia Toracica e Cardiovascolare, l'Università di Ferrara - Scuola di Specializzazione in Cardiologia, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia, Neurochirurgia ed Endocrinologia e l'Università Tor Vergata di Roma per la Chirurgia Generale.

Maria Cecilia Hospital include la Ricerca Clinica e Traslazionale che effettua studi clinici sperimentali presso la medesima Struttura Ospedaliera: indagini molecolari e biologiche, nelle varie aree disciplinari operanti in GVM con particolare riferimento a quelle Cardiovascolari.

Maria Cecilia Hospital è stata riconosciuta istituzionalmente come soggetto qualificato nel campo della **formazione continua in sanità**. E' quindi abilitata a realizzare attività formative idonee per l'ECM individuando e attribuendo direttamente i crediti agli eventi formativi e rilasciando il relativo attestato ai partecipanti.

In qualità di **Provider**, Maria Cecilia Hospital può accreditare eventi di formazione residenziale (corsi, congressi, seminari in aula) e di formazione sul campo.

Nel **2025** gli **operatori** impegnati a Maria Cecilia Hospital risultano così suddivisi:

| Figure Professionali | N° |
|--|-----------|
| Medici | 154 |
| Personale infermieristico e coordinatori | 248 |
| Tecnici sanitari | 45 |
| Operatori Socio-Sanitari | 15 |
| Amministrativi | 30 |
| Ausiliari | 3 |
| Addetti alle pulizie | 60 |

Alcuni **dati di attività 2025**:

| | |
|--|--------|
| Numero di ricoveri (service inclusi) | 10.681 |
| Giornate di degenza | 50.641 |
| Interventi di Chirurgia Cardio-Toraco-Vascolare | 1.448 |
| Procedure Emodinamica Diagnostiche/ Interventistiche | 6.102 |
| Procedure Elettrofisiologia | 1.245 |
| Interventi di Neurochirurgia | 1.995 |
| Interventi di Chirurgia Generale e Bariatrica | 1.049 |
| Interventi di Ortopedia | 919 |
| Interventi di Chirurgia Piede Diabetico | 697 |
| Interventi di Chirurgia Maxillo-Facciale | 413 |

Percorsi assistenziali rivolti ad altre strutture ospedaliere o servizi territoriali in ambito regionale e/o nazionale

MCH continua a rafforzare molteplici sinergie con l'AUSL della Romagna al fine di sviluppare il percorso cardio-toraco-vascolare in un'ottica di rete finalizzata a garantire al paziente il miglior percorso di cura. A partire dal 2016 è stata istituita una commissione interaziendale multidisciplinare (Heart Team) finalizzata alla selezione dei pazienti con indicazione clinica alla cardiocirurgia e/o alla cardiologia interventistica strutturale. Inoltre, è stata inoltre implementata una convenzione tra MCH e l'AUSL della Romagna per lo svolgimento di attività di cardiologia strutturale.

L'Heart Team Area Vasta Romagna rappresenta un modello di integrazione tra strutture pubbliche e sanità privata accreditata. In particolare, la Cardiocirurgia di MCH è il riferimento per l'AUSL della Romagna e da sempre soddisfa le richieste di tutte le unità cardiologiche inserite nella rete territoriale rappresentata dagli Ospedali di Ravenna, Forlì-Cesena e Rimini.

In aggiunta all'Heart Team di Area Vasta è operativo anche un analogo organismo di collaborazione con l'ASL di Imola con la quale esiste un accordo per cui Maria Cecilia rappresenta il centro di riferimento e di invio delle emergenze cardiocirurgie e degli infarti (angioplastiche primarie).

Strumento essenziale per la definizione del miglior percorso terapeutico per il singolo paziente è la discussione collegiale, fulcro dell'Heart Team che è costituito da un gruppo di professionisti rappresentato da cardiologi clinici, cardiologi interventisti, esperti di imaging cardio-vascolare, cardiocirurghi e cardio anestesisti.

Alle discussioni collegiali dell'Heart Team possono partecipare, per casi specifici, anche altri professionisti come Nefrologi, Infettivologi o Geriatri.

Particolare rilevanza riveste la discussione delle condizioni cliniche dei pazienti anziani che per le co-morbilità e per le patologie cardiache spesso combinate sia a livello coronarico che a livello valvolare necessitano di una attenta valutazione per determinare il miglior percorso terapeutico. Negli ultimi anni si è inoltre assistito ad un notevole sviluppo di tutte le metodiche di trattamento delle patologie cardiache strutturali con approcci endovascolari (TAVI, Mitraclip, Triclip, Neocord, chiusura auricolare, chiusura difetti congeniti quali difetto del seno interatriale e forame ovale pervio) le cui indicazioni, solo recentemente inserite nelle linee guida internazionali, devono essere sempre attentamente valutate.

Le riunioni dell'Heart team, a cadenza settimanale, si svolgono per tutti i casi presso le singole strutture cardiologiche degli ospedali della Rete Romagnola e dell'ospedale di Imola, mensilmente, i casi più complessi sono oggetto di rivalutazione collegiale presso la Struttura di MCH.

Come conseguenza di questa integrazione negli anni si è sviluppata una proficua collaborazione operativa con i Cardiologi Interventisti degli Ospedali di Ravenna, Rimini e Forlì-Cesena che hanno dapprima intrapreso un percorso formativo presso MCH per il trattamento endovascolare della patologia valvolare aortica mediante TAVI e successivamente si sono inseriti nella normale attività di sala presso la struttura MCH.

LA RETE DI GESTIONE DEL RISCHIO A MARIA CECILIA HOSPITAL

Il Sistema Qualità aziendale prevede un portale disponibile sulla rete intranet per il personale della struttura, con una sezione dedicata alla gestione del rischio.

All'interno, si trova il funzionigramma del Comitato di Gestione del Rischio Clinico.

La procedura PG-13 prevede la gestione degli eventi avversi, dei near miss e degli eventi sentinella conformemente alla normativa vigente, il documento è stato diffuso a tutto il personale e si sono svolti corsi di formazione sui temi della gestione del rischio.

Il **programma di gestione del rischio clinico** di Maria Cecilia Hospital si svolge su più direttrici che vengono elencate di seguito.

Riunioni di Dipartimento, Riesami e Audit

- il Dipartimento Cardiovascolare si riunisce periodicamente
- le restanti Unità Operative e Servizi si riuniscono in concomitanza degli audit periodici dei Coordinatori Infermieristici e nei riesami di settore annuali.

In tali contesti si analizzano i dati relativi a:

- Incident reporting
- Non conformità derivanti dall'analisi della commissione di controllo cartelle cliniche
- Verbali Comitato Infezioni Ospedaliere
- Standard di prodotto
- Non Conformità di Sistema Qualità (anche derivanti da verifiche ispettive interne)
- Reclami

Nell'ambito delle riunioni periodiche vengono coinvolti i referenti di Area interessati.

Controllo cartelle cliniche

Si svolgono incontri periodici di aggiornamento per la verifica ed appropriatezza dei percorsi diagnostico terapeutici.

Gli incontri hanno lo scopo di verificare il contenuto della cartella clinica e dell'appropriatezza del ricovero e della relativa SDO (la pianificazione degli incontri è determinata sulla base dei controlli trimestrali dell'ASL di competenza).

Inoltre, il personale addetto ai controlli sulle cartelle cliniche effettua una verifica di corretta codifica dei codici attribuiti alla scheda di dimissione ospedaliera prevista dal S.S.N.

L'Addetta incaricata effettua il controllo di completezza documentale delle cartelle cliniche riportando gli esiti su data base apposito. Ne viene estratto un report di corretta e completa tenuta della cartella clinica.

Comitato Rischio Clinico

Il Comitato è presieduto dal Risk Manager ed è costituito dal Direttore Infermieristico e Tecnico, dal rappresentante della Direzione Generale, dal Direttore Operativo, dal Direttore Alberghiero, dal RSPP, dai Componenti il CIO e da un rappresentante del CVS (Comitato Valutazione Sinistri). I dati che vengono discussi durante la riunione del Comitato Rischio Clinico vengono raccolti dalla Direzione Sanitaria ed elaborati insieme al data manager che si occupa della reportistica sanitaria.

Il Risk Manager funge da controllo e da prima allerta verso i casi di eventi avversi o quasi eventi ed eventi sentinella e agisce di concerto con la Direzione Generale per inviare la segnalazione all'ente di competenza ed effettuare analisi di contesto e di evento andando a ritrovare cause e fattori contribuenti il rischio. Una volta segnalato l'evento, il Risk Manager, affronterà la criticità

nel gruppo di segnalazioni, monitoraggio e discussione del Rischio Clinico. Il gruppo di lavoro poi, una volta analizzato il problema, coinvolgerà le figure di riferimento per la gestione e risoluzione dell'evento.

Questo Comitato, che si riunisce ogni 3 mesi, ha il compito di gestire tutte le segnalazioni legate al Risk Management e coordinare e programmare i piani di lavoro; da questo coordinamento vengono individuati i gruppi di lavoro per la redazione, la modifica/aggiornamento e la diffusione delle procedure, tra le quali rientrano anche quelle relative al Risk Management.

Comitato Infezioni Ospedaliere

La gestione del rischio infettivo rientra nell'ambito complessivo della gestione del rischio clinico ed è costituito dalla prevenzione delle infezioni attraverso applicazione e monitoraggio piano programma prevenzione infezioni.

Linee di indirizzo dal Comitato Valutazione Sinistri di GVM Care & Research

Il Comitato, sulla base dei sinistri pervenuti, informa e consiglia le Direzioni delle strutture di GVM Care & Research sulle soluzioni per prevenire il rischio clinico. E' composto da professionisti nominati che analizzano i sinistri per rispondere alle cause legali.

DESCRIZIONE DEGLI STRUMENTI UTILIZZATI SULLA SICUREZZA DELLE CURE ED INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO

| RECLAMI E SUGGERIMENTI | |
|--|---|
| Letteratura/normativa di riferimento | <ul style="list-style-type: none">• D.P.C.M. 19 maggio 1995 "Schema generale di riferimento della Carta dei servizi pubblici sanitari".• Delibera di Giunta regionale n. 1943 del 4 dicembre 2017 "Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accreditamento delle strutture sanitarie".• Norma UNI-EN-ISO 9001:2015 "Sistemi di gestione per la qualità - requisiti"• Decreto "Concorrenza" del 19.12.2022 (Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie" (allegato A, allegato B) |
| Descrizione dello strumento / flusso informativo | <p>I reclami sono formalizzati dall'utente su apposita modulistica della struttura ma possono essere inviati anche tramite lettera o il sito internet di GVM Care & Research nella sezione apposita URP. Sono presenti, inoltre, totem per una valutazione rapida da parte dell'utente tramite touch sul servizio usufruito presso gli Ambulatori, la Diagnostica per Immagini e la parte Ricovero. Per la valutazione del servizio usufruito presso gli Ambulatori il controllo si effettua anche tramite un questionario inviato al paziente attraverso un link sul cellulare. Entrambi i sistemi producono un report che contiene una valutazione tramite campi numerici che consente di entrare nel dettaglio di diverse aree di funzionamento della struttura.</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>I reclami pervengono alla Direzione Generale e Sanitaria che provvedono a dare una risposta immediata e comunque entro 15 giorni, coinvolgendo anche le figure professionali interessate.</p> |
| <p>Analisi del rischio ed eventuali criticità, aree di intervento</p> | <p>I reclami del 2025 sono stati tutti trattati e riguardano più aspetti; si è notata una ripetitività di alcune criticità, come ad esempio il ritardo di consegna di referti di Diagnostica per Immagini e alcune problematiche intercorse durante la degenza. Per quanto riguarda la Diagnostica per Immagini abbiamo monitorato i tempi di consegna dei referti e messo in atto dei correttivi per ottimizzarne il flusso. Ogni criticità sollevata nel corso della degenza è stata discussa sia con gli operatori sanitari coinvolti e loro responsabili e per ognuna è stata elaborata una risposta scritta all'utente che in alcuni casi ha comportato anche un confronto diretto. Nel 2025 sono stati registrati nr. 61 reclami tutti gestiti in tempi brevi.</p> |
| <p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p> | <p>Gestione della singola segnalazione/suggerimento con comunicazione del trattamento all'utenza. Su alcune procedure/istruzioni operative già in essere da diverso tempo, a causa di un turn-over del personale amministrativo/di assistenza coinvolto, è stato necessario ripetere una formazione specifica sia sui nuovi assunti che al personale strutturato.</p> |

| | |
|---|--|
| <p>CADUTE Si definisce caduta un improvviso, non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica o assisa o clinostatica. La testimonianza delle cadute è basata sul ricordo del paziente e/o la descrizione della caduta da parte dei testimoni. Questa definizione include i pazienti che dormendo sulla sedia cadono per terra, i pazienti trovati sdraiati sul pavimento, le cadute avvenute nonostante il supporto. (Rac. Min. salute n. 13/2011).</p> | |
| <p>Letteratura/normativa di riferimento</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Ministero della Salute, Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie, n. 13/2011; • Linee di indirizzo RER 2016 su prevenzione e gestione delle cadute del paziente in ospedale; • DGR 1350 del 2012 "Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile nelle aziende sanitarie"; • "Suggerimenti di pratica clinica per la prevenzione delle cadute dei pazienti in ospedale", Centro studi EBN, Bologna, 2004. |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">• Gli standard Joint Commission International per l'Accreditamento degli Ospedali- 6° edizione in vigore dal 1 luglio 2017. |
| Descrizione dello strumento / flusso informativo | <p>E' stata realizzata una scheda specifica di rilevazione della caduta che contiene tutti gli item presenti nella scheda di Incident Reporting regionale, aspetti e criteri ritenuti di fondamentale importanza nel monitoraggio e nella registrazione delle cadute accidentali come da Linea Guida Regionale "Linee di indirizzo RER 2016 su prevenzione e gestione delle cadute del paziente in ospedale".</p> <p>L'Azienda dispone di un sistema di monitoraggio delle cadute dei pazienti ricoverati attraverso un applicativo specifico di segnalazione degli eventi cadute. Il monitoraggio si avvale di un sistema di rilevazione dei dati cartaceo e informatico.</p> <p>L'operatore sanitario che rileva la caduta, dopo aver gestito il processo assistenziale come da procedura aziendale, riporta sul modulo di rilevazione della caduta le modalità e i dati richiesti, tale modulo deve essere consegnato al coordinatore infermieristico. Quest'ultimo è tenuto a riportare nello specifico applicativo informatico i dati che permettono l'elaborazione di specifici report statistici. Il modulo cartaceo viene consegnato in originale alla Direzione Sanitaria per il completamento e la verifica che siano state adottate tutte le misure assistenziali sul paziente e provvede all'invio in Regione. I moduli cartacei e i dati presenti sul sistema informatico vengono periodicamente confrontati con la Direzione del personale infermieristico e tecnico.</p> <p>I dati vengono discussi in sede del Comitato di Rischio Clinico e nelle Unità Operative durante gli incontri organizzativi che periodicamente vengono pianificati. Nell'anno 2025 sono stati effettuati nr. 7 audit con il personale coinvolto negli eventi. Vengono inoltre pianificati audit semestrali con revisione delle cartelle cliniche e dei casi di caduta che si sono verificati.</p> |
| Analisi del rischio ed eventuali criticità, aree di intervento | <p>La valutazione del rischio caduta dei pazienti ricoverati è una normale pratica clinica ed è rivolta alla precoce identificazione della persona a rischio di caduta da parte del:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ personale infermieristico all'accettazione in struttura attraverso i dati ricavati dall'anamnesi, dalla valutazione clinico assistenziale e dall'utilizzo di sistemi di valutazione validati e standardizzati. Tale valutazione deve essere ripetuta tutte le volte in cui vi siano mutamenti delle condizioni cliniche, cambiamenti del regime terapeutico.✓ Personale medico all'accettazione in struttura attraverso i dati ricavati dall'anamnesi, dalla valutazione clinico assistenziale e ripetuta tutte le volte che vi siano mutamenti delle condizioni cliniche e/o cambiamenti del regime terapeutico✓ Impiegati addetti Customer Service, alla prenotazione di procedure in sedazione, viene segnalato al paziente o al care giver l'obbligatorietà che il paziente, per tutto il tempo di permanenza in struttura sia accompagnato da una persona. |

| | |
|--|---|
| | <p>Il livello di rischio deve essere riportato nella documentazione clinica in uso con evidenza del professionista, della data e dell'ora in cui è stata rilevata la valutazione.</p> <p>Il livello di rischio attribuito al paziente deve derivare dall'utilizzo di strumenti validati scientificamente, condivisi ed uniformati tra tutto il personale sanitario; tale valutazione deve comunque essere associata alla valutazione clinica del professionista che resta un elemento imprescindibile. Ad oggi lo strumento codificato in Azienda per tale valutazione è la Scala di Conley, oltre alla valutazione ambientale da effettuarsi periodicamente.</p> <p>La rilevazione del rischio di cadute avviene tramite analisi della presenza - assenza di fattori estrinseci ed intrinseci legati all'ambiente e al singolo paziente.</p> <p>La presenza di un elemento/fattore di rischio individuato è sufficiente per avviare azioni di prevenzione delle cadute e la pianificazione assistenziale.</p> <p>Nell'anno 2025 sono state registrate nr. 65 cadute accidentali senza alcun esito.</p> |
| <p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p> | <p>Con il Piano Aziendale di prevenzione delle cadute accidentali, si è promossa una revisione della procedura aziendale tenuto conto delle evidenze scientifiche e della normativa, delle linee guida di riferimento nazionali e regionali.</p> <p>Questo ha permesso di:</p> <ul style="list-style-type: none">- Intercettare i pazienti a rischio caduta.- Garantire interventi appropriati di prevenzione in base al profilo di rischio.- Favorire maggiore consapevolezza degli operatori sanitari (multidisciplinarietà) e dei pazienti/famigliari alla prevenzione delle cadute.- Promuovere le buone pratiche organizzative e gestionali per controllo /gestione dell'evento caduta.- Definizione degli indicatori per il monitoraggio dell'evento caduta. <p>Tra gli strumenti e strategie individuate dall'azienda si mettono in evidenza le seguenti attività attuate:</p> <ul style="list-style-type: none">- Attività di formazione / informazione rivolta agli operatori, pazienti e famigliari.- Adozione di uno strumento unico aziendale nella rilevazione del rischio caduta.- Creazione di un gruppo di lavoro multiprofessionale interdisciplinare per il miglioramento continuo e la revisione della procedura aziendale. <p>L'Azienda nel corso dell'anno 2017 ha aderito al Piano Regionale per la Prevenzione delle Cadute 2017-2018 con la formazione dei "facilitatori aziendali", i quali promuovono il piano regionale attraverso eventi formativi che coinvolgono gli operatori sanitari. L'Azienda ha aderito al progetto regionale coinvolgendo tutti i reparti di degenza e formando gli stessi a "facilitatori aziendali" per la prevenzione del rischio caduta. Ad oggi, il riscontro all'adesione del nostro personale al progetto regionale è positivo, in quanto ha consentito una maggiore coscienza del rischio e la</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>sensibilizzazione al fenomeno; questo è riscontrabile anche dall'aumento delle segnalazioni con appositi strumenti. Sono inoltre stati pianificati e attivati audit di analisi di processo e di assistenza sulle cartelle cliniche.</p> <p>Nell'anno 2025 sono stati effettuati nr. 4 incontri con il personale di assistenza al fine di ottimizzare l'impiego della Scala di Conley, coinvolgendo circa 35 operatori.</p> |
|--|---|

| | |
|--|--|
| Valutazione dei risultati e prospettive future | <p>Le elaborazioni ottenute consentono una maggiore conoscenza del fenomeno (in particolare rispetto ai fattori di rischio) e favoriscono/ facilitano:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ L'individuazione di azioni correttivo/migliorative;✓ La progettazione ed attuazione di programmi di prevenzione diversificati nei vari contesti di cura;✓ La riduzione dell'incidenza di cadute e delle loro conseguenze nei pazienti degenti <p>I parametri di controllo riguardano:</p> <ul style="list-style-type: none">• Numero segnalazioni caduta / giornate di degenza. Nell'anno 2025 il dato è: 1,3 su 1.000 giornate di degenza (totale 65 cadute accidentali su 50.641 gg).• Numero segnalazioni caduta / totale pazienti ricoverati. Nell'anno 2025 il dato è: 0,60%. |
|--|--|

LESIONI DA PRESSIONE

Le [lesioni da pressione](#) (LdP) sono aree circoscritte della cute e dei tessuti sottostanti che hanno subito danneggiamenti per via della combinazione della pressione e di altri fattori. Quando i tessuti molli subiscono una compressione prolungata tra una prominente ossea e una superficie solida, condizione emblematica del paziente allettato, il rischio di lesioni e di necrosi cellulare è molto alto.

| | |
|--------------------------------------|---|
| Letteratura/normativa di riferimento | <p><i>Le medicazioni avanzate per il trattamento delle ferite acute e croniche</i> - servizio assistenza territoriale - area Farmaco e dispositivi medici, Gennaio 2016 - Commissione Regionale Dispositivi Medici (CRDM), Direzione Generale sanità e politiche sociali per l'integrazione (Delibera Giunta Regionale n. 1523/2008).</p> <p>Allegato 1 Protocollo di trattamento delle lesioni da pressione. CRDM gennaio 2016.</p> <p>www.ewma.com www.aislec.it www.epuap.it <i>Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione: guida rapida di riferimento</i>- edizione 2014. www.evidence.it Giugno 2014/Volume 6/Iusse5/e1000080 <i>Best Practice Linee Guida per la prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione nelle cure primarie e i ospedale.</i></p> |
|--------------------------------------|---|

| | |
|---|--|
| | <p>National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2014. Pressure ulcer: prevention and management. Clinical Guideline. Published: 23 aprile 2014</p> <p>- Linee di indirizzo sulla prevenzione delle lesioni da pressione nell'assistenza ospedaliera e territoriale- Servizio Sanitario Regionale Emilia- Romagna- Maggio 2018</p> |
| Descrizione dello strumento / flusso informativo | <p>All'interno della cartella infermieristica aziendale sono adottati strumenti di valutazione del rischio di insorgenza di lesioni da pressione sul paziente, la scheda di valutazione di Braden tiene conto di sei fattori i cui valori danno un indice di rischio. La valutazione per il rischio di insorgenza di LdP va effettuata nel momento della presa in carico di tutti quei pazienti che non sono in grado di muoversi in totale autonomia. In particolare, per i pazienti in regime di degenza prolungata, è una valutazione che va ripetuta almeno una volta alla settimana. Alla presenza di lesione da pressione vengono adottate le misure e le indicazioni di specifiche medicazioni indicate nella procedura aziendale.</p> <p>Nella cartella sono utilizzate schede di valutazione della lesione da pressione che a seconda della stadiazione sono indicati obiettivi e interventi assistenziali specifici, come da indicazioni delle Linee Guida Regionali.</p> <p>E' presente un sistema di rilevazione informatizzata delle lesioni da pressione attraverso uno specifico applicativo che tiene conto delle evoluzioni e della eventuale presenza di lesione da pressione già all'ingresso per ricovero del paziente in Struttura. Il monitoraggio permette report specifici e di incidenza per reparto e per Struttura per giornate di degenza e incidenza degli eventi "lesione da pressione" per numero di pazienti.</p> <p>I dati vengono valutati periodicamente all'interno del gruppo di rischio clinico.</p> |
| Analisi del rischio ed eventuali criticità, aree di intervento | <p>L'adozione di strumenti unici in tutta l'Azienda di rilevazione del rischio e/o di strumenti che permettono precise indicazioni di trattamento a seconda delle lesioni ha l'obiettivo di fornire continuità di cure al paziente. Il monitoraggio e l'analisi dei dati ha evidenziato la necessità di formare il personale comportando una maggiore attenzione nell'assistenza e un miglioramento dell'insorgenza di lesioni da pressione.</p> <p>Nell'anno 2025 sono state registrate: nr. 158 lesioni di cui 11 già presenti prima del ricovero; pertanto, la percentuale delle lesioni da pressione rispetto ai ricoveri è la seguente: 1,35%.</p> |
| Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento | <p>Le azioni correttive hanno riguardato sia aspetti formativi del personale dedicato all'assistenza in materia di prevenzione e cura delle LdP sia l'adozione di strumenti di valutazione validati presenti all'interno della cartella, utilizzati durante il ricovero del paziente e nella pianificazione assistenziale. Sono presenti specifiche indicazioni in merito alle medicazioni da utilizzare a seconda dello stadio, questo ha permesso in azienda una standardizzazione delle</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>cure, applicando metodologie e medicazioni secondo le Linee Guida Internazionali e della Regione Emilia-Romagna.</p> <p>A tal proposito sono stati programmati nr. 4 incontri formativi che hanno coinvolto 30 operatori sanitari. Tali incontri sono stati programmati con la collaborazione di alcuni specialisti di prodotto molto esperti nel trattamento di "ferite difficili".</p> |
|--|---|

| | |
|---|---|
| <p>Valutazione dei risultati e prospettive future</p> | <p>Attraverso un costante metodo di analisi delle cartelle cliniche (audit), del monitoraggio continuo dell'evento "lesioni da pressione" ha permesso di alzare il livello di attenzione degli operatori sanitari durante la presa in carico del paziente, soprattutto nei reparti dove i tempi di ospedalizzazione sono maggiori. Si rende inoltre necessario mantenere un'adeguata formazione specifica per adottare metodologie condivise di prevenzione e cura pertanto, vengono pianificati incontri formativi e di audit periodici.</p> |
|---|---|

| | |
|---|---|
| <p>EVENTI SENTINELLA</p> <p>Sono definiti "eventi sentinella" quegli eventi avversi di particolare gravità, che causano morte o gravi danni al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario.</p> | |
| <p>Letteratura/normativa di riferimento</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella Luglio 2009, Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali, OSSERVATORIO NAZIONALE SUGLI EVENTI SENTINELLA - D.M. 11 dicembre 2009 Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (10A00120) - "6° Rapporto "Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella" (Gennaio 2005 - Dicembre 2020) |
| <p>Descrizione dello strumento / flusso informativo</p> | <p>Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES): scheda A, scheda B e scheda C.</p> |
| <p>Analisi del rischio ed eventuali criticità, aree di intervento</p> | <p>Nell'anno 2025 sono stati registrati nr. 2 eventi sentinella regolarmente inseriti nella piattaforma ministeriale.</p> <p>L'analisi dei due eventi ha portato ad una revisione di alcune procedure in essere finalizzata ad un miglioramento della qualità dell'assistenza.</p> |

| | |
|---|---|
| Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento | Per ogni evento è stato fatto un audit con tutto il personale coinvolto analizzando tutti gli aspetti critici e attuando i correttivi più idonei per prevenire in futuro tali eventi. |
| Valutazione dei risultati e prospettive future | L'intervento di sensibilizzazione e gli audit hanno portato ad una riduzione nella seconda metà dell'anno degli eventi gravi. |

| INCIDENT REPORTING | |
|---|---|
| Letteratura/normativa di riferimento | <ul style="list-style-type: none"> - D.M. 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all' assistenza ospedaliera" (Standard generali di qualità per i presidi ospedalieri – Gestione del Rischio clinico) - Legge di Stabilità 2016 (Legge n. 208 del 28 dicembre 2015, art. 1 comma 539) - DGR 1943/2017 "Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accreditamento delle strutture sanitarie" (6° criterio appropriatezza clinica sicurezza). |
| Descrizione dello strumento / flusso informativo | Gli operatori sanitari possono segnalare errori o quasi errori (near miss) utilizzando il questionario di segnalazione dell'Incident Reporting elaborato dalla Regione Emilia-Romagna. |
| Analisi del rischio ed eventuali criticità, aree di intervento | Ogni evento segnalato nell'incident reporting viene valutato in apposito audit alla presenza di tutte le figure coinvolte e le competenze richieste. Ogni scheda comporta una chiusura con soluzione concreta nell'arco di un tempo il più limitato possibile. Tutte le schede sono raccolte in Direzione Sanitaria. Nell'anno 2025 sono stati registrati nr. 6 casi. |
| Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento | <p><i>Errore di modalità di somministrazione alimentazione</i> = è stata effettuata una formazione ad-hoc sul personale coinvolto ribadendo che in alcune tipologie di intervento il paziente per un intervallo di tempo deve rimanere digiuno.</p> <p><i>Parziale verifica del montaggio di un accessorio del letto operatorio</i> = viene ripetuta la formazione sugli step di montaggio del presidio.</p> <p><i>Scorretta applicazione di un'etichetta su campione per analisi</i> = ripetuta formazione a tutto il personale coinvolto sulla corretta identificazione del paziente.</p> <p><i>Scorretto utilizzo di un presidio</i> = miglioramento dell'organizzazione del lavoro in equipe in modo particolare durante procedure di assistenza.</p> |

| | |
|--|---|
| | <i>Mancata verifica di apparecchiatura</i> = modificata check-list di sala operatoria con introduzione della voce relativa al corretto posizionamento della ghiera fermaschiena del lettino operatorio. |
| Valutazione dei risultati e prospettive future | Trattasi di casi isolati e quindi gestiti singolarmente per i quali si sono intraprese le dovute misure. |

| | |
|---|--|
| <p>SICUREZZA IN CHIRURGIA La Regione Emilia-Romagna ha elaborato e diffuso le Raccomandazioni regionali per la sicurezza in sala operatoria e ha promosso l'utilizzo di un'apposita checklist (SSCL: Surgical Safety Checklist).</p> | |
| Letteratura/normativa di riferimento | <ul style="list-style-type: none"> - Circolare n.18 PG/2016/0749669 del 05/12/2016: "Specifiche per la gestione della Checklist di Sala Operatoria (Surgical Safety Checklist - SSCL) e Infezione del sito chirurgico (SICHER) - Anno 2017" - Raccomandazioni per la sicurezza in sala operatoria, Agenzia sanitaria e sociale regionale, febbraio 2010 |
| Descrizione dello strumento / flusso informativo | Utilizzo database dedicato in sala operatoria. I dati compaiono direttamente nella SDO (scheda dimissione ospedaliera). |
| Analisi del rischio ed eventuali criticità, aree di intervento | La percentuale di compilazione completamente della scheda SOSnet è particolarmente elevata variando dal 99,5% al 99,9%. |
| Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento | <p>Tramite le visite ispettive programmate dal referente della Qualità vengono effettuate periodicamente ispezioni direttamente in sala operatoria per valutare la corretta compilazione delle schede. L'esito di tale monitoraggio è sempre positivo.</p> <p>Nel 2025 per implementare la sicurezza delle cure in chirurgia in sala operatoria è stato fatto un investimento economicamente molto importante sull'acquisto di una colonna videolaparoscopica dedicata alla cardiocirurgia per migliorare la visione del campo operatorio.</p> |
| Valutazione dei risultati e prospettive future | Continuazione del monitoraggio sia informatico che tramite visita ispettiva. |

| | |
|--|--|
| SICHER Il sistema SICHER raccoglie annualmente i dati sulla sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico in Emilia-Romagna. La partecipazione al SICHER è un requisito per l'accreditamento istituzionale dei reparti chirurgici della Regione, con l'obiettivo di ridurre la frequenza delle infezioni attraverso una revisione continua dei risultati raggiunti in ciascuna unità operativa. | |
| Letteratura/normativa di riferimento | <ul style="list-style-type: none">- Rapporto regionale "Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico in Emilia-Romagna.- Dossier n. 261/2017 - Prevenzione delle infezioni del sito chirurgico. |
| Descrizione dello strumento / flusso informativo | Utilizzo database dedicato. I dati compaiono direttamente nella SDO (scheda dimissione ospedaliera). |
| Analisi del rischio ed eventuali criticità, aree di intervento | La compilazione della scheda SICHER ha percentuali particolarmente elevate che variano dal 78,8% al 80,5%. |
| Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento | Verifica di tutte le SICHER risultate positive per infezione. Nel 2025 la compilazione della SICHER è migliorata rispetto all'anno 2024 per i corsi di formazione effettuati sul personale di assistenza. |
| Valutazione dei risultati e prospettive future | Continuazione del monitoraggio da parte della Direzione Sanitaria. |

| FARMACOVIGILANZA | |
|---|--|
| Letteratura/normativa di riferimento | <ul style="list-style-type: none">- Raccomandazione Regione Emilia-Romagna Sicurezza nella terapia farmacologica "Processo di ricognizione e di riconciliazione farmacologica per una prescrizione corretta e sicura", Ottobre 2015.- Linee di indirizzo per la gestione clinica dei farmaci rivolte alle Strutture del Servizio Sanitario Regionale Revisione della versione di novembre 2011 (Rev.4/2014).- Raccomandazione nr. 18, "Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli". L'uso non standardizzato di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli, può indurre in errore e causare danni ai pazienti, settembre 2018- Decreto 31 maggio 2019 "Nuovo modello di segnalazione di reazione avversa a farmaci e vaccini" |
| Descrizione dello strumento / flusso informativo | Scheda di segnalazione di sospetta reazione avversa a farmaci (ADR) su piattaforma AIFA. |
| Analisi del rischio ed eventuali criticità, aree di intervento | Nell'anno 2025 è stata segnalata nr. 1 reazione avversa non prevedibili. |
| Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento | Nell'anno 2025 la reazione non è stata correlata a fattori eliminabili e di conseguenza non era prevedibile e prevenibile. |
| Valutazione dei risultati e prospettive future | Continuazione del monitoraggio. |

| | |
|---|--|
| <p>DISPOSITIVO VIGILANZA</p> <p>Per sistema "sistema di vigilanza" si intende l'insieme delle attività volte a garantire la circolazione di dispositivi sicuri ed efficaci per gli utenti, i pazienti e gli operatori sanitari. Tale obiettivo si persegue attraverso la valutazione degli incidenti segnalati e, ove necessario, la divulgazione di informazioni che consentano di prevenire altri incidenti dello stesso tipo.</p> | |
| Letteratura/normativa di riferimento | <ul style="list-style-type: none"> - Determinazione Num. 4711 del 14/03/2022 Bologna, "Costituzione della rete regionale referenti dispositivovigilanza". - Regolamento (UE) 2017/745 (MDR) 1 ed il Regolamento (UE) 2017/746 (IVDR)2, 26 maggio 2021. - "Linee di indirizzo in materia di vigilanza sui dispositivi medici, sui dispositivi medici impiantabili attivi e sui dispositivi medico-diagnostici in vitro", Commissione Regionale Dispositivi Medici Commissione Regionale Dispositivi Medici (Determinazione Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali n. 13141/2008). |
| Descrizione dello strumento / flusso informativo | Inserimento degli incidenti su apposita piattaforma Ministeriale. |
| Analisi del rischio ed eventuali criticità, aree di intervento | Per ogni incidente viene elaborata apposita scheda e la segnalazione viene trasmessa anche alla ditta costruttrice del dispositivo. Nell'anno 2025 sono stati segnalati nr. 39 incidenti. |
| Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento | Monitoraggio costante. Gli eventi che si sono verificati nell'anno 2025 non hanno comportato alcuna problematica clinica significativa sul paziente. Si tratta di eventi non prevenibili/prevedibili. |
| Valutazione dei risultati e prospettive future | Nessuno degli incidenti segnalati ha comportato problematiche cliniche sul paziente. |

| SICUREZZA NELLE TRASFUSIONI | |
|--|---|
| Letteratura/normativa di riferimento | <ul style="list-style-type: none"> - Decreto del ministero della salute del 2 novembre 2015: disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti. - Legge 21 ottobre 2005 n. 219: nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati. - PA09 rev. 00 del 29/01/2016 Acquisizione del consenso informato - P01 La corretta pratica per la terapia trasfusionale – SSR - P01 La corretta pratica per la terapia trasfusionale – SSR |
| Descrizione dello strumento / flusso informativo | <p>La sicurezza sull'utilizzo degli emoderivati è subordinata a diversi strumenti informativi; tra quelli più efficaci a Maria Cecilia da tempo viene utilizzata Hemosafe, la "frigoemoteca intelligente". Questa apparecchiatura consente l'erogazione delle sacche di globuli rossi concentrati e costituisce un prolungamento della banca degli emoderivati del Centro Trasfusionale di riferimento; funziona come un dispensatore automatico: viene caricata con le sacche di globuli rossi concentrati definiti dal Trasfusionale che detiene il controllo delle scorte, ed è dotata di appositi cassette dove sono allocate le sacche la cui erogazione sarà controllata direttamente dal medico del centro trasfusionale.</p> <p>La frigoemoteca intelligente consente di azzerare l'incidenza degli errori trasfusionali dovuti al prelievo di sacche destinate ad altro paziente. L'impiego di questo moderno sistema è sempre subordinato comunque ad una corretta identificazione del paziente ed alla registrazione in cartella clinica delle trasfusioni effettuate. L'interfacciamento di Hemosafe con il database del Centro Trasfusionale permette un controllo costante degli emoderivati presenti all'interno della frigoemoteca.</p> <p>Trimestralmente viene inviato a tutti gli utilizzatori un report specifico per Unità Operativa relativo al consumo di emoderivati con i benchmarking di riferimento internazionali di letteratura al fine di monitorare i consumi e coinvolgere più da vicino gli utilizzatori nell'ottica di una politica di "buon uso" del sangue.</p> |
| Analisi del rischio ed eventuali criticità, aree di intervento | <p>Maria Cecilia si avvale di una costante collaborazione con l'equipe di medici del Centro Trasfusionale; ogni criticità clinica e organizzativa viene condivisa e gestita insieme ai responsabili del Servizio Trasfusionale. E' stata a tal fine redatta una procedura (PO-28) della gestione sangue ed emoderivati integrata con quella dell'ASL Romagna. Tale condivisione permette un monitoraggio condiviso del processo. La partecipazione di Maria Cecilia al Comitato Buon Uso Sangue di Ravenna permette di garantire comportamenti omogenei con le altre Strutture ospedaliere di Area Vasta.</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>Nell'anno 2025 è stata segnalata una "non conformità" relativa ad una non corretta identificazione del paziente che tuttavia non ha comportato conseguenze sul paziente in quanto intercettata per tempo.</p> |
| <p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p> | <p>Le azioni di miglioramento messe in atto riguardano momenti formativi condivisi con i responsabili del Servizio Trasfusionale di competenza.</p> <p>Abbiamo implementato una reportistica che prevede l'invio trimestrale ad ogni Unità Operativa dei propri consumi di emoderivati in modo da evidenziare in tempo reale le eventuali criticità che possono emergere in merito ai consumi; tale reportistica, infatti è costruita utilizzando i transfusion rate gold standard in letteratura rispetto alle diverse procedure/interventi effettuati e confrontati con i transfusion rate degli interventi/procedure eseguite presso il nostro ospedale.</p> <p>Per quanto riguarda la non conformità verificatasi nell'anno 2025 è stata trattata con audit con tutto il personale coinvolto ribadendo il rispetto della procedura relativa all'identificazione del paziente.</p> |
| <p>Valutazione dei risultati e prospettive future</p> | <p>Viene ribadito ciclicamente, durante le periodiche riunioni di reparto, a tutto il personale sanitario, medici ed infermieri, l'importanza della corretta identificazione del paziente per la prevenzione degli incidenti trasfusionali.</p> <p>La trasmissione a tutti gli operatori coinvolti distinti per Unità Operativa dei consumi di emoderivati ha consentito di organizzare dei gruppi miglioramento per ottimizzarne l'utilizzo.</p> |

| PREVENZIONE DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE: | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|----------|--------------------------|-----------|--|--|--|--|--|--|
| Letteratura/normativa di riferimento | <ul style="list-style-type: none"> • Indicazioni pratiche e protocolli operativi per la diagnosi, la sorveglianza e il controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi nelle strutture sanitarie socio-sanitarie (Agenzia Sanitaria Regionale – febbraio 2017) • Linee guida Flusso SICHER sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (21.11.2016) • Manuale di istruzioni per l'utilizzo del sistema MAppER (revisione marzo 2016), ASSR-RER • Deliberazione della Giunta Regionale 25 marzo 2013 n. 318 "Linee di indirizzo alle Aziende per la gestione del rischio infettivo: infezioni correlate all'assistenza e uso responsabile di antibiotici" • MEMO 7 "Igiene delle mani", ASSR-RER (settembre 2011) • Dossier 189/212 "Cure pulite sono cure più sicure" Rapporto finale della campagna nazionale OMS, ASSR-RER 2010 • Compendio delle principali misure per la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza "Prevenzione e controllo delle infezioni nelle organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie INF-OSS", Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie, Progetto CCM 2010 • "Guidance on Engaging Patient and Patient Organizations in Hand Hygiene Initiatives", OMS Agosto 2009 • "National evidence-base guidelines for preventing healthcare-associated infections in NHS hospitals in England", Pratt RJ, Pellowe CM, Wilson JA et al. J Hosp Infect, EPIC2, 2007 | | | | | | | | | | |
| Descrizione dello strumento / flusso informativo | <p>Il Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO) di Maria Cecilia Hospital ha individuato 10 capitoli più significativi per il controllo delle infezioni trasmesse dall'assistenza (ICA). Tali capitoli sono monitorati a cadenza costante e per ciascuno viene indicato il benchmarking ovvero l'obiettivo da raggiungere.</p> <table border="1" data-bbox="512 1597 1426 2049"> <thead> <tr> <th>Capitoli</th> <th>Strumento di misurazione</th> <th>Obiettivo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1) Monitoraggio infezioni correlate all'assistenza (ICA)</td> <td>Estrazione trimestrale dati da "Lean Hospital"</td> <td>< al benchmarking di letteratura 8%. Anno 2025 per MCH: dal 1,2% al 1,7%.</td> </tr> <tr> <td>2) Nr. Infezioni correlate a CVC/1.000 giornate di utilizzo del device</td> <td>Database "Copernico" per l'estrazione trimestrale e dati controllo di gestione</td> <td>Tendente a 0 infezioni correlate a CVC Anno 2025 per MCH: dal 1,2% al 3,1%.</td> </tr> </tbody> </table> | | Capitoli | Strumento di misurazione | Obiettivo | 1) Monitoraggio infezioni correlate all'assistenza (ICA) | Estrazione trimestrale dati da "Lean Hospital" | < al benchmarking di letteratura 8%. Anno 2025 per MCH: dal 1,2% al 1,7%. | 2) Nr. Infezioni correlate a CVC/1.000 giornate di utilizzo del device | Database "Copernico" per l'estrazione trimestrale e dati controllo di gestione | Tendente a 0 infezioni correlate a CVC Anno 2025 per MCH: dal 1,2% al 3,1%. |
| Capitoli | Strumento di misurazione | Obiettivo | | | | | | | | | |
| 1) Monitoraggio infezioni correlate all'assistenza (ICA) | Estrazione trimestrale dati da "Lean Hospital" | < al benchmarking di letteratura 8%. Anno 2025 per MCH: dal 1,2% al 1,7%. | | | | | | | | | |
| 2) Nr. Infezioni correlate a CVC/1.000 giornate di utilizzo del device | Database "Copernico" per l'estrazione trimestrale e dati controllo di gestione | Tendente a 0 infezioni correlate a CVC Anno 2025 per MCH: dal 1,2% al 3,1%. | | | | | | | | | |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p>3) Rilevazione numero di casi di endocardite a un anno dall'intervento cardiocirurgico</p> | <p>Monitoraggio dei casi rispetto al totale degli interventi</p> | <p>% < al 2% Anno 2025 per MCH: da 1,07% a 2%</p> |
| | <p>4) Rilevazione del numero dei casi di infezione del sito cardiocirurgico</p> | <p>Monitoraggio trimestrale</p> | <p>% < all'8% Anno 2025 per MCH: dal 1,1% al 1,7%</p> |
| | <p>5) Utilizzo gel alcolico</p> | <p>Consumo di gel alcolico</p> <p>Osservazioni periodiche</p> | <p>20 litri x 1.000 gg di degenza Anno 2025 per MCH: da 26,9 a 45,8 litri x 1.000 giornate di degenza.</p> <p>Almeno il 60% delle osservazioni eseguite prevede il corretto utilizzo di gel alcolico. Anno 2025 per MCH: 65,8%</p> |
| | <p>6)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consumo carbapenemi • Consumo fluorochinoloni | <p>Valutazione trimestrale</p> <p>Valutazione trimestrale</p> | <p>Valore =< 2 di DDD per 100 gg di degenza. Anno 2025 per MCH: da 1,5 a 1,84.</p> <p>Valore =< 13 di DDD per 100 gg di degenza. Anno 2025 per MCH: da 2,68 a 3,47</p> |
| | <p>7)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Individuazione all'ingresso dei pazienti con tampone rettale KPC e conseguente isolamento dei soggetti | <p>Esecuzione tampone rettale secondo check-list regionale e monitoraggio trimestrale rispetto al numero dei ricoveri.</p> | <p>Riduzione a 0 i casi di positivizzazione del tampone rettale dopo il ricovero. Anno 2025 per MCH: da 0 a 6 casi.</p> |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> Individuazione all'ingresso dei pazienti con tampone nasale MRSA | <p>Esecuzione tampone nasale e monitoraggio trimestrale rispetto al numero dei ricoveri e monitoraggio dei consumi di mupirocina.</p> | <p>Decolonizzazione dei casi positivi in previsione dell'intervento chirurgico. Anno 2025 per MCH: tutti i pazienti in ingresso positivi sono stati bonificati per prevenire le infezioni del sito chirurgico.</p> |
| | <p>8) Verifica efficacia sanificazione</p> | <p>Sistema 3M</p> | <p>% => al 70% di efficacia rilevata dai report di verifica. Anno 2025 per MCH: da 84,87% a 95,36%.</p> |
| | <p>9) Valutazione del numero dei sinistri per infezione nosocomiale</p> | <p>Conta dei sinistri per infezione correlata all'assistenza</p> | <p>Range Asl Romagna: circa il 30% rispetto al totale dei sinistri. Anno 2025 per MCH: 37,93%.</p> |
| | <p>10) Valutazione corretta preparazione all'intervento chirurgico</p> | <p>Indagine di prevalenza per valutare profilassi antibiotica</p> | <p>Profilassi antibiotica: eseguita/indicata = >90% Anno 2025 per MCH: 100%</p> |
| | <p>11) Formazione annuale su programma prevenzione infezioni</p> | <p>Numero di corsi effettuati. Nell'anno 2025 per MCH sono stati organizzati nr. 18 corsi di formazione per la prevenzione delle infezioni.</p> | <p>Coinvolgimento numero massimo di operatori sanitari. Nell'anno 2025 per MCH il personale coinvolto è stato di circa 180 operatori sanitari.</p> |

| | |
|--|--|
| <p>Analisi del rischio ed eventuali criticità, aree di intervento</p> | <p>Il controllo sistematico consente di evidenziare in tempo utile le criticità e quindi di intervenire rapidamente per individuare i correttivi più consoni al miglioramento del problema.</p> |
| <p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p> | <p>Nell'anno 2025 abbiamo intensificato l'attività svolta dall'ISRI con il monitoraggio diretto nei reparti/servizi delle procedure più a rischio per l'eventuale sviluppo delle infezioni. In particolare, tale monitoraggio viene sempre associato ad una formazione sul campo degli operatori coinvolti. Nel contempo, oltre alla formazione sul campo, abbiamo implementato in base alle criticità emerse durante le osservazioni, corsi di aggiornamento specifici.</p> |
| <p>Valutazione dei risultati e prospettive future</p> | <p>Prosegue anche nell'anno 2025 il progetto di implementazione di "osservazione igiene delle mani" per mettere in campo le azioni correttive necessarie per il miglioramento in diversi settori della Struttura di questo aspetto fondamentale per la prevenzione delle infezioni nosocomiali.</p> |

COPERTURA ASSICURATIVA:

Denominazione Compagnia di Assicurazione: "Relyens Mutual Insurance"

Polizza Ass. n 173307

Decorrenza: ore 24,00 del 29.02.2024

Durata quinquennale con possibilità di disdetta annuale

Frazionamento: Semestrale

Massimale per sinistro RCT: € 10.000.000,00

Massimale per sinistro RCTO: € 5.000.000,00

Massimale aggregato annuo RCT: € 30.000.000,00

Massimale aggregato annuo RCTO: € 15.000.000,00

SIR assistita: € 400.000,00

RICHIESTE DI RISARCIMENTO DANNI PERVENUTE A MARIA CECILIA HOSPITAL NEL 2025

Nel 2025 sono pervenute all' Ufficio Legale di Maria Cecilia Hospital 34 richieste di risarcimento danni. Si precisa che delle 34 richieste di risarcimento danno, 6 relative ad eventi occorsi nell'anno 2025 e 28 si riferiscono a potenziali sinistri verificatisi dal 2016 al 2024 la cui richiesta di risarcimento è giunta solo nell'anno 2025.

Nel dettaglio le 34 richieste risarcitorie hanno riguardato diverse aree così suddivise:

- 13 richieste relative alla Neurochirurgia
- 3 richieste relative all'Ortopedia
- 8 richieste relative alla Cardiochirurgia
- 5 richieste relative alla Chirurgia Generale
- 1 richiesta relativa alla Diagnostica per Immagini
- 1 richiesta relativa alla Cardiologia
- 1 richiesta relative alla Chirurgia Maxillo-facciale
- 1 richiesta relativa all'Aritmologia
- 1 richiesta relativa all'Endoscopia