

Gestione del rischio clinico a Salus Hospital Reggio Emilia

“RELAZIONE ANNUALE EVENTI AVVERSI ANNO 2025”



26 marzo 2026

PREMESSA

Il 2025 è stato caratterizzato dalla sostanziale conferma delle attività con numeri sovrapponibili agli anni precedenti. Il case mix ha subito variazioni sostanziali considerato che la AUSL ha confermato la committenza relativa alle prestazioni di Chirurgia generale e di Chirurgia della colonna con indice di performance critico in termini di liste di attesa, e ha autorizzato l'attività di Chirurgia urologica cui si è aggiunta attività di Chirurgia bariatrica.

Permane le difficoltà nel garantire la continuità della dotazione organica infermieristica primariamente conseguente all'alto numero di concorsi e di relative assunzioni da parte delle strutture pubbliche che hanno richiamato un alto numero di personale dipendente da Salus.

Nell'ambito del personale medico permangono le difficoltà, già evidenti negli anni passati, nel reperire specialisti in particolare riguarda la Anestesia Rianimazione, la Cardiologia, la Radiologia e l'Oculistica; tale difficoltà ha avuto come conseguenza una contrazione significativa della attività ambulatoriale resa per il SSN.

CARATTERISTICHE DI SALUS HOSPITAL

Salus Hospital Srl è un Ospedale privato facente parte del Gruppo Villa Maria (GVM) Care&Research, che ha sede a Lugo (RA).

È dedicato alla Sanità e gestisce strutture e poliambulatori, nonché società di Servizi del settore specifico ed attinenti, in diverse regioni italiane ed in alcuni altri paesi europei. Salus Hospital è associata all'A.I.O.P. Associazione Italiana Ospedalità Privata - che rappresenta oltre 500 ospedali privati sul territorio nazionale.

L'attività della struttura è rivolta con grande prevalenza a cittadini della Regione Emilia-Romagna con una percentuale nel 2025 pari a circa il 64% dei ricoveri.

L'attività accreditata viene effettuata nel rispetto del budget annualmente determinato dagli accordi regionali con AIOP sia per l'alta che per la bassa specialità e per quanto riguarda i cittadini residenti in provincia di Reggio Emilia, dal contratto di fornitura sottoscritto annualmente con l'Azienda USL di Reggio Emilia sia per quanto riguarda i ricoveri che per l'attività ambulatoriale

Salus Hospital è Hub provinciale per l'attività cardiocirurgica di emergenza e di quella programmata definita nelle riunioni settimanali dell'Hearth Team Provinciale.

POSTI LETTO

La struttura ospedaliera dispone di 107 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:

Unità operativa	PL degenza	PL Day Surgery	totale
Cardiochirurgia e chirurgia toraco-vascolare	25		25
Cardiologia con servizio di Emodinamica e Elettrofisiologia	3	3	6
Unità coronarica	2		2
Chirurgia generale e ricostruttiva	7	3	10
Oculistica		1	1
Ortopedia e Chirurgia della colonna	24	3	27
Urologia	10		10
Riabilitazione Intensiva Cardiologica e Ortopedica	20		20
Anestesia e rianimazione\TIPO	6		6

Il comparto operatorio è costituito da sette sale operatorie, dedicate all'attività chirurgica: cinque sale nel blocco operatorio, di cui una ibrida, e due dedicate per attività di Day Surgery.

Il servizio di Terapia Intensiva Post-Operatoria è dotato di 6 posti letto e 2 posti di UTIC, tutti attrezzati con monitoraggio continuo dei ricoverati. Il reparto di CCH/Cardiologia è dotato di complessivi 31 PL con telemetria dislocati al terzo piano della struttura.

Tutte le attività di ricovero sono presenti anche a livello ambulatoriale negli ambulatori polispecialistici.

La struttura è inoltre dotata di un POCT (Laboratorio Analisi) per l'esecuzione di esami interni urgenti ai pazienti ricoverati.

RICOVERI NEL TRIENNIO 2023-2025
--

Tabella 1 n° totale dei ricoveri

RESID. PAZ.	Onere degenza	2025			2025 Totale ricov	2024			2024 Totale ricov	2023			2023 Totale ricov
		DH	DO	RIAB		DH	DO	RIAB		DH	DO	RIAB	
Em. Romagna	Accreditato	578	1.370	266	2.214	675	1.435	319	2.429	723	1.334	321	2.378
	Privato	64	76	3	143	46	77	3	126	50	65	6	121
Em. Romagna Totale		642	1.446	269	2.357	721	1.512	322	2.555	773	1.399	327	2.499
Fuori Regione	Accreditato	554	639	83	1.276	349	634	163	1.146	173	537	132	842
	Privato	15	50	1	66	10	34	1	45	14	35	1	50
Fuori Regione Totale		569	689	84	1.342	359	668	164	1.191	187	572	133	892
Totale complessivo		1.211	2.135	353	3.699	1.080	2.180	486	3.746	960	1.971	460	3.391

ER 63,7%

FR 36,3%

68,2%

31,8%

73,7%

26,3%

Relativamente all'anno precedente si è verificata una leggera flessione dei ricoveri complessivi pari a 3699 rispetto ai 3746 dell'anno precedente (-1,25 %) a carico dei pazienti residenti in Regione (-7,74 %), in incremento i fuori Regione (+4,5%). I ricoveri dei pazienti residenti in Emilia-Romagna rimangono comunque la grande maggioranza attestandosi al 63,7 % del totale.

Il numero dei pazienti privati (solventi o assicurati) sale al 5,98 % in aumento rispetto agli anni precedenti.

Nella struttura operano

- medici ___ 92 con rapporto continuativo più 51 non continuativo
- operatori sanitari ___ 84
- operatori amm.vi ___ 11

Obiettivi strategici

La Direzione di Salus Hospital ha confermato i propri obiettivi anche per l'anno 2025, orientati prevalentemente allo sviluppo e al miglioramento dei servizi nel suo complesso. Si riportano gli obiettivi che erano stati definiti

- 1) **Miglioramento delle tecniche innovative in ambito cardiocirurgico;**
- 2) **Miglioramento dei livelli di appropriatezza delle prestazioni sanitarie** raggiunti dall'Azienda, soprattutto nel setting assistenziale;
- 3) **partecipazione ed applicazione del progetto regionale riguardante la gestione del rischio clinico** (risk management) con registrazione degli eventi avversi (incident reporting);
- 4) **contenimento della percentuale delle infezioni** attraverso:
 1. costante monitoraggio dell'attività di sala operatoria e di reparto;
 2. incontri della Commissione Aziendale Infezioni Ospedaliere (C.A.I.O) con il compito di affrontare in modo multidisciplinare le varie problematiche inerenti le infezioni ospedaliere;
 3. partecipazione della Direzione Sanitaria agli incontri del CIO (Comitato sulle infezioni ospedaliere dell'AUSL di R.E.) con particolare attenzione all'aspetto della prevenzione e della sorveglianza delle stesse soprattutto delle infezioni endogene dei pazienti;
- 5) **mantenimento dell'attività di controllo** in materia di ricovero attraverso verifica mensile di almeno il 10% delle cartelle cliniche con apposita check – list, ai sensi della DGR 354/2012;
- 6) **approvazione del Piano di Formazione annuale** del personale dipendente con l'inserimento anche di eventi formativi trattanti la sicurezza e salute nei luoghi di lavoro (D.Lgs 81/08) e la responsabilità amministrativa (D.Lgs 231/01);
- 7) **monitoraggio continuo dell'attività formativa**, soprattutto in termini di verifica dell'efficacia dell'evento formativo, attraverso la costituzione di un Comitato Specifico che si incontrerà periodicamente per la discussione delle attività e apertura di azioni migliorative;
- 8) miglioramento dei servizi e delle prestazioni rese e monitoraggio periodico del livello di **soddisfazione degli utenti e di reclami e non conformità**;
- 9) incentivazione dei meccanismi di **comunicazione interna** tra operatori attraverso riunioni periodiche, momenti formativi e condivisione dei piani di lavoro; **ed esterna** attraverso un aggiornamento continuo della Carta dei Servizi e del sito internet;
- 10) **rinnovo e potenziamento delle attrezzature e degli impianti**;
- 11) **sviluppo del sistema qualità in base ai nuovi requisiti nazionali**;
- 12) **sviluppo di progetti\azioni volte a ridurre il rischio clinico**;
- 13) sviluppo di **progetti di ricerca scientifica** in coerenza con gli indirizzi generali del GVM e con gli obiettivi di sviluppo di Salus Hospital, soprattutto in ambito cardiocirurgico;
- 14) **conferma dell'attività di Riabilitazione Ortopedica e Cardiologica** previo confronto con le scelte di politica sanitaria dell'AUSL di riferimento.

Assetto organizzativo per la sicurezza delle cure

La gestione del rischio clinico a Salus Hospital è in capo al Direttore Sanitario e al suo staff (Responsabili medici e Coordinatori infermieristici) che mette in atto le azioni atte a prevenire l'insorgere di eventi clinici e\o organizzativi che possono creare un danno ai pazienti e agli operatori.

L'obiettivo è quello di incrementare la sicurezza dei pazienti, (oltre che degli altri attori, quali operatori sanitari e visitatori, che interagiscono con l'organizzazione sanitaria), migliorare gli outcomes e indirettamente ridurre i costi, riducendo gli eventi avversi prevenibili e, conseguentemente, le occasioni di contenzioso.

L'attenzione è orientata a mettere in atto azioni atte a garantire:

- la sicurezza del paziente (rischio clinico)
- la sicurezza del personale (rischio biologico, infortuni, violenze, ..)
- la sicurezza ambientale (strutture, impianti, attrezzature, ...)
- la individuazione e il controllo dei rischi legati a emergenze esterne o a fattori incontrollabili (interruzioni di servizi essenziali, maxi emergenze,..)
- l'individuazione e il controllo dei rischi giuridico-amministrativi (contenzioso, copertura assicurativa, alcuni elementi connessi alla responsabilità professionale e altro)

Il Comitato Rischio Clinico

Il Comitato è costituito dal Direttore Sanitario, da un referente medico ed infermieristico per U.O, dal RAQ, dal Direttore Infermieristico e Tecnico, dal rappresentante della Direzione Generale con eventuale coinvolgimento del RSPP, Ufficio Tecnico ed Ufficio Area Ingegneria Clinica.

Il Direttore Sanitario, è il responsabile di tale comitato, esercita funzioni di prima allerta verso i casi di eventi avversi o quasi eventi ed eventi sentinella segnalati 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 Direttore Sanitario, affronterà la criticità nel gruppo di controllo, 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 4 mesi, ha il compito di gestire tutte le segnalazioni legate al Risk Management e coordinare e programmare i piani di lavoro e gruppi di lavoro per la redazione, la modifica/aggiornamento e la diffusione delle procedure, tra le quali rientrano anche quelle relative al Risk Management.

Alcuni membri facenti parte del Comitato Rischio clinico sono gli stessi che compongono gli altri comitati all'interno di Salus Hospital, quali:

- -Comitato Infezioni Ospedaliere
- -Comitato Gestione del dolore
- -Comitato buon uso sangue

Gli argomenti trattati all'interno di ogni comitato, ovviamente hanno l'obiettivo comune di un continuo miglioramento dei processi sanitari ai fini della prevenzione del rischio clinico e tutela della salute dei pazienti. Bisogna sottolineare che dal 2021, dopo il pensionamento del professionista che svolgeva tale funzione, nella struttura non è presente un RAQ; la struttura è costantemente alla ricerca di un professionista RAQ, ma al momento non si è ancora trovata alcuna disponibilità; viene comunque garantito un supporto settimanale da parte di un consulente esterno e di un operatore dipendente di Maria Cecilia Hospital di Lugo. Questa situazione genera difficoltà in particolare nella diffusione della cultura della gestione del rischio.

1) Cultura della Sicurezza

-Il sistema di Segnalazione e Gestione eventi (Incident Reporting e Eventi Sentinella)

Incident Reporting

Letteratura\normativa riferimento	di	<ul style="list-style-type: none"> - Dm 2 aprile 2015 “regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali e tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera” (standard generali di qualità per i presidi ospedalieri-gestione del rischio) - legge di stabilità 2016 (legge n. 208 del 28 dicembre 2015, art 1 comma 539) - DGR/2017 “approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell’accreditamento delle strutture sanitarie (6° criterio)”
--	-----------	--

Descrizione dello strumento\flusso informativo	Scheda di segnalazione regionale
Analisi del rischio ed eventuali criticità\aree di intervento	Nella struttura la segnalazione degli eventi avversi avviene tramite il format definito a livello regionale. I quasi eventi spesso non sono segnalati.
Interventi\azioni correttive e di miglioramento effettuate	Nel 2025 vi sono state cinque segnalazioni di contaminazione delle macchine per la perfusione con Mycobacterium Chimaera. I controlli sul liquido delle HCU sono effettuati con le nuove tecniche geniche presso il Laboratorio del Policlinico Sant’Orsola con la quale è stata attivata una specifica convenzione contaminazione. Le macchine, come da procedura, sono state immediatamente sostituite da parte della Ditta Livanova e sottoposte presso il fornitore a specifica bonifica Sono stata inoltre stati segnalati al Ministero quattro malfunzionamenti di un circuito per CEC
Valutazione risultati e prospettive	La struttura ha elaborato una specifica procedura (PG. 40) utile al fine di informare su come e quando inviare le segnalazioni relative all’incidente, al mancato incidente ed agli eventi sentinella

Eventi Sentinella : non sono stati segnalati eventi sentinella

2) Raccomandazioni per la sicurezza delle cure

La struttura ha adottato, condiviso ed aggiornato le procedure operative e istruzioni operative in conformità a quanto previsto dalle raccomandazioni ministeriali: si riporta di seguito lo schema specifico

RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI	PROCEDURE SALUS
<p>1 Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio - KCL ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio</p>	<p>PO-49 rev. 1 Gestione del cloruro di potassio del 11.01.23</p>
<p>2 Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico</p> <p>3 Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura</p>	<p>IO/O04-01 rev.1 Conteggio garze del 22/12/22</p>
<p>4 Raccomandazione per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale</p>	<p>IO/G40-02 rev.0 Prevenzione del suicidio dei pazienti in ospedale del 03/01/23</p>
<p>5 Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO</p>	<p>PO-28 rev.5 Gestione Sangue ed emoderivati del 23.03.23</p>
<p>7 Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica</p>	<p>PO-45 rev.1 Gestione terapia farmacologica, ricognizione/riconciliazione e</p>

		farmacovigilanza del 22.12.22
8	Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	IO/G40-03 rev.0 Segnalazione e gestione degli episodi di violenza a danno dell'operatore sanitario del 03/01/23
9	Raccomandazione per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	PG-40 rev.1 Gestione rischio clinico del 03.01.23
12	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"	IO/G40-01 rev.0 Gestione dei farmaci LASA del 03/01/23
13	Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	PO-97 rev.1 Prevenzione e gestione delle cadute della persona assistita del 22/02/23
17	Raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica	PO-45 rev.1 Gestione terapia farmacologica, ricognizione/riconciliazione e farmacovigilanza del 22.12.22
18	Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all' uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli	Dal 2023 la cartella clinica comprensiva della scheda terapia è stata informatizzata per

		cui il problema è stato superato
19	Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide	IO/G03-02 rev.0 Manipolazione delle forme farmaceutiche orali e solide del 23/12/22

3) Prevenzione rischio cadute

Descrizione dello strumento\flusso informativo	Scheda inserita nella cartella clinica informatizzata per la rilevazione delle cadute in ospedale. La scheda di rilevazione oltre a segnalare la caduta accidentale prende in esame le cause che hanno contribuito al verificarsi dell'evento e le eventuali conseguenze																		
Analisi del rischio ed eventuali criticità\aree di intervento	l'analisi è effettuata per singola caduta e annualmente viene fatta una revisione della casistica. I dati complessivi sono inviati alla Regione Emilia-Romagna e nella struttura si verifica se sono da effettuare azioni di miglioramento atte a ridurre gli eventi. Il processo è descritto nella PO97																		
Interventi\azioni correttive e di miglioramento effettuate	si effettuano: <ul style="list-style-type: none"> retraining formativi per mantenere alto il livello di attenzione 																		
Valutazione risultati e prospettive future	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="5">Cadute</th> </tr> <tr> <th>n° cadute \tot. gg degenza per UO per 1000 giornate</th> <th><u>2022</u> <u>18/16878</u></th> <th><u>2023</u> <u>16/15870</u></th> <th><u>2024</u> <u>19/16128</u></th> <th><u>2025</u> <u>13/14719</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td><u>1,06</u></td> <td><u>1,00</u></td> <td><u>1,18</u></td> <td><u>0,88</u></td> </tr> </tbody> </table> <p>Il dato del 2025 risulta inferiore a quello dell'anno precedente: risultano segnalate 13 cadute, di cui 11 senza conseguenze, su un totale di 14719 giornate di degenza per un rapporto di 1/1000 giornate, contro l'1,00 del 2023 e l'1,18 del 2024.</p> <p>Il dato è da mettere in relazione con la aumentata attenzione ai pazienti ricoverati in Ortopedia che per tipologia di intervento ed età media dei pazienti sono quelli più a rischio.</p> <p>Il problema è costantemente attenzionato dalla Direzione che ha incrementato la formazione sul tema al fine di sollecitare maggiormente l'attenzione degli operatori e di lavorare sull'ammodernamento delle dotazioni.</p>				Cadute					n° cadute \tot. gg degenza per UO per 1000 giornate	<u>2022</u> <u>18/16878</u>	<u>2023</u> <u>16/15870</u>	<u>2024</u> <u>19/16128</u>	<u>2025</u> <u>13/14719</u>		<u>1,06</u>	<u>1,00</u>	<u>1,18</u>	<u>0,88</u>
Cadute																			
n° cadute \tot. gg degenza per UO per 1000 giornate	<u>2022</u> <u>18/16878</u>	<u>2023</u> <u>16/15870</u>	<u>2024</u> <u>19/16128</u>	<u>2025</u> <u>13/14719</u>															
	<u>1,06</u>	<u>1,00</u>	<u>1,18</u>	<u>0,88</u>															

4)Prevenzione delle lesioni da decubito da compressione

Letteratura\normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> • Linee guida per la prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione nelle cure primarie e in ospedale RER • Pan Pacific Clinical Practice Guideline for the Prevention and Management of Pressure Injury Osborne Park, Wa: Cambridge Media,2012 • European Pressure Ulcer Advisory Panel. Pressure ulcer treatment Guidelines. Oxford, England:EUAP, 1998 • NPUAP 2007 National Pressure Ulcer Advisory Panel. Support Surface Standard Initiative
Descrizione dello strumento\flusso informativo	<p>Scheda di rilevazione individuale condivisa tra Reparti e Sale operatorie sull'insorgenza e sulla valutazione delle lesioni da compressione nei vari contesti e per le giornate di degenza</p>
Analisi del rischio ed eventuali criticità\aree di intervento	<p>A seguito di un incremento delle lesioni da decubito è stato predisposto nel 2017 e poi adottato uno strumento di rilevazione che segue il paziente nella fase del ricovero, nella fase intraoperatoria, nella fase acuta post-operatoria (in TIPO), nel decorso post operatorio e nella fase di dimissione.</p>
Interventi\azioni correttive e di miglioramento effettuate	<p>Istituzione di un gruppo di lavoro per la revisione della procedura PO31</p>
Valutazione risultati e prospettive future	<p>Dal 2018 si è deciso di adottare in modo continuativo l'applicazione della suddetta scheda. Dal 2023 la scheda è stata inserita nella cartella clinica informatizzata e dal 2024 i dati sono stati raccolti sistematicamente.</p> <p>Il dato 2025 registra 57 lesioni su un numero totale di 42 pazienti, frutto di una più attenta gestione dei pazienti.</p> <p>Lo strumento informatico non consente ancora di rilevare la evoluzione delle lesioni ma si sta provvedendo ad un aggiornamento per cui si ritiene che il dato del 2026 potrà essere più preciso.</p> <p>È stato comunque verificato che il monitoraggio costante alza il livello di attenzione dei professionisti riducendo l'insorgenza e la gravità degli eventi.</p>

PERIODO	LESIONI	PAZIENTI
Anno 2025	57	42
Anno 2024	91	72

5) Sicurezza trasfusionale

<p>Letteratura\normativa di riferimento</p>	<p>D.L. n. 107, 4 maggio 1990: disciplina per la attività trasfusionali relative al sangue umano e ai suoi componenti e per la produzione di plasma derivati D.L. n. 219, 21ottobre 2005: Nuova Disciplina delle attività Trasfusionali e della Produzione Nazionale degli Emocomponenti.</p> <p>D.L. 25 gennaio 2001 – caratteristiche e modalità per la donazione di sangue e di emocomponenti</p> <p>D.L.26 gennaio 2001 – “protocolli per l’accertamento della idoneità del donatore di sangue e di emocomponenti”</p> <p>Ministero della Sanità, giugno 1991 – Direttive tecniche e promozionali al fine di divulgare le metodologie di riduzione della trasfusione di sangue omologo (art. 16 legge 107/90) –</p> <p>Ministero della Sanità, 2 febbraio1993 Commissione Nazionale per i servizi trasfusionali</p> <p>DPR,7 aprile 1994 – Approvazione del piano per la razionalizzazione del sistema trasfusionale per il triennio 1994-1996</p> <p>Regione E-R, 19 gennaio 1995: proposta di approvazione del piano sangue e plasma della regione Emilia-Romagna per il triennio 95-97</p> <p>Circolare AIOP, 24 maggio 1995, prot. N. 669” Attività trasfusionali” Circolare AIOP, 2 giugno 1995, prot .n.738 ”Attività trasfusionali”</p> <p>ASMN: Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia</p> <p>D.L., 1 set 1995 “Disciplina dei rapporti tra le strutture pubbliche e private provviste si servizi trasfusionali e quelle pubbliche e private, accreditate e non accreditate, dotate di frigoemoteca.”</p> <p>D.L., 1 set 1995 “Costituzione e compiti dei comitati per il buon uso del sangue presso e presidi ospedalieri”</p> <p>Contratto con azienda usl</p> <p>“Perioperative Transfusion medicine” – Bruce D. Spiess, Richard B. Counts, Steven A. Gould</p> <p>“Sangue autologo”Linee guida approvate al CRAT della regione Emilia-Romagna 2/7/99</p> <p>“L’albumina umana nella pratica clinica” da Bollettino informazione sui farmaci anno Bimestrale n. 3/98</p> <p>“Il buon uso di sangue” – Ministero della Sanità Commissione Nazionale per il Serv Trasfusionale</p> <p>“Appropriato uso delle emotrasfusioni e gestione del rischio” - Azienda S. M. N. Reggio Emilia, 2001</p> <p>“Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0” - Ministero della Sanità, raccomandazione n. 5, marzo 2007 Decreto ministeriale 1° settembre 1995. Costituzione e compiti dei comitati per il buon uso del sangue presso i presidi ospedalieri. Gazzetta Ufficiale n.240, 13 ottobre 1995</p> <p>Decreto ministeriale 2 novembre 2015: Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti</p>
---	---

<p>Descrizione dello strumento\flusso informativo</p>	<p>La sicurezza delle trasfusioni è tenuta sotto controllo da diversi strumenti informativi:</p> <ul style="list-style-type: none"> interni alla struttura (identificazione del paziente, crociatura della sacca, registro di carico e scarico dell'emoteca, registrazione in Cartella clinica delle trasfusioni) esterni: l'approvvigionamento delle sacche. Dal febbraio 2023 al fine di aumentare la sicurezza delle trasfusioni è stata introdotta la richiesta informatizzata sul portale del Servizio Trasfusionale della AUSL di Reggio Emilia 																				
<p>Analisi del rischio ed eventuali criticità\aree di intervento</p>	<p>I rischi sono stati attentamente valutati con il Servizio di Medicina Trasfusionale dell'Ospedale provinciale di riferimento e la Procedura (PO28) che definisce il percorso della gestione del sangue nel suo complesso è stata redatta congiuntamente. Questo garantisce un controllo condiviso del processo.</p> <p>La struttura partecipa con il Direttore Sanitario al COBUS (comitato ospedaliero buon uso del sangue) al fine di garantire comportamenti omogenei con le altre strutture sanitarie della provincia.</p> <p>La struttura possiede una propria emoteca gestita da un referente individuato dalla direzione che trimestralmente riferisce ai responsabili medici e infermieristici sull'utilizzo delle sacche nelle varie unità operative, sulla quantità di sacche richieste e non utilizzate ed eventuali problemi emersi.</p> <p>Si riporta di seguito la tabella riassuntiva relativa al consumo di sangue nel triennio 2023-2025</p> <table border="1" data-bbox="505 1115 1232 1419"> <thead> <tr> <th colspan="4">Consumo sangue</th> </tr> <tr> <th>Anno</th> <th>sacche richieste</th> <th>sacche utilizzate</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2025</td> <td>1867</td> <td>1025</td> <td>54,9</td> </tr> <tr> <td>2024</td> <td>1.696</td> <td>862</td> <td>51</td> </tr> <tr> <td>2023</td> <td>2.331</td> <td>1.081</td> <td>48</td> </tr> </tbody> </table> <p>La richiesta di sangue nel Corso del 2025 è aumentata per l'introduzione di nuove specialità chirurgiche non presenti nel 2024. E' aumentata anche la percentuale di utilizzo rispetto al movimentato, con un incremento del 3,9%. Il tutto dovuto a una più attenta programmazione delle richieste ed a una maggiore attenzione alla appropriatezza delle indicazioni.</p>	Consumo sangue				Anno	sacche richieste	sacche utilizzate	%	2025	1867	1025	54,9	2024	1.696	862	51	2023	2.331	1.081	48
Consumo sangue																					
Anno	sacche richieste	sacche utilizzate	%																		
2025	1867	1025	54,9																		
2024	1.696	862	51																		
2023	2.331	1.081	48																		
<p>Interventi\azioni correttive e di miglioramento effettuate</p>	<p>Nel piano formativo del 2025 è stato previsto un corso di formazione incentrato su eventi che potrebbero verificarsi e come affrontarli. Si prevede una collaborazione con il Centro Trasfusionale della AUSL di Reggio Emilia</p>																				
<p>Valutazione risultati e prospettive future</p>	<p>Nel 2025 non si sono verificati eventi avversi e verosimilmente a questo risultato ha contribuito l'utilizzo sistematico, come da normativa, della tracciabilità delle sacche di emazie concentrate e deleucocitate.</p>																				

--	--

6) Raccomandazioni Sicurezza Farmaci e Dispositivi Medici

- Farmacovigilanza

Nel corso del 2025 è stata segnalata una reazione avversa da mezzo di contrasto nel corso di una prestazione radiologica ambulatoriale senza conseguenze

- Dispositivo vigilanza

Nel corso del 2025 sono state segnalate 6 contaminazioni da Mycobacterium Chimaera e 4 segnalazione di malfunzionamento di un circuito per CEC

7) Prevenzione e sorveglianza rischio infettivo

-Sorveglianza epidemiologica anno 2023

Salus Hospital ha attivato una sorveglianza epidemiologica sui principali agenti patogeni riscontrati negli esami culturali effettuati sui pazienti ricoverati attraverso una convenzione con il Laboratorio di Microbiologia di Maria Cecilia Hospital, struttura di riferimento per il gruppo GVM. Il Laboratorio provvede mensilmente all'invio alla Direzione Sanitaria del report relativo all'isolamento di microorganismi nel materiale biologico inviato. Il report viene girato ai singoli responsabili dei reparti. Si riporta di seguito il dato riassuntivo relativo al 2024:

• Casi di Clostridium: 0	0	
• Emocolture richieste	99	Positive 12 (MRSA 0)
• Urocolture richieste	40	
• Percentuale MRSA sugli isolamenti di Stafilococco aureo:	0	
• Isolamenti di E. coli e Klebsiella ESBL +	0 (90% ESBL	
• Isolamenti clinici di enterobatteri resistenti ai carbapenemi	0	
• Tamponi rettali + per KPC	0	
• Emocolture positive per VRE:	1	
• Emocolture positive per Acinetobacter	0	

e Pseudomonas MDR		
• Emocolture positive per Candida:	1	

I dati sono soddisfacenti.

-Infezioni chirurgiche

Nell'ultimo triennio si è continuato a porre particolare attenzione alla gestione delle infezioni perioperatorie revisionando e migliorando, secondo le nuove linee guida, l'approccio ai Pazienti sottoposti a cardiocirurgia o a chirurgia ortopedica maggiore, con l'obiettivo di aumentare la prevenzione delle infezioni endogene, di identificare i casi di pazienti portatori di MRSA (Stafilococcus aureus meticillino resistente) ed anche di MSSA (Stafilococcus aureus meticillino sensibile). Accurati controlli sono stati effettuati nell'ambiente e nella ventilazione delle sale operatorie con risultati sempre più che soddisfacenti.

Si riportano di seguito le tabelle tratte dai rapporti degli anni 2020-2021-2022-2023-2024 e 1° semestre 2025 sulla Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (flusso SICHER) della Regione Emilia-Romagna che sono così riassumibili.

- **2020** 7 di cui 2 in cardiocirurgia e 5 in chirurgia ortopedica
- **2021** 6 di cui 0 in cardiocirurgia e 6 in chirurgia ortopedica (3 protesi del ginocchio e 3 protesi di anca)
- **2022** 12 di cui 7 protesi del ginocchio 1 protesi di anca e 4 chirurgia della colonna; nessuna in cardiocirurgia
- **2023** 15 di cui 7 protesi di ginocchio 4 chirurgia della colonna 3 cardiocirurgia ed 1 in terapia Intensiva
- **2024** 16 di cui 9 protesi di ginocchio 7 chirurgia della colonna
- **1° semestre 2025** 4 di cui 1 protesi di ginocchio e 3 di chirurgia della colonna

Come si può notare nel 2024 il numero delle infezioni era aumentato con particolare riferimento a quelli relative alle protesi di ginocchio che tra l'altro hanno un tasso superiore a quello della media regionale. Questo dato è stato portato a conoscenza del responsabile della Unità Operativa di Ortopedia e con la sua collaborazione si posta maggiore attenzione a tutti gli aspetti relativi alla igiene e sicurezza in sala operatoria. Sono state riviste e riportate alla attenzione di tutti gli operatori le procedure e le istruzioni operative relative al tema
Nel primo semestre 2025 il dato è migliorato ma il problema è sempre alla particolare attenzione del reparto e della Direzione

Frequenza delle infezioni

Tabella 2.1 - Numero di interventi NHSN e frequenza di infezioni per UO

Stabilimento	Disciplina	U.O.	Interventi (n)	Giorni di follow-up	Infezioni (n)	Rate
SALUS HOSPITAL - RE	CARDIOCHIRURGIA	'00701	211	7858	0	0
	CARDIOLOGIA	'00801	1	3	0	0
	CHIRURGIA GENERALE	'00901	65	1025	0	0
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	'03601	533	5351	4	0,7
	TERAPIA INTENSIVA	'04901	49	1605	0	0
	Totale		Totale	859	15842	4

Rate = (infezioni/giorni di follow-up) X 1000

Fonte: Banca dati Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (SICHER), Regione Emilia-Romagna. Dati aggiornati al 11NOV2025

Frequenza delle infezioni

Tabella 2.2 - Numero di infezioni per UO, per categoria e per tipologia di infezione

Stabilimento	Disciplina	U.O.	Categoria	Infezioni superficiali (n)	Infezioni profonde (n)	Infezioni organi e spazi (n)	Totale infezioni (n)
SALUS HOSPITAL - RE	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	'03601	FUSN - FUSIONE VERTEBRALE	0	1	0	1
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	'03601	KPRO - PROTESI DI GINOCCHIO	0	1	0	1
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	'03601	LAM - LAMINECTOMIA	0	2	0	2
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	'03601	TOTALE	0	4	0	4

Fonte: Banca dati Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (SICHER), Regione Emilia-Romagna. Dati aggiornati al 11NOV2025

2024

Tabella 2.1 - Numero di interventi NHSN e frequenza di infezioni per UO

Rate = (infezioni / giorni di follow-up) x 1000

SALUS HOSPITAL - RE					
Disciplina	U.O.	Interventi (n)	Giorni di follow-up	Infezioni (n)	Rate
CARDIOCHIRURGIA	00701	388	5.819	0	0
CARDIOLOGIA	00801	3	36	0	0
CHIRURGIA GENERALE	00901	276	4.467	0	0
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	03601	1.018	23.049	16	0,7
UROLOGIA	04301	4	57	0	0
TERAPIA INTENSIVA	04901	158	2.199	0	0
TOTALE		1.847	35.627	16	0,4

Tabella 2.2 - Numero di infezioni per UO, per categoria e per tipologia di infezione

Ratio = (infezioni / interventi) x 100

Rate = (infezioni / giorni di follow-up) x 1000

SALUS HOSPITAL - RE						
Disciplina	U.O.	Categoria	Infezioni superficiali (n)	Infezioni profonde (n)	Infezioni di organi/spazi (n)	Totale infezioni (n)
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	03601	FUSN	0	3	0	3
		KPRO	1	8	0	9
		LAM	0	4	0	4
		TOTALE	1	15	0	16

Tabella 3.1 - Frequenza di infezioni per categoria e confronto con dati Regione E-R

Rate = (infezioni / giorni di follow-up) x 1000

Infezioni attese = (giorni di follow-up x Rate regionale) / 1000

SIRate = infezioni / infezioni attese.

Se infezioni attese (non approssimato) è 0, il SIRate non è calcolabile (--).

[I.d.C.] = intervallo di confidenza al 95%

Significatività N.S. = tasso in linea con quello regionale (I.d.C. contenente il valore 1);

> 1 = tasso maggiore di quello regionale (I.d.C. interamente superiore a 1);

< 1 = tasso minore di quello regionale (I.d.C. interamente inferiore a 1);

- = significatività non valutata per l'esiguo numero di interventi (< 20).

Categoria	Interventi (n)	Giorni di follow-up	Infezioni (n)	Rate	Infezioni attese (n)	SIRate [I.d.C.]	significativit?
CARD	339	5.364	0	0	1,5	0,0 (0,0-2,4)	N.S.
CBGB	105	1.270	0	0	1,0	0,0 (0,0-3,8)	N.S.
CBGC	76	1.136	0	0	0,4	0,0 (0,0-8,3)	N.S.
CHOL	63	1.032	0	0	0,5	0,0 (0,0-7,0)	N.S.
CRAN	3	33	0	0	0,0	-	-
HER	196	3.234	0	0	0,6	0,0 (0,0-6,0)	N.S.
HPRO	121	1.975	0	0	0,4	0,0 (0,0-9,2)	N.S.
KPRO	325	5.853	9	1,5	1,0	8,8 (4,0-16,7)	>1
LAM	365	8.985	4	0,4	2,1	1,9 (0,5-4,9)	N.S.
REC	11	93	0	0	0,1	-	-
XLAP	6	108	0	0	0,1	-	-

- Igiene delle mani Consumo di prodotti idroalcolici per 1000 giornate di degenza

Si riporta nella tabella che segue il consumo di gel idroalcolico negli ultimi anni

Anno	Consumo di gel idroalcolico l/1000 giornate
2017	16
2018	12
2019	14
2020	30
2021	32
2022	19
2023	13
2024	20
2025	23,6

Come si può vedere il consumo è andato aumentando in particolare negli anni 2020 e 2021 in concomitanza con l'esplosione della pandemia da SARS Covid 19, arrivando ai livelli suggeriti e previsti dalla letteratura e dalla Regione Emilia Romagna (IND0737 35l/1000 giornate), mentre dal 2022 con il cessare della emergenza il consumo si è significativamente ridotto fino ad arrivare a livelli non accettabili nel 2023 ; è evidente che ci troviamo di fronte a comportamenti scorretti frutto evidentemente di una scarsa presa di coscienza delle rilevanza delle problematiche infettive e di una sottovalutazione della importanza della procedura .

Nel corso del 2024 la Direzione ha ripreso un programma di formazione specifico che ha interessato tutto il personale operante nella struttura (medici, infermieri, tecnici) ed il tema è stato sempre posto alla attenzione degli stessi in occasione delle riunioni trimestrali del comitato

Il dato 2025 ha registrato una positiva inversione di tendenza che dovrà essere ulteriormente migliorata nel corso del 2026.

-Prevenzione della Legionellosi

Nel corso del 2023 Salus Hospital ha provveduto alla revisione ed aggiornamento del Programma di Sorveglianza e controllo della Legionellosi, in ottemperanza alle disposizioni regionali. (Linee guida Regione Emilia -Romagna per la sorveglianza ed il controllo della Legionellosi -DGR 12 giugno 2017 n° 828)

Le analisi vengono effettuate trimestralmente come da programma, sia su acqua calda che fredda ed inviate presso il Dipartimento di Scienze Biologiche della Università di Bologna con la quale è attiva una specifica convenzione

I risultati vengono comunicati via PEC eventualmente preceduta da una comunicazione rapida via mail per consentire l'attivazione degli interventi correttivi eventualmente necessari secondo quanto previsto dalle indicazioni regionali.

Nel 2025 non sono state rilevate criticità significative.

- Monitoraggi ambientali

Anche nel 2025 sono state effettuate quattro sedute di campionamento delle superfici ambientali con bioluminometro ,suddivise in alto, medio e basso rischio.

I risultati sono riportati nella seguente tabella e sono sostanzialmente positivi. Nel caso di campionamento non conforme si provvede nell'immediato alla sanificazione delle superfici interessate ed al successivo ricampionamento.

Campionamento superfici con Bioluminometro:

Data		Alto rischio		Medio Rischio		Basso rischio	
15.01.25	Conforme	23	100%	18	94,74%	0	0
	Non conforme	0	0%	1	5,26	0	0

09.04.25	Conforme	8	100%	18	100%	9	90%
	Non conforme	0	0%	1	5,26%	1	10%

25.06.25	Conforme	14	100%	32	96,97%	8	100%
	Non conforme	0	0%	1	3,03%	0	0%
24.09.25	Conforme	11	92%	24	96%	0	0
	Non conforme	1	8%	1	4%	0	0

8) Gestione sinistri e comunicazione con i Cittadini

-Sinistri

I risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio sono stati così determinati

Anno di riferimento	Totale somme erogate (Euro)
2025	320.668
2024	812.602
2023	854.932
2022	261.862
2021	457.883
2020	65.240

Da rilevare che il numero delle richieste, già di per sé significativo, è in diminuzione nel 2025 ed i dati relativi ai risarcimenti effettivamente riconosciuti raggiungono cifre considerevoli ma in calo nell'ultimo anno.

- Segnalazione cittadini per la gestione del rischio (URP)

Nel 2025 vi sono state 27 segnalazioni da parte dei cittadini pervenute all'URP Aziendale più altre 6 pervenute direttamente alla struttura; a tutte si è dato puntuale risposta, mediamente in un tempo inferiore ai 15 giorni.

Le segnalazioni hanno riguardato problematiche organizzative in particolare relative ai tempi di attesa; non vi sono state segnalazioni inerenti la gestione del rischio

9) Salute e Sicurezza degli Operatori

Si riportano i contenuti della relazione del RSPP relativa al 2025

-Infortuni

Si sono verificati n. 8 eventi infortunistici riconducibili alle seguenti dinamiche:

- n. 3 punture con ago alla mano;
- n. 1 incidente in itinere;
- n. 1 scivolamento in piano;
- n. 1 taglio con bisturi.
- n.2 contatti con fluidi biologici.

Non si segnalano denunce di malattie professionali

-Sorveglianza sanitaria

Lavoratori sorvegliati 92 (76 F 16 M)

- idoneità senza prescrizioni: n. 91 lavoratori (75 F e 16 M)
- idoneità con limitazione e prescrizioni: n. 1 lavoratori (1 F);
- temporaneamente non idoneo: 0 lavoratori.

N° 7 dei suddetti lavoratori (6 F e 1M) sono addetti all'uso di apparecchiature munite di VDT e sono stati sottoposti nel corso del 2025 a visita specialistica oculistica con espressione di idoneità da parte del medico competente.

Nel corso del 2025 si è proceduto a sottoporre il personale che opera nell'ambito della **risonanza magnetica nucleare (RMN: 3M e 1 F)** alla raccolta di dati ed informazioni allo scopo di accertare l'assenza di controindicazioni all'esposizione ai rischi legati ai campi elettromagnetici; per i lavoratori valutati con tale finalità, non sono state evidenziate possibili controindicazioni all'attività all'interno del sito RMN

Il **monitoraggio biologico dell'acido formico** Visto e considerato che per la seconda volta non sono state evidenziate alterazioni, visto che attualmente non vengono utilizzati sistemi aperti, il medico competente decide di sospendere nel 2025 la valutazione dell'esposizione alla formaldeide dei lavoratori di sala operatoria. Pertanto, anche l'RSPP non ritiene necessario approfondire ulteriormente la valutazione sulla formaldeide aerodispersa.

Si programmano tuttavia nuovi campionamenti a inizio 2026.

Non si segnalano denunce di malattie professionali per l'anno 2025.

-Sorveglianza per rischio da radiazioni ionizzanti anno 2025

Sono stati sottoposti a sorveglianza medica 19 operatori di cui

- 3 classificati in categoria A (medici)
- 15 classificati in categoria B (4 medici, 8 TSRM, 3 infermieri)

10)Violenza sugli operatori

Nel corso del 2025 non sono stati segnalati episodi di violenza sugli operatori

Il problema è comunque posto alla costante attenzione della Direzione della struttura.

Nel corso del 2024 non sono stati segnalati episodi di violenza sugli operatori

Si ricorda che nel corso del 2023 erano stati segnalati tre episodi come da tabella

N° caso /reparto	Personale interessato	Sede/turno	Aggressore	Tipologia aggressione
1° caso /Ortopedia	Infermiere Professionale	Degenza/mattino	Parente	Verbale
2° caso / Ortopedia	Infermiere Professionale	Degenza/Notte	Utente	Verbale e Fisica
3° caso /Ortopedia	Inf. Professionale OSS Medico	Degenza/pomeriggio	Parente	Verbale

