



**CASA DI CURA VILLA VERDE – TARANTO  
ACCREDITATA S.S.N.  
Unità Gestione del Rischio Clinico  
Responsabile: Dott. Luca Russo**

**RELAZIONE ANNUALE EVENTI AVVERSI  
SULL'ANNO 2025**

---

**UNITÀ GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO**

## PREMESSA

La Legge 8 marzo 2017, n. 24 in materia di: “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”, prevede che le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie predispongano una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all’interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto tali accadimenti e sulle conseguenti iniziative messe in atto; è previsto inoltre che la medesima relazione venga pubblicata nel sito internet della struttura sanitaria. Tale previsione richiama anche precedenti indirizzi normativi, come quelli contenuti nella Legge 28 dicembre 2015, n. 208 in cui si disponeva che tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivassero un’adeguata funzione per il monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management), anche per l’effettuazione di percorsi di audit o di altre metodologie finalizzate allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti, con segnalazione anonima del quasi-errore e analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari. Il Decreto Ministeriale di istituzione dell’Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza in sanità del 29 settembre 2017 chiarisce poi ulteriormente quali sono gli accadimenti di interesse, considerando tutti gli “incidenti” correlati alla sicurezza delle cure, non solo quelli causativi di un danno (eventi avversi), ma anche quelli che non hanno determinato un danno (eventi senza danno) e i rischi (i cosiddetti “quasi eventi/near miss”: eventi che non si sono verificati, che “stavano per accadere” ma sono stati intercettati/impediti prima del loro verificarsi). Si comprende pertanto quale sia lo spirito che anima tali dettati normativi che è quello di contemperare tutte le esigenze: promuovere la sicurezza delle organizzazioni, garantendo la trasparenza nei confronti del cittadino (attraverso la pubblicazione nello proprio sito internet della presente relazione e anche dei dati relativi a tutti i risarcimenti erogati dell’ultimo quinquennio) e orientando la disponibilità dei dati alla rappresentazione dell’impegno che le stesse organizzazioni spendono per la sicurezza ed il miglioramento. La relazione annuale deve infatti contenere le “conseguenti iniziative messe in atto” predisposte e attuate a seguito dello studio delle cause degli accadimenti connessi alla sicurezza delle cure, che rappresentano quindi (specialmente in caso di near miss, eventi senza danno o con basso danno) delle opportunità di apprendimento per il miglioramento e l’incremento del livello di sicurezza. L’impegno per la sicurezza passa quindi non soltanto dalla rilevazione degli “eventi avversi”, ma soprattutto dallo sforzo e dalla propensione alla “misurazione della sicurezza delle cure” e all’utilizzo delle relative fonti informative da cui attingere le informazioni. Vi sono infatti ampie evidenze sul fatto che le organizzazioni più affidabili sono quelle che mettono al centro della loro attenzione la misurazione ed il monitoraggio della sicurezza. La misurazione della sicurezza del paziente non è tuttavia cosa semplice e richiede accuratezza ed estrema ricercatezza nell’interpretazione dei risultati. In riferimento all’attuale contesto italiano, si può considerare almeno un set minimo di fonti sulla sicurezza, come nucleo informativo essenziale, che ogni organizzazione sanitaria dovrebbe presidiare; sono fonti informative già esistenti ed usualmente utilizzate nelle organizzazioni sanitarie di interesse per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio riconducibili a sistemi di segnalazione attiva (alcuni di questi obbligatori) da parte degli operatori sanitari (Incident Reporting, farmacovigilanza, dispositivovigilanza, emovigilanza, ecc.) e altri che fanno riferimento a sistemi di segnalazione attiva da parte dei cittadini (ad esempio reclami e sinistri). C’è comunque da fare un ragionamento di carattere generale rispetto alla quantificazione degli eventi avversi. In presenza di un aumento di eventi avversi identificati è complesso determinare se questo sia l’espressione di un peggioramento nelle performance dell’organizzazione sanitaria relative alla gestione del rischio o un miglioramento nella capacità di rilevare gli eventi. Si fa presente che i sistemi sanitari che investono nel miglioramento della sicurezza dei pazienti possono anche osservare un aumento del numero di eventi avversi registrati a breve termine. Questo non deve necessariamente essere interpretato come un

deterioramento della qualità della cura, in quanto può essere semplicemente il risultato di una migliore consapevolezza e trasparenza del sistema. Sono inoltre importanti anche le informazioni relative all'attività svolta nelle aziende per la prevenzione dei rischi ed in particolare quelle realizzate, in coerenza con gli indirizzi forniti da Ministero della Salute ed Agenas, per l'applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali e lo sviluppo delle Pratiche per la Sicurezza del paziente. La raccolta e rappresentazione di informazioni relative anche alle attività messe in campo per promuovere la sicurezza, fornendo una fotografia anche della parte positiva della sicurezza, contribuisce a dare una visione sistemica del fenomeno, più fedele alle attività svolte nei contesti di cura reali. La presente relazione annuale sugli eventi avversi offre un'analisi dettagliata delle situazioni avverse verificatesi nel corso dell'anno 2025 nel contesto della Rete Qualità e Salute. Gli eventi avversi rappresentano un aspetto critico dell'assistenza sanitaria, poiché possono influenzare negativamente la salute e la sicurezza dei pazienti, oltre a impattare sulle risorse umane, finanziarie e sulla reputazione dell'organizzazione. Lo scopo di questa relazione è identificare le principali tendenze, le cause sottostanti e le implicazioni degli eventi avversi riscontrati, al fine di migliorare la qualità dell'assistenza e promuovere un ambiente sicuro per pazienti e operatori sanitari. Attraverso un'analisi approfondita dei dati raccolti e una valutazione critica delle procedure e delle pratiche attuali, intendiamo formulare raccomandazioni mirate per prevenire o mitigare il rischio di eventi avversi simili in futuro.

## POSTI LETTO AUTORIZZATI E ACCREDITATI

| I Raggruppamento (70 p.l.)                                             | II Raggruppamento (61 p.l.)                                                                                   | III Raggruppamento (61 p.l.)                                                    |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Geriatrics: 26 p.l.<br>Recupero e Riabilitazione (cod. 56):<br>44 p.l. | Medicina: 20 p.l.<br>Pneumologia: 15 p.l.<br>Riabilitazione Cardiologica e<br>Respiratoria (cod. 56): 26 p.l. | Cardiologia: 29 p.l.<br>UTIC: 8 p.l.<br>Cardiochirurgia: 18 p.l.<br>TIC: 6 p.l. |

A questi si sono aggiunti 2 p.l. di UTIC, con l'Atto Autorizzativo alla realizzazione n. 2 del Comune di Taranto del 27/01/2025.

## AMBULATORI CON ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

| Ambulatori                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Laboratorio di Patologia Clinica<br>Diagnostica per immagini<br>Cardiologia<br>Fisiokinesiterapia<br>Gastroenterologia<br>Epatologia<br>Endoscopia digestiva, diagnostica e<br>terapeutica<br>Endoscopia bronchiale | Endocrinologia, diabetologia e<br>dietologia<br>Malattie metaboliche<br>Neurologia e diagnostica<br>neurofisiologica<br>Pneumologia, Fisiopatologia<br>respiratoria, Riabilitazione cardiologica<br>e respiratoria | Medicina del Lavoro<br>Oncologia<br>Oculistica<br>Reumatologia<br>Medicina Interna<br>Geriatrics<br>Psicodiagnostica e psicoterapia<br>Terapia antalgica |

## DAY SERVICE

| Codice | Medicina Interna e Oncologia                    |        |                                                |
|--------|-------------------------------------------------|--------|------------------------------------------------|
| PAC.30 | Ipertransaminasemia di N.D.D.                   | PCA.98 | Diabete > 35 anni                              |
| PAC.31 | Epatopatie virali croniche                      | PCA.85 | Trattamento chemiot. farmaco non alto costo    |
| PAC.32 | Epatopatie cron. da accumulo o autoimm.         | PCA.86 | Trattamento chemiot. con farmaci alto costo    |
| PAC.33 | Epatopatie su base alcolica o metabolica        | PCA.80 | Anomalia globuli rossi età >17 anni            |
| PCA.46 | Malattie apparato digerente                     | PCA.87 | Anamnesi neoplasia maligna s/complicanze       |
| PCA.51 | Malattie vie biliari                            | PCA.88 | Anamnesi neoplasia maligna c/complicanze       |
| PCA.66 | Diabete < 36 anni                               |        |                                                |
| Codice | Pneumologia                                     |        |                                                |
| PCA.41 | Malattia polmonare cronica ostruttiva           | PCB.22 | Broncopatia cronico ostr. (BPCO) diagn. valut. |
| PCB.19 | Perc. diagn. DRS (disturbo resp. sonno-correl.) | PAC.64 | Follow-up Covid III mese                       |
| PCB.20 | Follow-up paziente OSAS                         | PAC.65 | Follow-up Covid VI mese                        |
| PCB.21 | Diagnostico di asma bronchiale                  | PAC.66 | Follow-up Covid XII mese                       |
|        |                                                 | PAC.91 | Follow-up Covid XXIV mese                      |
| Codice | Cardiologia                                     |        |                                                |
| PCA.44 | Aritmia e alterazione conduzione cardiaca       | PCA.94 | Espianto di dispositivo loop-recorder          |
| PCB.04 | Iperensione con danno d'organo                  | PAC.97 | Sostituzione di pacemaker                      |
| PCB.28 | Follow-up ipertens. senza danno d'organo        | PAC.98 | Sostituzione di defibrillatore                 |
| PCA.00 | Impianto di dispositivo loop-recorder           |        |                                                |
| Codice | Geriatrics                                      |        |                                                |
| PCA.67 | Difetto congenito del metabolismo               | PCA.41 | Malattia polmonare cronica ostruttiva          |

## RELAZIONE ANNUALE GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E DEGLI EVENTI AVVERSI 2025

### OBIETTIVI ADOTTATI DALLA CASA DI CURA VILLA VERDE DI TARANTO:

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

Il nostro sistema di gestione del rischio clinico è un sistema integrato basato sulla collaborazione tra diversi settori e molteplici figure professionali, tra i quali l'Uff. Qualità e Accreditamento, la Direzione Sanitaria, il Comitato Infezioni Correlate all'Assistenza (CICA), l'Ingegneria Clinica, il Comitato Valutazione Sinistri, l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, l'Ufficio Legale, il Controllo di Gestione ed altre funzioni aziendali che condividono e analizzano le informazioni necessarie a intercettare le aree e le attività a maggior rischio per le quali è necessario implementare azioni di miglioramento.

Tale sistema prevede che il miglioramento della pratica clinica e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate, si esplichi tramite la costante verifica dei risultati e il confronto delle performance basato su indicatori validati a livello regionale e nazionale.

## **IL SISTEMA PER LA GESTIONE DELLA SICUREZZA DEL PAZIENTE**

La Casa di Cura Villa Verde ha individuato all'interno della Struttura:

1. L'Unità Gestione Rischio Clinico (UGR), il cui Responsabile è il Direttore Sanitario
2. Un Comitato Valutazione Sinistri (CVS)

### **Il Risk Manager ha i seguenti compiti:**

- favorire l'implementazione dei flussi informativi relativi ad indicatori utili per la conoscenza e mappatura del rischio clinico e le relative fasi di analisi e monitoraggio;
- provvedere alla supervisione, all'organizzazione e alla formulazione di proposte di analisi e di revisione dei processi assistenziali correlati al rischio clinico;
- curare la comunicazione anche mediante diffusione di linee guida o altra documentazione utile per la sicurezza del paziente;
- suggerire proposte di piano per la formazione sulla sicurezza del paziente;
- adozione di strumenti per la rilevazione ed il monitoraggio degli errori accaduti o mancati;
- individuazione delle "aree critiche";
- definizione degli ambiti e delle azioni prioritarie di intervento (già in atto e da attivare);
- definizione di interventi organizzativi e di altro tipo (es. adozione di tecnologie) per la prevenzione e riduzione degli errori evitabili;
- definizione di sistemi di monitoraggio per la verifica dei risultati degli interventi di prevenzione e correttivi posti in essere;
- definizione di un sistema di reporting appropriato.
- rendere più tempestiva e snella la gestione dei problemi che hanno dato luogo (o potrebbero dar luogo) a danno alla persona, con conseguente contenzioso nei confronti delle Strutture;
- tutelare maggiormente utenti ed operatori sanitari, accelerando l'acquisizione degli elementi obiettivi indispensabili all'orientamento del caso;
- contribuire all'identificazione di comportamenti/procedure "a rischio" e delle possibili misure preventive atte a modificarli/migliorarli;
- formulare alle Direzioni proposte di iniziative orientate alla miglior gestione dei "sinistri";

## **IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO**

La mappatura del rischio presente nella struttura in termini qualitativi e quantitativi è il primo passo per attuare il sistema Gestione Rischio Clinico. Nell'ambito delle numerose e diverse fonti informative che contribuiscono alla identificazione delle componenti del rischio (es. le Schede di Dimissione Ospedaliera, le segnalazioni all'Ufficio Relazioni con il Pubblico, le Non Conformità del Sistema Accreditamento, le cadute, ecc.) la Rete Ospedaliera ha ritenuto prioritario sviluppare quei flussi informativi specificamente mirati a rilevare i possibili eventi avversi, quali:

1. il sistema di rilevazione delle schede di Incident Reporting (che include la farmacovigilanza, la gestione degli emocomponenti, l'allontanamento dei pazienti, ecc.);
2. le segnalazioni di cadute;
3. le segnalazioni degli eventi sentinella mediante flusso SIMES (Sistema di monitoraggio degli errori in sanità);
4. le checklist di sala operatoria

5. le infezioni del sito chirurgico
6. il monitoraggio delle Lesioni da Decubito

Per quanto concerne i metodi di analisi degli eventi rilevati con tali flussi informativi, sono stati individuati diversi strumenti di analisi, il cui utilizzo è in funzione dell'evento segnalato e del relativo contesto, come di seguito specificato.

- **Audit Clinico:** è uno strumento multidisciplinare e multiprofessionale per lo sviluppo delle competenze professionali e della accountability, costituisce un importante strumento di formazione sul campo. Si tratta di una revisione strutturata tra pari, che permette di verificare la capacità di fornire e mantenere cure sicure, attraverso la valutazione dell'attività clinica e dei risultati raggiunti e la misurazione delle differenze riscontrate nella pratica assistenziale, rispetto a degli standard esplicitamente definiti. Un progetto di audit clinico può essere di tipo retrospettivo o prospettico; l'obiettivo è in ogni caso l'identificazione delle criticità organizzative e delle relative ipotesi di miglioramento.
- **FMEA – FMECA:** la Failure Modes and Effects Analysis è un metodo di valutazione qualitativa dei rischi che si differenzia notevolmente da quelli finora presentati per il suo carattere di pro-attività. L'oggetto dell'osservazione, in questo caso, non è l'evento avverso o il near miss, ma il processo così come si svolge routinariamente; è quindi un sistema che può essere applicato indipendentemente dal verificarsi di un evento e va alla ricerca non di ciò che è accaduto, ma di ciò che potrebbe accadere, cioè dei fattori di rischio, delle relative conseguenze e degli eventuali fattori associati. L'attribuzione di un indice di rischio, in base alla gravità delle relative conseguenze, della probabilità che questo accada e della possibilità di essere rilevato, consente un confronto anche quantitativo (in tal caso si parla di Failure Mode Effect and Criticality Analysis).
- **Root Cause Analysis (RCA):** la ricerca delle cause profonde è una metodologia di analisi retrospettiva, che si applica allo studio dei fattori causali di un evento avverso o, più in generale, di un incidente e che si basa sulla concezione organizzativa dell'errore. L'analisi non si limita, infatti, all'individuazione dell'errore (o mancanza) più prossimo all'evento, ma ha l'obiettivo di analizzare l'intero processo che lo ha generato. L'obiettivo principale di questa metodologia è arrivare a comprendere in modo approfondito che cosa è successo, perché e cosa si può o deve fare per evitare che si ripeta.

## DEFINIZIONI

Ai fini del presente documento, si utilizzano le seguenti definizioni:

- **Audit clinico:** metodologia di analisi applicata dai professionisti, finalizzata alla valutazione della pratica clinica rispetto a criteri espliciti di riferimento (evidence based practice, linee guida e raccomandazioni, percorsi diagnostico-terapeutici, etc), per identificare gli scostamenti rispetto a standard conosciuti, attuare le opportunità di cambiamento e monitorare l'impatto delle misure di miglioramento introdotte.
- **Evento Avverso:** evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è "un evento avverso prevenibile".
- **Evento Sentinella:** evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. È sufficiente che l'evento si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna: a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiano causato o vi abbiano contribuito; b) l'individuazione e l'implementazione di adeguate misure correttive.

- **Near miss (o quasi evento):** errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.
- **Root Cause Analysis (RCA):** metodologia finalizzata all'identificazione, da parte degli operatori e delle organizzazioni sanitarie, delle cause e dei fattori che contribuiscono al manifestarsi di un evento avverso, consentendo, di conseguenza, di mettere in atto azioni utili a contrastare il ripetersi di tali eventi e di sviluppare raccomandazioni per l'implementazione sistematica delle azioni preventive.
- **SIMES:** Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità, avente l'obiettivo di raccogliere le informazioni relative agli eventi sentinella ed alle denunce dei sinistri su tutto il territorio nazionale consentendo la valutazione dei rischi ed il monitoraggio degli eventi avversi.

## CLASSIFICAZIONE DEGLI EVENTI SENTINELLA

1. Procedura in paziente sbagliato
2. Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
3. Errata procedura su paziente corretto
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure
5. Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO
6. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
7. Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto
8. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita
9. Morte o grave danno per caduta di paziente
10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale
11. Violenza su paziente
12. Atti di violenza a danno di operatore
13. Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
14. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso
15. Morte o grave danno impreveduti conseguente ad intervento chirurgico
16. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente

Sono da considerarsi **eventi sentinella** quegli eventi che determinano esiti o condizioni cliniche che comportino i seguenti cambiamenti nel processo assistenziale:

- A) Morte
- B) Disabilità permanente
- C) Coma
- D) Stato di malattia che determina prolungamento della degenza o cronicizzazione
- E) Trauma maggiore conseguente a caduta di paziente
- F) Trasferimento ad una unità semi-intensiva o di terapia intensiva
- G) Reintervento chirurgico
- H) Rianimazione cardio-respiratoria
- I) Richiesta di trattamenti psichiatrici e psicologici specifici in conseguenza di tentativi di suicidio violenza subita nell'ambito della struttura

- J) Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO
- K) Altro (ad esempio, trattamenti terapeutici con ulteriori farmaci che non sarebbero stati altrimenti necessari, richiesta di indagini diagnostiche di maggiore complessità, traumi e fratture)

## GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO IN CASA DI CURA

La gestione del rischio clinico rappresenta l'insieme delle azioni complesse messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la massima sicurezza del Paziente attraverso la prevenzione degli errori evitabili. Altra attività è quella relativa alla gestione dei sinistri da ipotesi di *malpractice*, che consente anche l'individuazione di elementi in grado di fornire indicazioni per il miglioramento del sistema. L'approccio al rischio è di tipo globale e si basa su diverse componenti:

- formazione degli operatori
- comunicazione dell'analisi delle criticità organizzative che hanno reso possibile l'errore alla Direzione Aziendale
- proposta di iniziative che possano ridurre la probabilità che lo stesso errore si ripeta.

Nell'ambito della funzione di gestione del rischio clinico due sono gli ambiti d'intervento: proattivo e reattivo. L'ambito **proattivo** ha lo scopo di prevenire gli eventi avversi e comprende le seguenti azioni:

- diffusione delle raccomandazioni ministeriali relative alla sicurezza delle cure e monitoraggio del loro livello di applicazione;
- sviluppo e implementazione di protocolli/procedure aziendali riguardanti la sicurezza del paziente;
- attuazione di programmi di qualità applicata alla sicurezza clinica (qualità della documentazione sanitaria, tracciatura dei processi);
- analisi dei reclami e dei contenziosi per l'individuazione delle aree a maggior rischio;
- analisi degli eventi avversi, finalizzata al miglioramento continuo secondo la logica dell'imparare dall'errore;
- collaborazione con altre strutture aziendali coinvolte nella sicurezza del paziente (Direzione Sanitaria, Ingegneria clinica, Servizio di prevenzione e protezione aziendale);
- promozione della cultura della sicurezza delle cure, attività di formazione e di consulenza per tutte le articolazioni aziendali;

L'ambito **reattivo** si occupa degli aspetti relativi al contenzioso medico-legale e comprende le seguenti attività:

- istruttoria sanitaria a seguito di richieste di risarcimento, contenzioso;
- collaborazione con la Struttura Legale dell'Azienda;
- collaborazione con il broker aziendale e con l'assicuratore;
- nei casi di sinistri in SIR, gestione diretta del contenzioso;
- attività formativa sugli aspetti medico-legali del contenzioso.

## ANALISI QUANTITATIVA E DETTAGLIO EVENTI ANNO 2025

Dall'analisi del sistema di Incident Reporting e del monitoraggio clinico condotto dall'Ufficio Gestione del Rischio, i dati per l'anno 2025 presso la Casa di Cura Villa Verde si attestano come segue:

| Tipologia Evento         | Numero Casi | Esito / Note                                                  |
|--------------------------|-------------|---------------------------------------------------------------|
| Eventi Sentinella        | 0           | Nessun evento grave o decesso inatteso segnalato.             |
| Cadute Totali            | 29          | Di cui <b>27 senza danno</b> e <b>2 con danno lieve</b> .     |
| Errori in Terapia        | 0           | Processo di somministrazione farmaci presidiato con successo. |
| Near Miss (Quasi Eventi) | 2           | Eventi intercettati prima che raggiungessero il paziente.     |

### Analisi Critica e Iniziative di Miglioramento

Il dato relativo alle **29 cadute totali** (di cui la stragrande maggioranza, il 93%, si è risolta senza alcuna conseguenza per il paziente) indica un'elevata capacità di rilevazione e trasparenza da parte del personale. La presenza di soli **2 casi con danno lieve** conferma l'efficacia delle misure di protezione ambientale adottate.

### Iniziative messe in atto a seguito delle rilevazioni:

1. **Monitoraggio Post-Caduta:** Per ogni caduta (anche senza danno) è stata compilata la scheda di analisi per identificare i fattori contribuenti (es. pavimentazione, calzature inadeguate, stato confusionale).
2. **Formazione:** Rafforzamento dell'uso della **Scala di Conley** per l'identificazione precoce dei pazienti ad alto rischio caduta sin dal momento dell'accettazione.
3. **Cultura della Sicurezza:** La segnalazione dei **2 Near Miss** (nonostante il tipo specifico sia in fase di catalogazione interna) viene valorizzata come opportunità di apprendimento per prevenire errori futuri in ambiti critici come la diagnostica o la segreteria clinica.

## RISULTATI

### CADUTE ACCIDENTALI / EVENTI AVVERSI

Nell'anno **2025** si sono verificati presso la **Casa di Cura Villa Verde di Taranto** n. **29 episodi in totale**, tutti riguardanti cadute accidentali.

La distribuzione degli eventi per Unità Operativa (U.O.) è la seguente:

- **n. 15** nella U.O. di **Recupero e Riabilitazione Funzionale (RRF)**;
- **n. 8** nella U.O. di **Geriatrics**;
- **n. 4** nella U.O. di **Riabilitazione Cardiorespiratoria**;
- **n. 1** in **UTIC** (Unità di Terapia Intensiva Cardiologica).

L'analisi degli eventi conferma che la maggior parte delle cadute è riconducibile a fattori intrinseci dei pazienti, quali instabilità posturale, stati di agitazione psico-motoria in soggetti anziani con patologie degenerative.

Per ogni evento segnalato, l'Ufficio Gestione del Rischio Clinico ha richiesto una relazione dettagliata al personale in turno per individuare le cause e implementare piani d'azione volti a ridurre la probabilità di ricorrenza.

### RISULTATI: ANALISI DELLE CADUTE ACCIDENTALI ANNO 2025

Nell'anno 2025, presso la **Casa di Cura Villa Verde**, si sono verificati **29 episodi** totali di caduta accidentale. Di questi, **3 eventi hanno comportato un danno** per il paziente, mentre i restanti 26 sono stati senza conseguenze di rilievo.

#### 1. Distribuzione per Unità Operativa (U.O.) e Danno

Le cadute con danno si sono concentrate nelle aree riabilitative:

- **U.O. Recupero e Riabilitazione Funzionale (RRF)**: 15 cadute totali (**1 con danno**).
- **U.O. Geriatrics**: 8 cadute totali (0 con danno).
- **U.O. Riabilitazione Cardiorespiratoria**: 4 cadute totali (**2 con danno**).
- **UTIC**: 1 caduta totale (0 con danno).
- **Altro**: 1 caduta (0 con danno).

## 2. ANALISI DELLE SEDI DELL'EVENTO

La maggior parte degli eventi si è verificata all'interno delle stanze di degenza, confermando la necessità di alta vigilanza nei momenti di autonomia del paziente:

- **Stanza di degenza:** 19 episodi
- **Bagno:** 8 episodi
- **Corridoio:** 2 episodi

## 3. DISTRIBUZIONE PER FASCE ORARIE

I dati mostrano una prevalenza di eventi durante le ore notturne, spesso legate a stati di disorientamento o necessità urgenti di mobilitazione:

- **08:00 – 14:00 (Mattino):** 8 cadute
- **14:00 – 20:00 (Pomeriggio):** 9 cadute
- **20:00 – 08:00 (Notte):** 12 cadute

**Nota metodologica:** Per i 3 eventi con danno, l'Ufficio del Rischio Clinico ha avviato un'analisi specifica delle cause (Root Cause Analysis) per valutare se il danno sia stato favorito da fattori ambientali o da una sottovalutazione del rischio intrinseco del paziente al momento del ricovero.

### Casa di Cura Villa Verde di Taranto (Anno 2025)

#### GRAFICO 1 - Distribuzione Cadute per Unità Operativa (U.O.)

Totale eventi: 29

| Unità Operativa                   | Numero Cadute | Percentuale |
|-----------------------------------|---------------|-------------|
| RRF (Recupero e Riab. Funzionale) | 15            | 51,7%       |
| Geriatrics                        | 8             | 27,6%       |
| Riabilitazione Cardiorespiratoria | 4             | 13,8%       |
| UTIC                              | 1             | 3,4%        |
| Altro                             | 1             | 3,5%        |

**Analisi:** Oltre la metà delle cadute avviene nel reparto RRF, coerentemente con l'alta mobilità dei pazienti in riabilitazione.

## GRAFICO 2 - Sede dell'Evento

*Dove avvengono le cadute?*

- **Stanza di degenza:** 19 (65,5%)
- **Bagno:** 8 (27,6%)
- **Corridoio:** 2 (6,9%)

**Nota:** La stanza di degenza rimane il luogo a più alto rischio, seguita dai bagni, dove l'assistenza è spesso limitata dalla privacy.

## GRAFICO 3 - Distribuzione per Fasce Orarie

*Quando avvengono le cadute?*

| Fascia Oraria              | N. Eventi | Percentuale |
|----------------------------|-----------|-------------|
| Mattino (08:00 - 14:00)    | 8         | 27,6%       |
| Pomeriggio (14:00 - 20:00) | 9         | 31,0%       |
| Notte (20:00 - 08:00)      | 12        | 41,4%       |

**Analisi:** Si registra un picco durante le ore notturne (41,4%), dato spesso correlato a stati di disorientamento notturno (delirium) o necessità di minzione senza richiesta di aiuto.

## GRAFICO 4 - Tipologia di Esito (Danno)

*Gravità degli eventi*

- **Senza Danno:** 26 eventi (**89,7%**)
- **Con Danno:** 3 eventi (**10,3%**)
  - *Dettaglio:* 2 in Riab. Cardiorespiratoria, 1 in RRF.

**PROSPETTO RIEPILOGATIVO CADUTE ACCIDENTALI ANNO 2025**

| <b>Parametro Analizzato</b>   | <b>Classificazione</b>          | <b>N. Eventi</b> | <b>% su Totale (29)</b> | <b>Note / Dettaglio Danni</b>  |
|-------------------------------|---------------------------------|------------------|-------------------------|--------------------------------|
| <b>Unità Operativa (U.O.)</b> | <b>RRF</b>                      | 15               | 51,7%                   | <b>1 evento con danno</b>      |
|                               | <b>Geriatria</b>                | 8                | 27,6%                   | -                              |
|                               | <b>Riab. Cardiorespiratoria</b> | 4                | 13,8%                   | <b>2 eventi con danno</b>      |
|                               | <b>UTIC</b>                     | 1                | 3,4%                    | -                              |
|                               | <b>Altro</b>                    | 1                | 3,5%                    | -                              |
| ---                           | ---                             | ---              | ---                     | ---                            |
| <b>Sede dell'Evento</b>       | <b>Stanza di degenza</b>        | 19               | 65,5%                   | Area a maggior rischio         |
|                               | <b>Bagno</b>                    | 8                | 27,6%                   | Criticità legata alla privacy  |
|                               | <b>Corridoio</b>                | 2                | 6,9%                    | -                              |
| ---                           | ---                             | ---              | ---                     | ---                            |
| <b>Fascia Oraria</b>          | <b>Mattino (08-14)</b>          | 8                | 27,6%                   | Attività riabilitative         |
|                               | <b>Pomeriggio (14-20)</b>       | 9                | 31,0%                   | Orario visite/riposo           |
|                               | <b>Notte (20-08)</b>            | 12               | 41,4%                   | <b>Picco massimo di eventi</b> |
| ---                           | ---                             | ---              | ---                     | ---                            |
| <b>Esito dell'Evento</b>      | <b>Senza Danno</b>              | 26               | 89,7%                   | -                              |
|                               | <b>Con Danno</b>                | 3                | 10,3%                   | Richiesta analisi RCA          |

## CONSIDERAZIONI DI SINTESI

Dall'incrocio dei dati emerge che il profilo tipico della caduta presso Villa Verde nel 2025 avviene **durante la notte (41,4%)**, all'interno della **stanza di degenza (65,5%)** e coinvolge prevalentemente l'area RRF. Tuttavia, la **Riabilitazione Cardiorespiratoria**, pur avendo meno cadute totali, presenta l'incidenza maggiore di eventi con danno (2 su 4).

## ATTIVITÀ DI PREVENZIONE E MISURE DI MIGLIORAMENTO (PROPOSTE PER IL 2026)

L'Ufficio Gestione del Rischio Clinico, a seguito dell'analisi dei 29 eventi verificatisi, propone le seguenti azioni correttive mirate:

### 1. Prevenzione delle Cadute Notturne (Fascia 20.00 – 08.00)

Dato l'elevato numero di eventi notturni (12 cadute), si prevedono:

- **Rimodulazione dei Giri di Vigilanza:** Incremento della frequenza dei controlli nelle stanze di degenza durante la notte, con particolare attenzione ai pazienti identificati come "ad alto rischio" tramite la Scala di Conley.
- **Luci Notturne di Orientamento:** Installazione o potenziamento di luci di cortesia a bassa intensità per favorire l'orientamento dei pazienti che si svegliano in stato di confusione.
- **Gestione della Terapia Farmacologica:** Revisione clinica dei farmaci ipnoinducenti o diuretici somministrati la sera, che possono aumentare il disorientamento o la necessità urgente di recarsi in bagno.

### 2. Sicurezza nei Bagni e nelle Stanze

Per ridurre i 27 episodi avvenuti in camera e bagno:

- **Monitoraggio dei Bagni:** Sensibilizzare il personale sulla necessità di non lasciare soli i pazienti ad alto rischio durante l'igiene personale, nonostante il desiderio di privacy.
- **Manutenzione Ausili:** Verifica semestrale dell'integrità dei maniglioni di supporto nei bagni e della stabilità delle poltrone nelle stanze di degenza.
- **Educazione al Paziente/Caregiver:** Consegna di un "decalogo della sicurezza" che ricordi l'importanza di utilizzare il campanello di chiamata e di indossare calzature chiuse e antiscivolo.

### 3. Focus su U.O. RRF e Riabilitazione Cardiorespiratoria

Dato che queste aree hanno registrato la totalità degli eventi con danno (3 casi):

- **Audit Clinico Specifico:** Svolgimento di un audit dedicato per i 2 casi in Riabilitazione Cardiorespiratoria e l'unico caso in RRF per analizzare se vi siano state carenze nei protocolli di mobilizzazione assistita.
- **Addestramento sul Campo:** Sessioni di formazione pratica per il personale della riabilitazione sulle manovre di accompagnamento dei pazienti con instabilità emodinamica o respiratoria.

## MONITORAGGIO

L'efficacia di queste misure sarà valutata semestralmente attraverso il monitoraggio del numero di incidenti segnalati tramite *Incident Reporting*, con l'obiettivo di ridurre del 15% le cadute notturne entro l'anno 2026.

## ANALISI PER GENERE ANNO 2025

L'analisi delle 29 segnalazioni di caduta suddivise per sesso mostra una prevalenza della componente maschile, contrariamente al dato statistico generale degli anni precedenti.

- **Uomini:** n. 16 episodi (55,2%) - **Donne:** n. 13 episodi (44,8%)

## GRAFICO 5 - Percentuale segnalazioni cadute per sesso

| Sesso   | Numero Cadute | Percentuale |
|---------|---------------|-------------|
| Maschi  | 16            | 55,2%       |
| Femmine | 13            | 44,8%       |

## TABELLA RIEPILOGATIVA COMPLETA 2025

| Categoria     | Dettaglio          | N. Eventi | %     |
|---------------|--------------------|-----------|-------|
| Sesso         | Uomini             | 16        | 55,2% |
|               | Donne              | 13        | 44,8% |
| Fascia Oraria | Mattino (08-14)    | 8         | 27,6% |
|               | Pomeriggio (14-20) | 9         | 31,0% |
|               | Notte (20-08)      | 12        | 41,4% |
| Sede          | Stanza             | 19        | 65,5% |
|               | Bagno              | 8         | 27,6% |
|               | Corridoio          | 2         | 6,9%  |
| Esito         | Senza Danno        | 26        | 89,7% |
|               | Con Danno          | 3         | 10,3% |

## CONCLUSIONI E PROSPETTIVE PER L'ANNO 2026

L'analisi dei dati relativi agli eventi avversi avvenuti presso la **Casa di Cura Villa**

**Verde** nell'anno **2025** evidenzia un totale di **29 cadute accidentali**. Sebbene l'89,7% degli eventi non abbia prodotto danni ai pazienti, la presenza di **3 casi con esito lesivo** (concentrati nelle aree di Riabilitazione Funzionale e Cardiorespiratoria) impone il mantenimento di un'elevata soglia di attenzione.

Dall'analisi emerge un profilo di rischio ben definito:

- **Target:** I pazienti di sesso **maschile (55,2%)** risultano più esposti, spesso per eccessiva fiducia nella propria autonomia motoria.
- **Momento critico:** La **fascia notturna (41,4%)** si conferma il periodo di massima vulnerabilità, legata a disorientamento o necessità fisiologiche urgenti.
- **Luogo critico:** La **stanza di degenza (65,5%)** e il **bagno (27,6%)** restano i contesti dove la vigilanza deve essere potenziata, bilanciando la sicurezza con il rispetto della privacy.

### Obiettivi 2026

Per l'anno a venire, la Casa di Cura Villa Verde si impegna a:

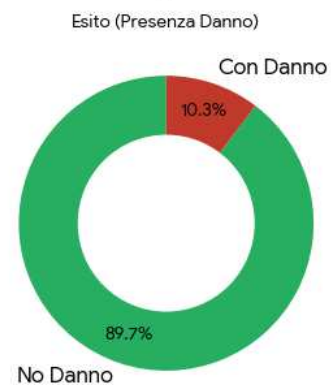
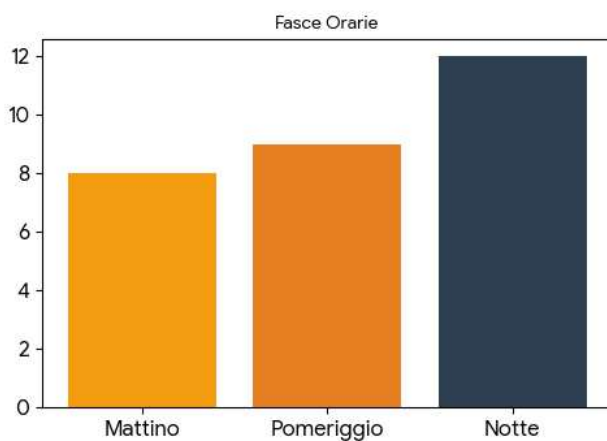
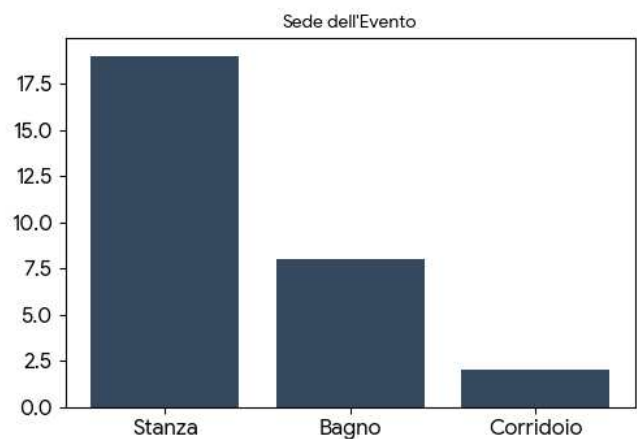
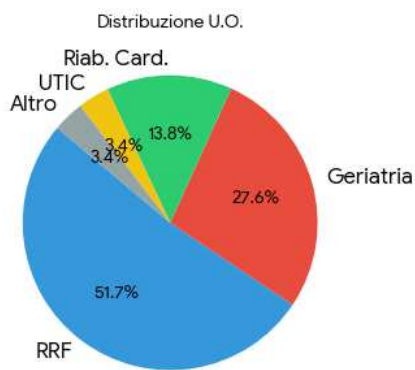
1. **Ridurre del 15% le cadute notturne** attraverso il potenziamento dei sistemi di illuminazione e la revisione dei protocolli di vigilanza.
2. **Incrementare la formazione specifica** per il personale delle unità U.O. RRF e Cardiorespiratoria sulla gestione del rischio caduta durante la mobilitazione assistita.
3. **Promuovere la cultura della sicurezza** coinvolgendo maggiormente i familiari nel monitoraggio del corretto utilizzo di ausili e calzature idonee da parte dei degenti.

In conclusione, la gestione del rischio clinico in struttura si conferma un processo dinamico e partecipativo. La trasparenza nella segnalazione e l'analisi puntuale di ogni "quasi evento" restano gli strumenti principali per garantire standard assistenziali elevati e la massima tutela della salute dei nostri ospiti.

## Sintesi Visiva

- **Reparto Critico:** La **RRF** (Recupero e Riabilitazione Funzionale) rappresenta il **51.7%** delle cadute totali.
- **Localizzazione:** La **stanza di degenza** è il luogo a più alto rischio (19 eventi), seguita dai bagni.
- **Andamento Temporale:** Il picco si registra durante la **notte** (12 eventi), evidenziando una criticità legata al disorientamento notturno.
- **Sicurezza:** Circa il **90%** delle cadute non ha comportato danni, segno di una buona gestione immediata dell'evento.

## Report Cadute 2025 - Villa Verde



ù

### **Dati assicurativi e sinistrosità relativi all'ultimo quinquennio ex L.24/2017 – Art. 4 comma 3**

La Casa di Cura è assicurato con la compagnia assicurativa Relyens Mutual Insurance, con un contratto con Self Insured Retention (SIR).

Nell'interpretazione dei dati di seguito riportati, dobbiamo considerare che il pagamento del risarcimento è temporalmente scollegato dall'accadimento, in quanto quest'ultimo è strettamente dipendente dal prolungarsi di un iter giudiziario, inoltre da istanze di risarcimento, non sempre contestuali agli accadimenti lamentati, talvolta molto postuma.

Nel 2021 su 4.461 dimessi sono pervenute 7 richieste di risarcimento e la Casa di Cura ha liquidato 131.470,14 euro come risarcimento danno. Nel 2022 su 4.547 dimessi sono pervenute 9 richieste di risarcimento e la Casa di Cura ha liquidato 360.000,00 come risarcimento danno. Nel 2023 su 4.696 dimessi sono pervenute 6 richieste di risarcimento e la Casa di Cura ha liquidato 74.000,00 come risarcimento danno. Nel 2024 su 4.863 dimessi sono pervenute 2 richieste di risarcimento e la Casa di Cura ha liquidato 187.820,00 come risarcimento danno. Nel 2025 su 4.613 dimessi sono pervenute 3 richieste di risarcimento e la Casa di Cura ha liquidato 104.812,26 come risarcimento danno. Dei sopra menzionati sinistri il 63% riguardano l'area chirurgica ed il 37% l'area medica.

### **VIGILANZA SUI DISPOSITIVI MEDICI**

L'obiettivo del sistema di vigilanza è quello di incrementare la protezione della salute e la sicurezza dei pazienti, degli operatori e di altri lavoratori, riducendo la possibilità che lo stesso tipo di incidente dannoso possa ripetersi in luoghi diversi e/o in tempi successivi. Tale obiettivo è raggiungibile attraverso la valutazione degli incidenti segnalati e la divulgazione delle informazioni al fine di prevenire altri incidenti dello stesso tipo.

Per quanto attiene al monitoraggio degli incidenti, la normativa stabilisce, infatti, che i legali rappresentanti delle strutture sanitarie pubbliche e private e gli operatori sanitari pubblici e privati, sulla base di quanto rilevato nell'esercizio della propria attività, sono tenuti a comunicare immediatamente al Ministero della Salute qualsiasi alterazione delle caratteristiche e delle prestazioni di un dispositivo o qualsiasi inadeguatezza nelle istruzioni per l'uso che possano causare o che abbiano causato il decesso o il grave peggioramento delle condizioni di salute di un paziente o di un operatore.

La Commissione Unica sui Dispositivi medici (CUD) ha predisposto un **documento informativo**, diramato dalla Direzione generale farmaci e dispositivi medici il 27 luglio 2004 che fornisce, sia agli operatori sanitari sia ai fabbricanti, indicazioni sui tipi di eventi da segnalare, sulle modalità di segnalazione e sui comportamenti da tenere nelle varie fasi del sistema di vigilanza.

Il documento informativo ha introdotto modelli di schede per la segnalazione di incidenti e mancati incidenti da parte del fabbricante o del suo mandatario e degli operatori sanitari e stabilito procedure per l'inoltro al Ministero della Salute delle schede predette.

**Il Decreto 15 novembre 2005** (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana, serie generale n. 274 del 24 novembre 2005) comprende i modelli di schede che devono essere utilizzati dagli operatori sanitari e dal fabbricante o suo mandatario per le segnalazioni al Ministero della Salute di incidenti o mancati incidenti che coinvolgono dispositivi medici e dispositivi medici impiantabili attivi, ai sensi rispettivamente dell'articolo 9 del Decreto legislativo 24 febbraio 1997,

n. 46 e dell'art. 11 del Decreto legislativo 14 dicembre 1992, n. 507 e quelli da utilizzare per le segnalazioni al Ministero della Salute di incidenti o mancati incidenti che coinvolgono dispositivi medico-diagnostici in vitro, ai sensi dell'art. 11 del Decreto legislativo 8 settembre 2000, n. 332. Occorre evidenziare che fra le modifiche introdotte nel 2010 ai decreti legislativi citati vi è l'evoluzione della definizione di incidente, in cui viene introdotto il principio di potenzialità nel causare decesso o grave peggioramento delle condizioni di salute di un paziente o di un utilizzatore e la definizione di "inconveniente". Ciò implica il superamento del concetto di mancato incidente, che viene ricompreso nella definizione stessa di incidente se si applica il principio di "potenzialità" e, in caso contrario viene classificato come inconveniente.

## FARMACO VIGILANZA

### Azioni

Le segnalazioni su prodotti, dispositivi o farmaci provenienti direttamente dal fornitore vengono verificate (presenza di prodotti o di lotti di prodotti segnalati) dal Responsabile del Servizio di Farmacia. Se risultano in giacenza i prodotti o i lotti dei prodotti segnalati, immediatamente viene individuato il materiale sia in deposito farmacia che nei reparti per essere subito stoccato nel magazzino farmacia in attesa del ritiro.

Per le reazioni o le sospette reazioni a farmaci, i Medici della Casa di Cura Villa Verde hanno l'obbligo di compilare immediatamente la scheda di segnalazione di sospetta reazione avversa, e consegnarla tempestivamente alla Direzione Sanitaria per i successivi adempimenti.

Per l'approvvigionamento, lo stoccaggio, la conservazione e la somministrazione di farmaci particolari e/o pericolosi (es KCL) sono state emanate e distribuite ai reparti opportune istruzioni operative, a cura della Direzione Sanitaria, che prevedono tracciabilità ed evidenze circa la responsabilità.

## EMOVIGILANZA

**Definizione:** *“insieme di procedure di sorveglianza che coprono l'intera catena trasfusionale (dal donatore al paziente), finalizzate alla raccolta e alla valutazione delle informazioni su effetti inaspettati o indesiderati, [...] e alla prevenzione dell'evento o della sua ricorrenza”.*

**DECRETO LEGISLATIVO 20 dicembre 2007, n. 261:**

- **«incidente grave»:** qualunque evento negativo collegato alla raccolta [...] suscettibile di [...] produrre invalidità o incapacità del donatore o del paziente o che ne determina o prolunga l'ospedalizzazione o la morbilità;
- **«reazione indesiderata grave»:** la risposta inattesa del donatore o del paziente, connessa con la raccolta o la trasfusione di sangue e di emocomponenti, che provoca la morte o mette in pericolo la vita o produce invalidità o incapacità del donatore o del paziente ovvero determina o prolunga l'ospedalizzazione o la morbilità.

Nel 2025 non è stata segnalata alcuna segnalazione relativa a reazioni indesiderate o incidenti gravi relative alla somministrazione di farmaci e/o emoderivati.

## FRIGOEMOTECA

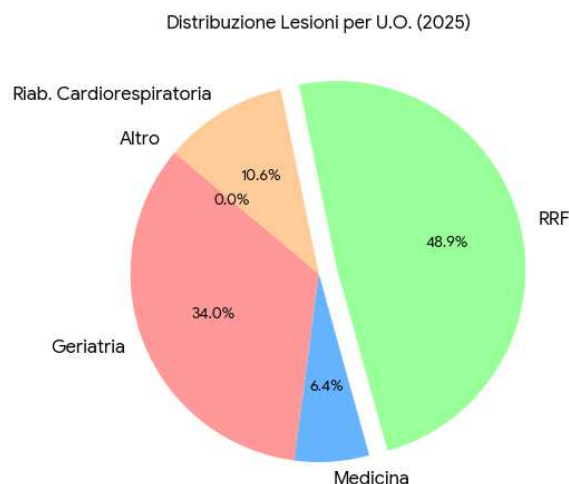
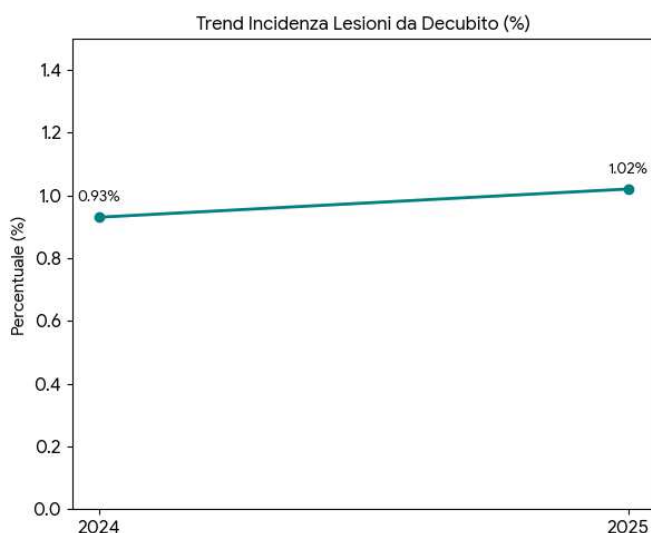
Per disposizione DMS 1/9/1995 art. 4 co. 4, la frigoemoteca è un frigorifero atto alla conservazione del sangue, munito di termoregistratore e di dispositivo di allarme acustico, situato in Terapia Intensiva Cardiochirurgica. La struttura trasfusionale territorialmente competente garantisce i servizi di urgenza ed emergenza trasfusionale 24 ore su 24.

## MONITORAGGIO DELLE LESIONI DA DECUBITO

L'incidenza delle lesioni da decubito presso la **Casa di Cura Villa Verde** ha registrato un **lieve incremento nel 2025**, passando dallo 0,93% all'1,02%. Sebbene il numero assoluto di lesioni sia aumentato di sole 2 unità (da 45 a 47), il calo del volume complessivo dei dimessi ha portato a un aumento dell'indice di incidenza relativo del **9,68%**.

### Analisi dei Dati 2024-2025

| Indicatore             | 2024         | 2025         | Variazione               |
|------------------------|--------------|--------------|--------------------------|
| Pazienti Dimessi       | 4.863        | 4.613        | -5,14%                   |
| N. Lesioni da Decubito | 45           | 47           | +4,44%                   |
| Incidenza %            | <b>0,93%</b> | <b>1,02%</b> | <b>+0,09% (assoluti)</b> |



## Punti Chiave dell'Analisi 2025

- **Criticità nel reparto RRF:** L'Unità Operativa di **Recupero e Riabilitazione Funzionale (RRF)** concentra il maggior numero di casi (23 su 47, ovvero il **48,9%** del totale). Questo dato è spesso correlato alla lunga degenza e alla ridotta mobilità tipica dei pazienti riabilitativi.
- **Geriatría:** Con 16 casi (34%), la Geriatría conferma la fragilità intrinseca della popolazione anziana, soggetta a un rischio maggiore di complicanze cutanee.
- **Efficienza Preventiva:** Nonostante il lieve aumento percentuale, un'incidenza vicina all'1% è generalmente considerata un buon indicatore di qualità assistenziale in strutture di lungodegenza o riabilitazione. Anche nella Carta dei Servizi della Villa Verde si sottolinea l'impegno nella prevenzione delle complicanze da immobilità.

## MONITORAGGIO DELLE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO:

I dati indicano un lieve incremento delle [infezioni del sito chirurgico \(ISC\)](#) nella Casa di Cura Villa Verde di Taranto, passate dal 2.80% nel 2024 al 2.98% attuale su 1475 interventi. L'analisi mostra una sostanziale stabilità su livelli bassi, tipica di strutture polispecialistiche attente alla prevenzione, con una variazione percentuale minima che richiede monitoraggio costante.

### Analisi dei Dati

- **Volumi:** 1475 interventi totali.
- **Trend:** Lieve aumento (+0.18 punti percentuali) rispetto al 2024.
- **Incidenza:** 2.98% è un dato che si colloca ampiamente al di sotto della media generale delle infezioni ospedaliere in Italia.

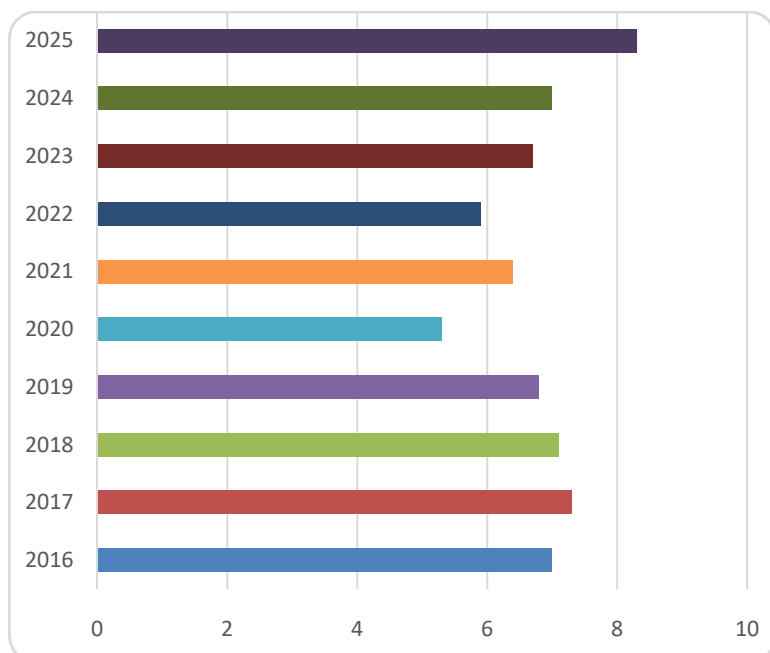
### Fattori di Rischio da Considerare

Il tasso di infezione può variare sensibilmente in base a:

- **Complessità della chirurgia:** Villa Verde esegue interventi di alta complessità come la **cardiochirurgia** (bypass, sostituzioni valvolari) e procedure mininvasive. Gli interventi più lunghi o su pazienti fragili presentano intrinsecamente rischi maggiori.
- **Prevenzione:** Si stima che il **40-60%** delle infezioni del sito chirurgico sia prevenibile attraverso migliori pratiche pre e post-operatorie.

## CONSUMO DI ANTIBIOTICI

Tra gli indicatori impiegati, abbiamo anche deciso di valutare l'andamento del consumo di antibiotici nel periodo di riferimento:



| ANNO | VALORE |
|------|--------|
| 2016 | 7      |
| 2017 | 7,3    |
| 2018 | 7,1    |
| 2019 | 6,8    |
| 2020 | 5,3    |
| 2021 | 6,4    |
| 2022 | 5,9    |
| 2023 | 6,7    |
| 2024 | 7      |
| 2025 | 8,3    |

L'andamento dei grafici mostra un consumo di antibiotici costante ad eccezione dell'anno 2020 che, chiaramente a motivo della pandemia, mostrava un significativo decremento.

I principali antibiotici in uso al momento della rilevazione sono:

- CEFTRIAZONE FI (Cefalosporine di III generazione)
- LEVOFLOXACINA Cpr (Antibatteri chinolonici)
- RIFAXIMINA Cpr (Antibatterico)
- CLARITROMICINA Cpr (Macrolidi)
- CIPROFLOXACINA Cpr (Antibatteri chinolonici)
- CEFTRIAZONE FI (Carbapenemi)

## FORMAZIONE DEL PERSONALE

La Casa di Cura effettua formazione continua finanziata, per la quale si avvale della collaborazione di primarie istituzioni formative accreditate. I corsi vengono accreditati da un Provider riconosciuto da A.ge.na.s.

L'Ufficio Formazione si è impegnato nell'indirizzare e avviare i dipendenti alla partecipazione ai corsi online di formazione ECM, supportandoli nell'individuazione degli stessi e nella scelta in

relazione alla specificità dell'attività professionale di ciascuno.

In risposta all'evento pandemia Covid-19, sono stati proposti a tutti i dipendenti neoassunti corsi di formazione sulla prevenzione del Covid-19: vestizione, svestizione, igiene delle mani, ecc..

Tutto il personale al primo inserimento nel gruppo di lavoro è stato formato attraverso l'affiancamento con un collega esperto per almeno un mese o per il tempo che è stato ritenuto necessario dal Coordinatore Infermieristico/Tecnico. Contemporaneamente il personale di nuovo inserimento è stato formato dal RSPP circa i rischi legati alla propria mansione, in particolare per il rischio infettivo, per i rischi generici, ha ricevuto i concetti di base per la formazione antincendio ed ha effettuato la formazione e ricevuto la documentazione relativa al D.Lgs. 231/01.

Ogni qualvolta sono state implementate dalla Casa di Cura nuove tecnologie o nuove metodiche innovative, è stato eseguito un preventivo aggiornamento rivolto al personale interessato al loro utilizzo. Gli eventi formativi realizzati nel corso del 2025 sono i seguenti:

| TITOLO DEL CORSO                                                                                                                                              | SEDE DI SVOLGIMENTO                     | TIPOLOGIA                   | CATEGORIE PARTECIPANTI    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| BLS/D RETRAINING                                                                                                                                              | FAD + CDC VILLA VERDE                   | FAD ASINCRONA + IN PRESENZA | PERSONALE SANITARIO       |
| BILANCIO DI SOSTENIBILITA'                                                                                                                                    | FAD + CDC VILLA VERDE                   | FAD ASINCRONA + IN PRESENZA | AMMINISTR.                |
| CARTELLA CLINICA ELETTRONICA H2O (AFEA)                                                                                                                       | CDC VILLA VERDE                         | IN PRESENZA                 | TUTTO IL PERSONALE        |
| LETTURA ED INTERPRETAZIONE DI ECG DI BASE                                                                                                                     | FAD                                     | FAD                         | INFERMIERI                |
| IL CONTROLLO DELLA LEGIONELLA NELLE STRUTTURE SANITARIE: PREVENZIONE DEI RISCHI PER LA SALUTE DEI PAZIENTI E LAVORATORI. IL RISK MANAGEMENT E RISCHIO CLINICO | FAD                                     | FAD                         | PERSONALE SANITARIO       |
| CORSO DI AGGIORNAMENTO IN MATERIA DI PRIVACY                                                                                                                  | SALA CONVEGNI PARROCCHIA SANTA FAMIGLIA | IN PRESENZA                 | MEDICI E COORD.           |
| LA GESTIONE CLINICA DEI PAZIENTI TESTIMONI DI GEOVA, UN APPROCCIO COLLABORATIVO                                                                               | CDC VILLA VERDE                         | IN PRESENZA                 | MEDICI                    |
| CONSENSO INFORMATO DAT LEGGE N. 219 DEL 22/12/2017                                                                                                            | CDC VILLA VERDE                         | IN PRESENZA                 | MEDICI                    |
| HOSPITAL RISK                                                                                                                                                 | CDC VILLA VERDE                         | IN PRESENZA                 | MEDICI INFERMIERI TECNICI |

L'indagine sui bisogni formativi programmata è stata completata e la sua valutazione sarà tenuta in considerazione per la redazione del *Programma annuale della formazione 2026*.

La **valutazione del clima aziendale e sulla soddisfazione del personale** si è svolta, in accordo con il Medico Competente, nel corso dell'anno 2025.

La **valutazione degli operatori sanitari** è stata puntualmente fatta per i **nuovi assunti** per i primi 12 mesi di lavoro.

E' stata inoltre svolta la **valutazione annuale** del personale sanitario ed amministrativo.

## **CONCLUSIONI FINALI**

L'analisi del 2025 conferma l'efficacia del sistema di gestione del rischio clinico presso la Casa di Cura Villa Verde, evidenziando l'assenza di eventi sentinella e un'elevata cultura della segnalazione attiva con il 93% di cadute senza danni. Per il 2025, l'obiettivo è il mantenimento dello standard di sicurezza "zero danni" attraverso il potenziamento del monitoraggio sui pazienti fragili, audit clinici sui quasi eventi e l'aggiornamento dei protocolli, in piena conformità con la Legge 24/2017.

I dati dell'anno 2025 confermano pertanto un elevato standard di sicurezza delle cure.

L'assenza di eventi sentinella e di errori terapeutici testimonia l'efficacia dei protocolli interni. L'attenzione della Direzione Sanitaria rimane alta sul monitoraggio delle cadute, con l'obiettivo di tendere allo "zero danno".

Le conclusioni confermano un'organizzazione resiliente orientata alla qualità e alla trasparenza.

### **Unità Gestione del Rischio Clinico**

*Casa di Cura Villa Verde – Taranto*

*14 Marzo 2026*