

RELAZIONE CONSUNTIVA EVENTI AVVERSI OSPEDALE
MARIA LUIGIA ANNO 2024 (legge n.24 - 8 marzo 2017 -
Art.2 comma 5)

L'Ospedale Maria Luigia è un ospedale privato accreditato, dedicato alla salute mentale e ai disturbi psichiatrici. Accreditato dalla Regione Emilia-Romagna è completamente integrato con i servizi pubblici secondo le direttive del sistema sanitario regionale e nazionale. L'ospedale è ubicato a Monticelli Terme, a pochi chilometri da Parma.

L'ospedale dispone di 164 posti letto, autorizzati ed accreditati con il SSN. Sono presenti un'unità per il trattamento in ricovero ordinario e day hospital dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione(anoressia, bulimia e binge eating disorder, etc.) e un'unità neuropsicogeriatrica per il trattamento dei disturbi psichici di soggetti in età senile. Sono attivi programmi differenziati di trattamento per disturbi alcool correlati e disturbi da uso di sostanze. Per i disturbi d'ansia, dell'umore o dello spettro psicotico è previsto un programma di riabilitazione psichiatrica e interventi di riabilitazione individuale.

Ha sede presso l'ospedale un servizio psichiatrico ospedaliero intensivo (SPOI) con 18 posti letto, che accoglie pazienti con quadro clinico acuto e sub-acuto, prevalentemente provenienti dai servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC) o dai pronto soccorso, con possibilità di ricovero estesa alle 24 ore per invii da strutture regionali.

Dati su operatori impegnati a livello aziendale delle diverse professionalità al 31/12/2025:

Infermieri nr.68

O.S.S. nr.49

Medici nr.23

Medici di guardia: 9

Ausiliari nr.7

Psicologi + TRP: nr. 14

Altro personale nr. 25

Il calcolo è stato fatto considerando dipendenti, somministrati e liberi professionisti.

Il rischio clinico è gestito nei suoi vari aspetti trattati nel piano programma annuale, sulla base della legge Gelli-Bianco del 2017, da un team aziendale che fa capo al risk manager affiancato da varie figure (RAQ, Direttore amministrativo, Responsabile Servizio Internistico, RLS, Responsabile del personale di assistenza), che ha sempre come ultimo referente il direttore sanitario.

Sono previste riunioni periodiche anche nell'ambito delle riunioni di staff e del

Coordinamento infermieristico con analisi dei risultati raggiunti degli obiettivi indicati. Il monitoraggio dei singoli capitoli fa capo a data base e procedure dedicate. Il presente documento è un report su elementi essenziali in materia di Sicurezza delle Cure e della persona assistita.

1) Prevenzione e controllo infezioni

· La valutazione del rischio è affidata dalla Direzione sanitaria ai Responsabili ed alle Coordinatrici di reparto, con possibilità di intervento della Direzione in situazioni di rischio di infezione e/o trasmissione particolari e gravi e qualora ne ravvisasse la necessità.

Superata la fase pandemica da COVID 19 la sorveglianza delle infezioni, (prevenzione e controlli), è dunque proceduta anche per il 2025 in ottemperanza alle procedure e ai protocolli abitualmente in uso nell'ospedale, integrati dalle esperienze sul campo acquisite durante gli anni della diffusione del virus. In questo senso la Direzione ha ribadito la necessità dell'osservanza e del mantenimento delle precauzioni standard (es. regolare igiene delle mani) e delle necessarie misure ambientali (pulizia costante degli ambienti e disinfezione delle superfici con disinfettanti attivi, in conformità alle linee guida interne). A ciò si aggiunge la necessità di una adeguata ventilazione degli ambienti e della corretta gestione dei rifiuti (vedi relativa procedura). È stata inoltre ribadita la raccomandazione circa l'opportunità di disporre l'uso di DPI per la protezione delle vie aeree nei diversi contesti della struttura in presenza di sintomatologia respiratoria o di soggetti fragili.

La sistematica esecuzione dei tamponi per la ricerca del COVID 19, applicata a tutti i pazienti all'atto del ricovero è stata sospesa, con conservazione della possibilità di effettuare la specifica ricerca del virus in tutte le situazioni ritenute clinicamente a rischio.

Permane nella piena disponibilità del personale sanitario e di assistenza la dotazione di idonei DPI (mascherine filtranti sovracamici e calzari, guanti, visiere e gel disinfettante per il lavaggio delle mani).

Le visite dei familiari sono riprese con regolarità in spazi appositamente dedicati sia interni all'ospedale che nel parco (stagione estiva), con possibilità, a discrezione del personale, di accedere direttamente ai reparti di degenza.

Tutte le procedure di sanificazione della struttura e dei reparti vengono regolarmente e sistematicamente revisionate alla luce delle indicazioni ministeriali, regionali e locali con impiego di prodotti idonei su base alcolica e contenenti sufficiente cloro, sia dal personale interno che dalla ditta che ha in appalto le pulizi; e

per alcune aree più esposte è stata aumentata la frequenza dei trattamenti: es .vetrate del fronte office, telefoni, tastiere, maniglie.

Sempre nell'ambito della Sicurezza igienico-ambientale è stato introdotto e continua ad essere utilizzato sia da parte della ditta in service che da parte del personale ausiliario interno un sistema di pulizia all'avanguardia, basato sull'uso di frange pre-impregnate in microfibra, una per ogni singolo locale e non riutilizzabili, e con lo scopo di impedire la veicolazione dello sporco e quindi della carica batterica da ambiente ad ambiente.

Vengono regolarmente utilizzati apparecchi per l'ozonizzazione degli ambienti, in caso di necessità.

L'impianto di condizionamento (UTA, condotte) è sistematicamente e regolarmente bonificato dopo accurata ispezione visiva secondo le normative di riferimento (standard e protocolli) applicate da ditta in service e sottoposto ad adeguati controlli microbiologici tramite esecuzione di tamponi ambientali prima della sua riaccensione, nell'ambito di una procedura che norma il tutto. Regolarmente verificati, aspirati dalle polveri e sanificati i fancoil.

Vaccinazioni

*2) Schede di segnalazione dell'Incident Reporting compilate dal 1° gennaio 2025 al 31 dicembre 2025 (adesione al Programma Incident Reporting RER)
Il numero complessivo delle schede nel 2025 è di 6, distribuite fra i vari reparti.*

Nessuno degli eventi avversi registrati ha determinato conseguenze per il paziente né aggravio organizzativo per la precoce e tempestiva capacità di intercettazione dell'errore (near miss). Gli eventi avversi sono stati regolarmente riportati nella documentazione sanitaria del paziente.

SCHEDE DESCRITTIVA DELLO STRUMENTO/FONTE INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO – Incident reporting

<i>Tipologia</i>	<i>Incident Reporting</i>
<i>Letteratura/Normativa di riferimento</i>	<i>· F. Novaco, V. Damen "La gestione del rischio clinico"- Centro Scientifico Editore 2004- Qualità e accreditamento 29</i>

	<ul style="list-style-type: none"> · Regione Emilia-Romagna-Agenzia Sanitaria Regionale. DOSSIER 86-2003 “Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie” Sussidi per la gestione del rischio 2 Regione Emilia-Romagna-Agenzia Sanitaria Regionale. DOSSIER 75-2002 “FMEAFMECA analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie” Sussidi per la gestione del rischio 1 · Ministero della Salute – FNOMCeO – IPASVI Manuale per la formazione degli operatori sanitari “Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico” – Biblioteca “La professione” · DGR 1706 del 9/11/2009 “Individuazione aree miglioramento della qualità cure e integrazione politiche assicurative e di gestione del rischio” · Legge Gelli-Bianco del 2017
<i>Descrizione dello strumento/flusso informativo</i>	<i>Scheda regionale incident reporting Flusso regionale incident reporting</i>
<i>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</i>	<i>Riunione di reparto e analisi procedure correlate all’evento avverso Analisi tipologie di cartella informatizzata</i>
<i>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</i>	<i>Introduzione del foglio di terapia informatizzato in una UO dell’ospedale con programma di estensione a tutto l’ospedale per l’anno 2026. Audit su “Incidente Reporting”</i>

<i>Valutazione risultati e prospettive future</i>	<i>Diffusione ed implementazione della conoscenza delle procedure correlate alla prevenzione ed alla gestione degli eventi avversi Estensione del foglio di terapia informatizzato a tutto l'ospedale</i>
---	---

3) Formazione

Eventi formativi organizzati dal Servizio Formazione nel corso del 2025:

- "La Competenza Manageriale" in due edizioni
- "Cenni di Psicopatologia ed approccio al paziente" in due edizioni
- "La Responsabilità medico legale nell'operatività quotidiana" in due edizioni
- "Lo Psicodramma"
- "La DBT" (realizzata nel Gennaio 2026 ma compresa nel programma per il 2025)

Nell'ambito della sicurezza si sono svolti:

Elenco corsi anno 2025			
Corso	n. corsi	n. partecipanti	n. ore
Corso Formazione Generale	1	24	4
Corso Formazione Specifica	1	21	12
Corso Agg.to For. Spec.	1	19	6
Corso PEV + PAV	1	1	16
Corso RLS	3	1	32
Corso BLSD Sanitario	1	6	5
Corso BLSD Non Sanitario	4	48	5
Corso Agg.to RSPP	1	1	4
Corso Agg.to RSPP	1	1	8

4) Elogi e reclami

Il parere degli utenti (pazienti e famigliari) è considerato importantissimo stimolo per attuare miglioramenti: le opinioni consegnate e raccolte mediante i questionari di gradimento (raccolti n.967 questionari durante tutto l'anno 2025) e le note di elogio e/o reclamo sono oggetto di attento studio nonché risposta scritta da parte della Direzione, dopo adeguato confronto con i reparti. Sono proprio i pareri dei pazienti che hanno condotto negli anni passati a modificare l'orario del pasto serale e a cambiare la ditta che ha in gestione l'appalto del servizio ristorazione, nell'ambito di una ricerca della qualità e della soddisfazione del paziente.

Soddisfazione Media Complessiva anno 2025: 4.41/5

Si segnala, per tutto il 2025, un solo reclamo giunto alla Direzione Sanitaria dell'ospedale con tempestiva risposta scritta ai rilievi contenuti

5) Prevenzione e gestione dei comportamenti aggressivi e violenti

Particolare attenzione viene posta, per la specifica tipologia dei pazienti ospitati nell'ospedale, alla prevenzione ed alla gestione dell' aggressività sia nei confronti degli operatori che degli stessi pazienti.

Sono attivi sia un gruppo ad hoc per l'analisi degli episodi di aggressività che Linee Guida interne specificatamente modulate, nonché la scheda di segnalazione nel formato regionale

REPORT gennaio-dicembre 2025

Totale schede n° 28

Nessun esito da significativo a severo

Prevalenza di nessun esito/danno e esito minore

Le schede consegnate sono in massima parte nel formato regionale adottato già dal 2024 per tutta la struttura con la sola eccezione di quelle che rilevano aggressività tra pazienti, come è corretto, raccolte su scheda interna, debitamente revisionata.

Nell'ambito delle azioni di riduzione del rischio e di prevenzione degli atti di violenza è stata indicata come fondamentale la formazione del personale, già peraltro effettuata lo scorso anno nell'ambito del piano formativo.

La fine del 2024 ha visto l'applicazione del decreto legge 137/2024 specifico per arginare atti di aggressione verbale o fisica a danno degli operatori sanitari. Questo tramite affissione di una cartellonistica che evidenzia le novità del decreto affissa nei vari locali della struttura.

6) Prevenzione delle cadute accidentali

Il monitoraggio annuale delle cadute raccolte e registrate in ospedale tramite apposito data base viene regolarmente analizzato da un gruppo ad hoc.

Anche per l'anno 2025 i tassi di cadute si collocano all'interno dei benchmark nazionali di riferimento. La quasi complessità degli eventi di caduta non ha registrato alcun danno o danni significativi i a carico dei pazienti, con solo due eccezioni che hanno necessitato di approfondimenti presso il locale Pronto Soccorso. Particolare attenzione al tema viene posta da parte dell'UO di Neuropsicogeriatría che per le peculiari caratteristiche dei pazienti abitualmente accolti è impegnata in un lavoro di costante e continuo miglioramento, alla ricerca di soluzioni innovative ed efficaci.

Il programma di sostituzione dei letti standard con di letti elettrici modulabili in altezza appositamente progettati dalla GIVAS per pazienti affetti da demenza (letti Alzheimer) è proseguito per tutto l'anno 2025 e proseguirà fino alla totale sostituzione degli stessi.

Continua la formazione degli operatori, impegnati nel seguire percorsi di aggiornamento con conseguente ricaduta sulla organizzazione ambientale, tecnologica ed assistenziale del reparto (es. cartellonistiche ad hoc, scorrimano nel reparto, bagni assistiti, revisione dei protocolli di cura sul delirium, etc.)

Per l'anno 2026 è in fase di valutazione la costruzione di una stanza per il delirium (Delirium Room) attrezzata con le moderne tecnologie Snoezelen (Snoezelen Sensitivity) per la stimolazione multisensoriale.

7) Fonti informative disponibili

· Direttive ministeriali, regionali e locali relative alla gestione della pandemia da Covid-19

· Incident reporting e segnalazione eventi sentinella al flusso SIMES.

· Reclami/suggerimenti dei cittadini relativi al rischio clinico.

· Schede rilevazione comportamenti aggressivi e violenti (monitoraggio raccomandazioni ministeriali).

· Data base e schede segnalazione cadute (monitoraggio raccomandazioni ministeriali).

· Audit clinici.

· Audit organizzativi.

· SEA.

· Data base protocolli e procedure.

· Flusso Schede segnalazione caso di malattia infettiva sospetta o accertata

Monticelli Terme, 31 marzo 2025

Il direttore sanitario