



PEDERZOLI

**GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO
E DEL CONTENZIOSO
NELL'OSPEDALE P. PEDERZOLI**

REPORT 2024

VII edizione

PREMESSA

In questo documento di sintesi vengono riassunte le principali attività di “gestione del rischio clinico” e dell’andamento del contenzioso da “*medical malpractice*” all’interno dell’Ospedale P. Pederzoli con aggiornamento a tutto il 2024; in particolare, come nelle relazioni precedenti, sono descritte e analizzate le varie tipologie di sinistri e di eventi avversi, la loro incidenza e distribuzione all’interno dell’Ospedale e nelle singole U.O., nonché la modalità con cui sono gestiti da parte degli organismi dedicati: il Comitato Aziendale per la Sicurezza del Paziente (CASP), il Comitato Valutazione dei Sinistri (CVS) e il Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO).

Tutti gli aspetti legati alla gestione del rischio clinico sono fondati sulla collaborazione tra diversi attori e figure professionali della Direzione Sanitaria, Qualità e Accreditamento, DRG-Appropriatezza, Infettivologia, Farmacia Ospedaliera, Ufficio Legale, Direzione delle Professioni Sanitarie e Servizio Legale. Da sottolineare l’indispensabile e crescente contributo da parte della rete dei sanitari “Referenti della qualità e del rischio clinico” presenti nelle Unità Operative e Servizi dell’Ospedale.

In questi anni abbiamo sviluppato un sistema “integrato” di garanzia della Qualità clinico-organizzativa e di gestione del rischio clinico che prevede di intercettare aree e attività a maggior rischio per le quali implementare azioni di miglioramento della pratica clinica e dell’appropriatezza con la costante verifica dei risultati e delle performance attraverso indicatori validati a livello regionale e nazionale.

Comitato Aziendale per la Sicurezza del Paziente (CASP)

- Dott. Gianluca Gianfilippi: Direttore Sanitario - Risk Manager (*Presidente del CASP*).
- Dott. Franco Alberton: medico specialista in Medicina Legale.
- Avv. Nicola De Bortoli: Legale.
- Dott.ssa Roberta Ipocoana: Responsabile delle Professioni Sanitarie.
- Dott. Matteo Marai: Coordinatore Infermieristico - Responsabile Qualità e Accreditamento.
- Dott. Luca Geroli: Coordinatore Infermieristico - Esperto in Epidemiologia e Igiene Ospedaliera.
- Dott. Walter Mosaner: Direttore UOC Anestesia e Rianimazione.
- Dott. Roberto Castellani: Direttore Pronto Soccorso - Master in Clinical Risk Management.
- Dott. Damiano Bragantini: medico specialista in Malattie Infettive.

Il CASP effettua molteplici attività con l'obiettivo di migliorare la sicurezza delle cure e prevenire gli eventi avversi. Come riportato nella Legge n. 24 del 08/03/2017, la sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative.

Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale. Tali attività sono state effettuate, negli ultimi anni, anche con il crescente supporto della “rete dei referenti per la qualità e rischio clinico” presenti nei vari reparti e servizi dell’Ospedale.

Principali ambiti di attività.

1. **Analisi e monitoraggio del rischio clinico:** questo processo prevede l'identificazione e la valutazione dei rischi associati all'assistenza sanitaria.
 - **Identificazione dei rischi:** implica la raccolta di dati e informazioni su potenziali pericoli che potrebbero compromettere la sicurezza del paziente. Le fonti di informazione sono le segnalazioni di eventi avversi, l'analisi di cartelle cliniche, audit clinici, feedback da parte di pazienti (URP) e in sede di analisi delle richieste di risarcimento. Dal 2024 sono state introdotte in modo sistematico tecniche analisi proattiva quali la FMECA (*failure mode and critical effect analysis*) e le "Safety Walk Round" (SWR).
 - **Valutazione dei rischi:** una volta identificati i rischi, è necessario valutarne la probabilità di accadimento e la gravità delle conseguenze per stabilire le priorità d'intervento e concentrare le risorse sulle aree di maggior rischio.
2. **Gestione dei rischi:** utilizzando svariati strumenti possiamo effettuare l'analisi delle cause e conseguentemente elaborare strategie per l'implementazione di azioni correttive e preventive al fine di ridurre la probabilità di accadimento di eventi avversi e minimizzarne le conseguenze. Queste azioni possono includere la revisione di protocolli e procedure, la formazione del personale, l'implementazione di sistemi di sicurezza, in particolare, negli ambiti previsti dalle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza del paziente.
3. **Promozione della cultura della sicurezza:** la diffusione di buone pratiche e la sensibilizzazione degli operatori sanitari è fondamentale per creare un clima di fiducia e di

collaborazione finalizzato alla sicurezza delle cure. Per raggiungere questi fondamentali obiettivi culturali l'Ospedale Pederzoli organizza periodicamente attività formative e di confronto con tutti gli operatori sanitari.

I temi prioritari per il 2024 sono stati:

- la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali (in collaborazione con le attività del Comitato Infezioni Ospedaliere).
- la prevenzione delle lesioni da decubito e delle cadute in ospedale.
- la prevenzione di errori in terapia farmacologica.
- la sicurezza per il paziente chirurgico.
- la sicurezza in ambito di gestione del parto.

Comitato Valutazione dei Sinistri (CVS)

- Avv. Nicola De Bortoli: Legale (*Coordinatore del CVS*).
- Dott.ssa Gloria Castellani: medico specialista in Medicina Legale.
- Dott. Franco Alberton: medico specialista in Medicina Legale.
- Dott. Gianluca Gianfilippi: Direttore Sanitario - Risk Manager.
- Dott. Matteo Marai: Coordinatore Infermieristico - Responsabile Qualità e Accreditamento.
- Dott. Walter Mosaner: Direttore UOC Anestesia e Rianimazione.
- Dott. Roberto Castellani: Direttore Pronto Soccorso - Master in Clinical Risk Management.
- Marco Facincani: Assistente amministrativo.

Principali ambiti di attività.

1. Attività istruttoria delle pratiche (copia cartelle cliniche e reperimento documentazione sanitaria, condivisione documentazione con i componenti del Nucleo di Valutazione).
2. Valutazione e discussione collegiale dei casi e presentazione di specifiche proposte per la definizione dei sinistri dopo l'istruttoria documentale e tecnica, eventualmente con l'acquisizione di ulteriori informazioni, documenti, perizie con l'ausilio di consulenti interni ed esterni.
3. Assistenza ai clinici per la stesura di relazioni e consulenze.
4. Espressione di pareri in merito alla definizione del sinistro in via stragiudiziale.
5. Analisi e valutazione del percorso assistenziale, con riferimento al sinistro oggetto di esame, nella prospettiva di prevenire eventi avversi potenzialmente correlati ai percorsi clinici analizzati.
6. Valutazione di situazioni che possano essere fonte di errore e proposte di miglioramenti, anche non direttamente collegati al sinistro in esame, ma concernenti aspetti organizzativi o assistenziali.
7. Valutazioni in merito alla necessità di attivare "audit clinici interni/esterni", S.E.A. (*Significant Event Audit*), oppure *Root Cause Analysis*, con particolare attenzione agli eventi recanti maggior impatto clinico-assistenziale (eventi sentinella) od economico, coinvolgendo le varie professionalità e le strutture aziendali.

8. Attività di raccolta e analisi degli eventi avversi e degli eventi sentinella quale bacino essenziale di dati e informazioni per la mappatura delle aree a maggior rischio.
9. Inserimento dati dei sinistri e degli eventi avversi-sentinella nel portale regionale.
10. Visite medico-legali.
11. Attività di supporto ai contraddittori giudiziali ed extragiudiziali.
12. Attività di consulenza medico-legale.
13. Calcolo delle riserve.
14. Supporto al Direttore Sanitario nella definizione descrittiva di tutti gli eventi avversi e sentinella nonché dei piani di miglioramento e del monitoraggio dell'efficacia degli stessi.

Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO)

- Dott. Gianluca Gianfilippi: Direttore Sanitario (*Presidente del CIO*).
- Dott. Maurizio Solbiati: medico specialista in Malattie Infettive.
- Dott. Damiano Bragantini: medico specialista in Malattie Infettive.
- Dott. Luca Geroli: Coordinatore Infermieristico - Esperto in Epidemiologia e Igiene Ospedaliere.
- Dott.ssa Roberta Ipocoana: Responsabile delle Professioni Sanitarie.
- Dott. Matteo Marai: Coordinatore Infermieristico - Responsabile Qualità e Accreditamento.
- Prof. Gian Luca Salvagno: Direttore Laboratorio Analisi.
- Dott. Marco Gambera: Direttore Farmacia Ospedaliera.
- Dott. Walter Mosaner: Direttore UOC Anestesia e Rianimazione.
- Dott. Roberto Castellani: Direttore Pronto Soccorso (*Master di Clinical Risk Manager*).
- Dott. Gianluigi Moretto: Direttore Chirurgia Generale.
- Dott. Giovanni Butturini: Direttore Chirurgia Epato-bilio-pancreatica.
- Dott. Daniele Mautone: Direttore Ostetricia e Ginecologia.
- Dott. Filippo Leonardo: Direttore Cardiologia e UTIC.
- Prof. Yuri Battaglia: Direttore Nefrologia e Dialisi.
- Dott. Paolo Bazzoni: Direttore Medicina e Geriatria.
- Dott. Giulio Bongiovanni: medico specialista in Igiene e Sanità Pubblica.
- Dott. Pierdomenico Cicco: medico specialista in Igiene e Sanità Pubblica.
- Dott.ssa Elena Sambugaro: medico specialista in Ortopedia e Traumatologia.
- Dott.ssa Rossella Bertoloni: medico specialista in Urologia.
- Dott.ssa Myriam Valentini: Responsabile Microbiologia.
- Dott. Massimo Zanolli: Coordinatore Infermieristico Blocco Operatorio.
- Dott. Cristian Rubele: Coordinatore Infermieristico Centrale di Sterilizzazione.
- Dott.ssa Silvia Carletti: Coordinatore Infermieristico Chirurgia Epato-bilio-pancreatica.
- Dott. Bertagna Simone: Coordinatore Infermieristico Ortopedia e Traumatologi
- Dott. Deorsi Andrea: Coordinatore Infermieristico Pronto Soccorso e Terapia Intensiva.

Il CIO, avvalendosi delle diverse competenze che caratterizzano la propria multidisciplinarietà, cura l'attuazione del Programma Aziendale per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), svolgendo azioni di coordinamento e verifica.

Con DGR n. 1402 del 01/10/2019 la Regione del Veneto, al fine di assicurare un efficace controllo del rischio infettivo correlato all'assistenza, ha previsto che in ogni Presidio Ospedaliero ci sia un Comitato Ospedaliero per il controllo delle infezioni ospedaliere definendone l'articolazione organizzativa e le responsabilità.

Considerando l'importanza fondamentale che le infezioni ospedaliere rivestono in relazione alla qualità complessiva del servizio sanitario, l'Ospedale P. Pederzoli, in linea con la normativa vigente, dal 2022 ha istituito il Comitato per il Controllo delle Infezioni Ospedaliere con un ruolo strategico e multidisciplinare, adottando una serie di misure di sorveglianza e di controllo finalizzate alla riduzione del rischio di trasmissione e insorgenza di tali infezioni all'interno della propria struttura. Queste iniziative non solo mirano a proteggere la salute dei pazienti, ma rappresentano anche un elemento chiave per l'ottimizzazione dell'efficienza e della sicurezza delle cure fornite.

Principali ambiti di attività.

1. **Organizzazione di un sistema di sorveglianza epidemiologica:** il Comitato ha sviluppato e implementato un sistema strutturato per il monitoraggio continuo delle infezioni ospedaliere. Questo sistema analizza vari aspetti critici, quali:
 - L'uso appropriato e monitorato degli antibiotici, per prevenire la diffusione di resistenze.
 - La gestione delle ferite chirurgiche, garantendo procedure standardizzate per ridurre il rischio infettivo.
 - L'adozione di misure per l'isolamento corretto dei pazienti a rischio, in modo da limitare la contaminazione crociata.
2. **Codifica e implementazione delle misure di prevenzione:** vengono sviluppate linee guida e protocolli operativi, basati sulle evidenze scientifiche più aggiornate, che vengono regolarmente aggiornati e diffusi a tutto il personale. Queste misure coprono tutte le fasi della cura, dall'accoglienza alla dimissione, garantendo un approccio integrato alla prevenzione.
3. **Informazione e condivisione con il personale:** una componente essenziale delle attività del Comitato è la comunicazione trasparente e continua con l'intero staff ospedaliero. A tal fine, vengono organizzati incontri periodici e sessioni informative in cui si analizzano:
 - I dati di sorveglianza e l'andamento delle infezioni.
 - Le best practices adottate e le aree di miglioramento individuate.
 - Le novità normative e tecniche in ambito di prevenzione delle infezioni.
4. **Adozione di una corretta "politica" degli antibiotici:** il Comitato promuove una gestione responsabile degli antibiotici, orientata all'utilizzo del farmaco giusto per il paziente giusto e al momento opportuno. Questa strategia, nota come "*stewardship*" degli antibiotici, è fondamentale per prevenire lo sviluppo di resistenze e garantire il successo terapeutico.
5. **Formazione continua del personale:** vengono organizzati corsi di formazione sia in aula che sul campo, volti a sensibilizzare il personale sulle tematiche più rilevanti per la prevenzione delle infezioni. Durante queste sessioni, vengono inoltre presentati e discussi i "bundle" aggiornati, ossia insiemi di pratiche e procedure standardizzate che, se seguite correttamente, riducono significativamente il rischio di infezioni correlate all'assistenza.
6. **Formulazione di proposte operative per situazioni di rischio:** il Comitato è attivamente impegnato nella definizione di strategie operative da adottare in presenza di specifici eventi o situazioni di rischio infettivo. Queste proposte prevedono l'attivazione di protocolli di

emergenza e la predisposizione di misure contenitive immediate, al fine di tutelare la salute dei pazienti e del personale.

7. **Partecipazione a programmi coordinati a livello regionale:** l'Ospedale partecipa attivamente a iniziative e programmi promossi a livello regionale, contribuendo con la propria esperienza e condividendo le best practices. Inoltre, vengono pianificate e promosse attività specifiche per affrontare problematiche particolari, rafforzando così il network di collaborazione tra le diverse strutture sanitarie.
8. **Realizzazione di un sistema informatico di segnalazione e sorveglianza:** per garantire una gestione tempestiva ed efficiente dei dati relativi alle infezioni, è stato realizzato un sistema informatico integrato che consente la segnalazione in tempo reale degli eventi infettivi. Questo strumento, accessibile a tutte le Unità Operative e ai Servizi dell'ospedale, facilita il monitoraggio continuo e l'analisi dei dati, permettendo interventi rapidi ed efficaci.
9. **Sviluppo di protocolli per la gestione di patologie critiche:** il Comitato si dedica alla definizione di protocolli specifici per la gestione terapeutica di patologie particolarmente critiche, assicurando che i pazienti ricevano trattamenti mirati e personalizzati, in linea con gli standard di eccellenza clinica (vedi Procedure e Istruzioni operative con impatto sulle infezioni ospedaliere).

Sicurezza del paziente.

1. Revisione della modulistica di informazione-consenso e loro progressivo inserimento in “Arianna” - programma di informatizzazione del percorso chirurgico.
2. Valutazione a campione della completezza dei moduli di consenso e delle informative.
3. Aggiornamento del sistema intranet informatico per la gestione della modulistica.
4. Monitoraggio delle non conformità intercettate in sala operatoria, ed in particolare: completezza delle check-list, corretta identificazione del paziente e sito chirurgico, atto operatorio.
5. Valutazione del rispetto delle norme comportamentali nei blocchi operatori attraverso un’attività di osservazione diretta (blocco chirurgico, ostetrico, cardiologico e ambulatori protetti) – in particolare per quanto riguarda il lavaggio chirurgico, la vestizione, il rispetto dei percorsi sporco-pulito, l’apertura porte, i processi di sanificazione, ecc... Audit specifici sulle principali non conformità rilevate. Corsi di formazione al personale dei gruppi operatori.
6. Revisione del protocollo di prevenzione e trattamento delle lesioni cutanee e della prevenzione delle cadute (adeguamento alla normativa regionale).
7. Valutazione dell’adesione ai protocolli di prevenzione e trattamento lesioni cutanee e prevenzione delle cadute.
8. Monitoraggio continuo delle cadute e valutazione delle criticità principali.
9. Attivazione di un nuovo sistema di monitoraggio delle lesioni da decubito.
10. Attivazione di un programma di formazione specifico.
11. Diffusione del processo di audit come strumento di educazione del personale sanitario e correzione/prevenzione di eventi avversi/sentinella.
12. Diffusione della pratica dell’audit clinico e della costituzione di “team multidisciplinari per patologia” e PDTA.
13. Miglioramento della compliance al sistema di segnalazione degli eventi avversi e di stesura dei relativi piani di miglioramento.
14. Sviluppo di FMECA quali tecniche di analisi e controllo dei processi per la diminuzione della variabilità.
15. Aggiornamento delle procedure aziendali in merito alle raccomandazioni ministeriali;
16. Valutazione dell’applicazione delle raccomandazioni ministeriali.
17. Stesura della relazione annuale degli eventi avversi/sinistri e sua pubblicazione sul sito aziendale.

Infezioni Ospedaliere.

1. Contrasto ai germi multiresistenti (MDR):

- Monitoraggio del livello di applicazione dei protocolli aziendali per la lotta alle infezioni assistenziali da MDR:
 - Lavaggio delle mani (osservazione diretta dei 5 momenti e consumo del gel idroalcolico).
 - Misure di isolamento da contatto (osservazione a campione).
 - Igiene ospedaliera (aggiornamento protocollo, formazione operatori, valutazione compilazione check list, osservazione comportamenti, tamponi ambientali).

- Valutazione dell'incidenza dei germi MDR con stesura di report e, se necessario, discussione con i clinici.
 - Formazione continua e valutazione del livello di adesione ai corsi di formazione del personale sanitario per singolo reparto.
- 2. Contrasto alle infezioni ospedaliere correlate alle pratiche assistenziali:**
- Continuare o attivare (se assente) il sistema di sorveglianza delle infezioni:
 - Sito chirurgico.
- 3. Valutare la compliance ai seguenti protocolli aziendali:**
- Lavaggio delle mani.
 - Prevenzione infezioni del sito chirurgico e principali raccomandazioni del percorso chirurgico compreso il buon uso degli antibiotici e antibiotico profilassi.
 - Prevenzione accessi vascolari.
 - Prevenzione infezioni vie urinarie.
- 4. Formazione continua in tema di infezioni ospedaliere** con valutazione del livello di adesione da parte del personale delle singole U.O.
- 5. Produzione e divulgazione sistematica di report relativi al livello di adesione, criticità e piani di miglioramento rispetto i seguenti protocolli aziendali:**
- Antibiotico profilassi (Tipo Di Antibiotico E Tempo Di Somministrazione E Sospensione).
 - Prevenzione Infezioni Del Sito Chirurgico.
 - Prevenzione Infezioni Vie Urinarie.
 - Prevenzione Infezioni Polmonari.
 - Prevenzione Infezioni Degli Accessi Vascolari.
 - Lavaggio Delle Mani: Consumo Gel Idroalcolico E Aderenza Al Protocollo Di Lavaggio.
 - Livellare La Compliance Delle U.O. Ai Sistemi Di Segnalazione Di Pertinenza.
 - Incidenza Infezioni.
 - Adesione Ai Corsi Di Formazione Del Personale.

RICHIESTE RISARCITORIE 2020-2024 I DATI E L'APPROFONDIMENTO SUI SINISTRI

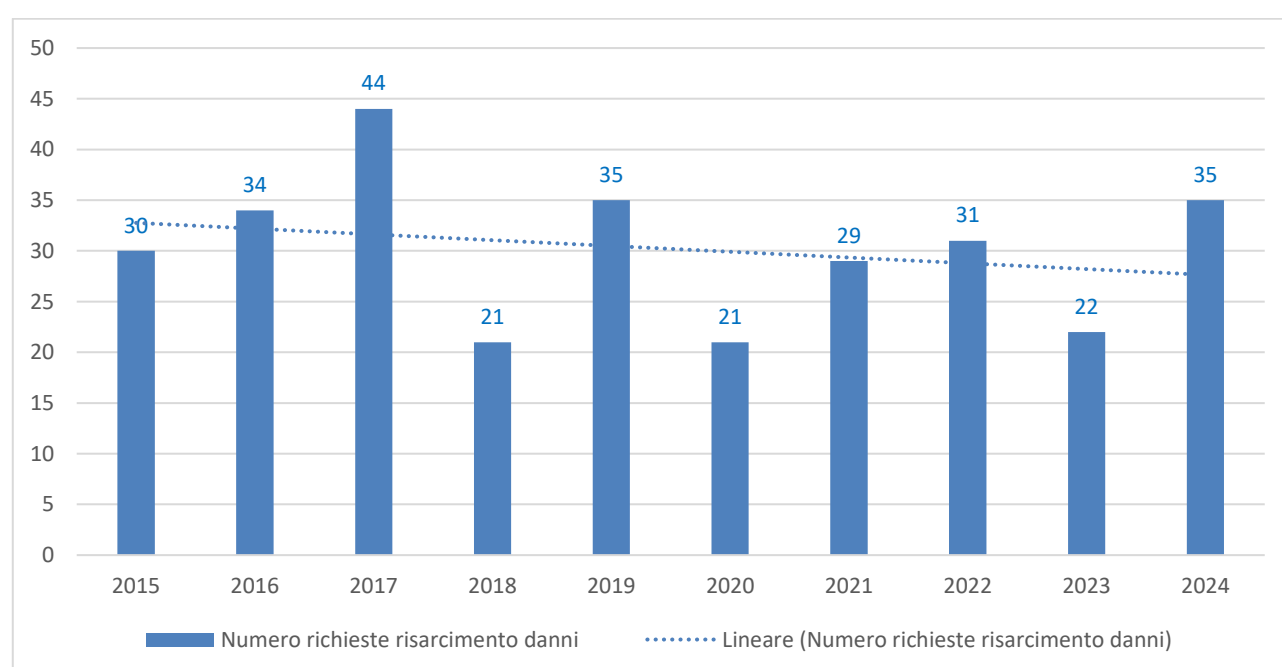
In questo capitolo della relazione viene rappresentato l'andamento del contenzioso da “*medical malpractice*” all'interno dell'Ospedale P. Pederzoli nel periodo 2020-2024; in particolare sono descritti e analizzati la tipologia dei sinistri, la loro incidenza e distribuzione all'interno della Struttura e nelle singole U.O., l'impatto economico che ne consegue, la modalità con cui sono gestiti gli eventi da parte degli organismi dedicati (Comitato Esecutivo per la sicurezza del paziente e Nucleo Aziendale per la gestione dei sinistri).

È utile premettere sin d'ora che l'andamento della sinistrosità (per numero di richieste e per somme liquidate) che risulta sostanzialmente favorevole nel corso dell'ultimo decennio, sta conoscendo un'inversione di tendenza all'inizio di quest'anno a causa di alcune nuove richieste di risarcimento, che si presentano in prospettiva particolarmente gravose, e che sono pervenute all'osservazione poco prima della conclusione del primo quadrimestre del 2025.

Si tratta di una circostanza non inusuale, dovuta all'estrema variabilità e imprevedibilità delle iniziative di rivendicazione intraprese dalle presunte parti danneggiate nei riguardi di eventi talora anche piuttosto remoti, oltre che di un probabile effetto di rimbalzo dal biennio caratterizzato dal covid-19, durante il quale l'attività dei “professionisti” delle richieste risarcitorie in sanità è risultata contratta per gli effetti della pandemia.

Va da ultimo evidenziata un'ulteriore precisazione per garantire una corretta interpretazione dei grafici riassuntivi riguardante la diversità dei campioni di riferimento, che è stata adottata in analogia con la prassi dei report elaborati da Marsh. Si sottolinea così che dal grafico 2 al grafico 8 il riferimento è ai sinistri “per anno di richiesta”, mentre nei grafici 9 e 10 si considerano i sinistri “per anno di liquidazione”.

Andamento delle richieste di risarcimento danni - periodo 2015-2024.

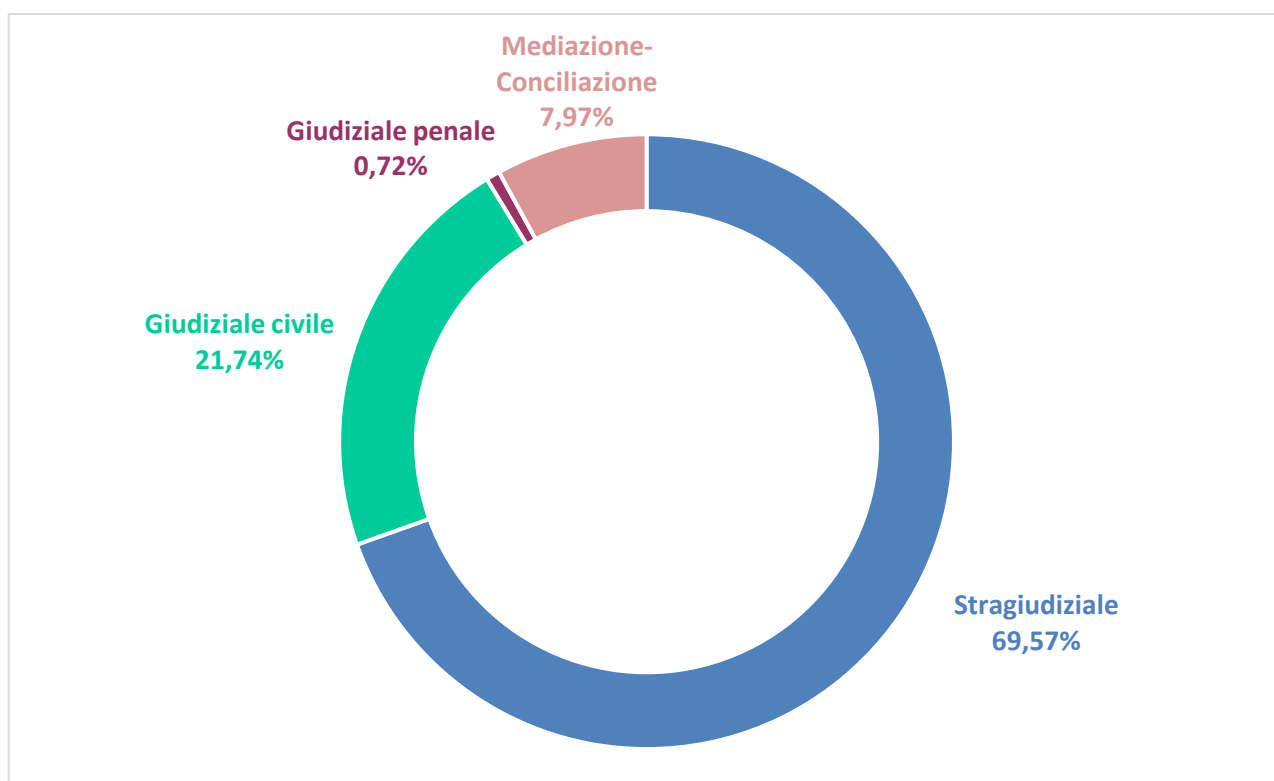


Il grafico riassume l'andamento medio della sinistrosità relativo agli ultimi dieci anni; i dati relativi al 2020-2024 sono stati infatti assemblati con quelli del quinquennio precedente. Risulta così evidente l'andamento "favorevole" (cioè, la decrescita del numero dei sinistri) considerato in un ampio lasso decennale, di cui già si è fatto cenno in premessa.

Tutte le richieste di risarcimento corrispondono a eventi dannosi denunciati, i quali peraltro non sono stati preventivamente verificati per quanto riguarda la loro fondatezza. Tale giudizio, infatti, viene usualmente formulato solo al termine dello studio del caso, destinato a separare le richieste motivate e meritevoli di approfondimento da quelle pretestuose e infondate.

Nel periodo 2015-2024 sono pervenute 302 richieste di risarcimento, con una media di 30,2 richieste di denunce per anno. Tale valore è inferiore ai dati della quattordicesima edizione del Report MedMal di Marsh, che riporta una media annua di 35 sinistri per le strutture di primo e di secondo livello.

Distribuzione percentuale dei contenziosi in base al tipo di procedimento attivato (aggiornato con contenziosi non ancora chiusi) - periodo 2020-2024 - per anno di richiesta.



Il Grafico 2 rappresenta le diverse modalità (stragiudiziale, giudiziale civile, giudiziale penale, mediazione-conciliazione) con le quali le pratiche sono state gestite nel quinquennio.

Le percentuali vanno interpretate tenendo conto che nel corso di cinque anni molti casi sono stati soggetti a rivalutazioni, approfondimenti, confronti e trattative tra le parti, il che ha portato spesso a variare approcci e orientamenti riguardo al percorso seguito dalla pratica.

I dati mostrano comunque un'assoluta prevalenza dei contenziosi trattati per vie non giudiziali, modalità che è generalmente vantaggiosa per le parti (soprattutto riguardo ai costi) rispetto ai contenziosi giudiziali che seguono le vie civili, penali ed anche quelle della mediazione-conciliazione (introdotta con il D.Lgs. 28/2010).

I ricorsi alla giustizia penale appaiono sempre numericamente assai ridotti: in ambito di responsabilità sanitaria, infatti, l'intento rivendicativo non risulta quasi mai prioritario, mentre prevale il desiderio di un adeguato ristoro economico. L'eventuale ricorso alla giustizia penale viene così ad assumere spesso un carattere meramente strumentale, finalizzato a stimolare e accelerare le procedure di risarcimento, e comporta comunque un più gravoso onere della prova rispetto al civile per la parte richiedente.

Sempre in tema di contenzioso civile occorre rimarcare che successivamente all'entrata in vigore della legge Gelli – Bianco vi è stato un significativo aumento delle procedure per ATP ex art. 696 bis c.p.c. (accertamento tecnico preventivo) posto che la nuova normativa lo impone come condizione di procedibilità al giudizio civile assieme alla media-conciliazione.

Legge 8 marzo 2017 n. 24 (Legge Gelli) - art. 4 c. 3 Risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, riferiti ad eventi e richieste risarcitorie relative al periodo dal 2021 al 2024				
ANNO LIQUIDAZIONE DEI RISARCIMENTI	N° RISARCIMENTI LIQUIDATI	IMPORTO DEI RISARCIMENTI/ANNO	ANNO DI ACCADIMENTO DEI SINISTRI LIQUIDATI	
2021	27	1.343.721 €	Quinquennio 2006-2010	2
			Quinquennio 2011-2015	11
			2017	4
			2018	5
			2019	5
2022	11	517.052 €	Quinquennio 2011-2015	2
			2017	2
			2018	1
			2019	2
			2020	1
			2021	3
2023	20	1.260.337 €	Quinquennio 2011-2015	6
			2017	3
			2018	1
			2019	2
			2020	3
			2021	2
			2022	3
2024	15	455.277 €	Quinquennio 2006-2010	1
			2016	1
			2017	1
			2018	1
			2019	2
			2020	3
			2021	1
			2022	1
			2023	4

IL SISTEMA DI SEGNALEZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI E DEI QUASI EVENTI 2024

L'*incident reporting* rappresenta uno strumento per una risposta rapida alle situazioni di pericolo, perché normalmente la segnalazione avviene contemporaneamente all'evento, anche nell'ottica di contenimento dell'eventuale richiesta di risarcimento o contenzioso, anticipandone elementi utili per la gestione del sinistro e della sua definizione.

L'attività di raccolta e analisi degli eventi avversi e degli eventi evitati costituisce un bacino essenziale di dati e informazioni per la mappatura delle aree a maggior rischio, sia a livello aziendale che regionale; in questo senso l'analisi è fondamentale per accrescere la consapevolezza sul livello di sicurezza dell'organizzazione e per acquisire informazioni indispensabili per la gestione del rischio clinico e delle azioni di miglioramento da intraprendere.

Resta una condizione imprescindibile per il successo dell'*incident reporting* l'esistenza di un contesto di lavoro favorevole, basato su una cultura della sicurezza e della non colpevolizzazione.

Solo la garanzia della confidenzialità e l'assenza di comportamenti punitivi rimuovono la resistenza e il timore del personale sanitario al fine di fare emergere aspetti organizzativi passibili di azioni di miglioramento. Inoltre, il puntuale confronto tra il personale sanitario ed il monitoraggio da parte del risk manager aziendale dell'adesione alle azioni di miglioramento condivise, rimangono elementi ineludibili per il buon funzionamento del sistema.

Segnalazioni pervenute tramite il portale Intranet Aziendale - primo semestre 2024

Tipologia di eventi (n. 523)	
Eventi Sentinella	6
Eventi Avversi	173*
Quasi Eventi	309**
Segnalazioni di NON CONFORMITA'	35

* n. 3 "Eventi Avversi" sono stati segnalati due volte;

** n. 4 "Quasi Evento" sono stati segnalati due volte.

Qualifica segnalante (n. 523)	
Professioni Sanitarie	436
Medico	29
OSS	5
Personale Amministrativo	4

Tipo di processo (n. 475)	
Ricovero ordinario programmato	236
Ricovero ordinario urgente	105
Urgenza ed emergenza	83
Day Hospital	32
Ambulatoriale	15

Distrettuale/Territoriale	4
---------------------------	---

Categoria “Eventi Avversi” e “Quasi Eventi” (n. 475)	
Inadeguata/ritardo prestazione assistenziale	118
Inadeguata/ritardo/omissione procedura chirurgica	96
Altri fattori: Caduta	89
Altri fattori: Inesattezza di dati paziente/lato/sede	35
Inadeguata/ritardo/omissione procedura diagnostica	31
Inadeguata/ritardo/omissione prescrizione/somministrazione farmaco	30
Altri fattori: Altro	23
Altri fattori: Aggressione	16
Inadeguata/ritardo/omissione procedura terapeutica	11
Altri fattori: Malfunzionamento/malposizionamento di dispositivi/apparati	9
Altri fattori: Evento collegato a somministrazione sangue	7
Altri fattori: Lesione da inadeguata postura/decubito	3
Altri fattori: Reazione a farmaci	1
Altri fattori: Infezione	1

- Segnalazioni di Evento Avverso e Quasi Evento suddivise per categoria (I semestre).

Segnalazioni pervenute tramite il portale Intranet Aziendale - secondo semestre 2024

Tipologia di eventi (n. 405)	
Eventi Sentinella	3
Eventi Avversi	151*
Quasi Eventi	233*
Segnalazioni di NON CONFORMITA'	18

* n. 1 “Evento Avverso” è stato segnalato da due U.O.;

** n. 1 “Quasi Evento” è stato segnalato due volte.

Qualifica segnalante (n. 402)	
Professioni Sanitarie	367
Medico	25
OSS	9
Personale Amministrativo	1

Tipo di processo (n. 402)	
Ricovero ordinario programmato	162
Urgenza e emergenza	93
Ricovero ordinario urgente	92
Ambulatoriale	35
Day Hospital	18
Distrettuale/Territoriale	2

Categoria “Eventi Avversi” e “Quasi Eventi” (n. 384)	
Inadeguata/ritardo prestazione assistenziale	92
Altri fattori: Caduta	83
Inadeguata/ritardo/omissione procedura chirurgica	49

Inadeguata/ritardo/omissione prescrizione/somministrazione farmaco	30
Altri fattori: Inesattezza di dati paziente/lato/sede	29
Altri fattori: Aggressione	27
Inadeguata/ritardo/omissione procedura diagnostica	27
Inadeguata/ritardo/omissione procedura terapeutica	19
Altri fattori: Altro	11
Altri fattori: Malfunzionamento/malposizionamento di dispositivi/apparati	11
Altri fattori: Evento collegato a somministrazione sangue	2
Altri fattori: Reazione a farmaci	2
Altri fattori: Infezione	1
Altri fattori: Lesione da inadeguata postura/decubito	1

Audit e piani di miglioramento

La promozione della sicurezza dei pazienti si fonda su un approccio sistemico, che comprende lo studio degli eventi avversi, l'identificazione ed il controllo delle circostanze e dei fattori che possono facilitare o determinare un danno per il paziente e la progettazione di processi assistenziali appropriati, efficaci ed efficienti.

In particolare, l'analisi delle cause e dei fattori contribuenti rappresenta un momento complesso ma essenziale nella gestione del rischio clinico, ed ha lo scopo di identificare i fattori che possono aver contribuito all'occorrenza dell'evento avverso, tramite l'applicazione di una metodologia di indagine orientata al sistema ed ai processi.

L'identificazione delle cause profonde è necessaria per individuare le soluzioni più appropriate e per prevenire l'accadimento di un evento analogo.

Le segnalazioni liberamente registrate dal personale in un sistema di questo tipo sono un indice di maturità della cultura aziendale che ha compreso come errori e criticità costituiscono una importantissima opportunità di apprendimento e di miglioramento continuo. Nel 2024 sono state ricevute complessivamente n° 859 segnalazioni interne, dato che fa rilevare una lieve flessione rispetto al 2023 (n°954).

Queste segnalazioni possono essere riclassificate secondo i canoni del rischio clinico in Near Miss o Quasi Errori, Eventi Avversi ed Eventi Sentinella:

Tipologia di evento	2023	2024
Eventi Sentinella	2	9
Eventi Avversi	295	320
Quasi Eventi	659	539
Totale	956	868

Nel 2024 sono stati effettuati complessivamente dalla Direzione Sanitaria – Nucleo gestione rischio clinico n. 12 audit condotti secondo modalità differenti volti a rilevare la compliance alle regole aziendali ed eventuali situazioni di rischio.

Tipologia di evento analizzato	U.O./Servizio coinvolto
Evento Sentinella n. 9 <i>Morte o grave danno per caduta di paziente</i>	Blocco Operatorio
Evento Avverso <i>Inadeguata procedura chirurgica – allergie non segnalate</i>	Ortopedia e Traumatologia
Evento Sentinella n. 2 <i>Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo, parte)</i>	Urologia
Evento Sentinella n. 9 <i>Morte o grave danno per caduta di paziente</i>	Medicina e Geriatria
Evento Sentinella n. 9 <i>Morte o grave danno per caduta di paziente</i>	Medicina e Geriatria
Evento Sentinella n° 3 <i>Errata procedura diagnostico-terapeutica su paziente corretto</i>	Chirurgia Epato-Bilio-Pancreatica
Evento Sentinella n. 9 <i>Morte o grave danno per caduta di paziente – Intervento chirurgico</i>	Ortopedia e Traumatologia
Quasi Evento <i>Inadeguata prescrizione/somministrazione farmaco</i>	Blocco Operatorio
Evento Avverso <i>Inadeguata procedura chirurgica</i>	Ginecologia, Blocco Operatorio, Servizio di Anatomia Patologica
Evento Sentinella n. 9 <i>Morte o grave danno per caduta di paziente</i>	Ortopedia e Traumatologia
Evento Sentinella n. 9 <i>Morte o grave danno per caduta di paziente</i>	Chirurgia Vertebrale
Evento Sentinella n. 9 <i>Morte o grave danno per caduta di paziente</i>	Medicina e Geriatria

Portale Sanità Regione Veneto – Sistema Incident Reporting.

A partire dal mese di novembre 2023 presso l'Ospedale Pederzoli è stata avviata una fase sperimentale di inserimento degli Incident Reporting pervenuti, previa analisi, all'interno del Portale Regionale, secondo dei criteri condivisi e dettati dalla Direzione Sanitaria.

L'obbligatorietà di compilazione di alcuni campi è connessa alla necessità di acquisire un setting minimo di informazioni per inoltrare la segnalazione ed orientare la presa in carico dell'evento da parte del Risk Manager e/o suo delegato.

Nuova scheda di segnalazione Incident Reporting Aziendale.

Presso l'Ospedale Pederzoli di Peschiera del Garda è presente un sistema di segnalazione Incident Reporting, descritto all'interno della Procedura Generale Sanitaria PGS 83 - *Gestione del Rischio Clinico*. Il sistema di segnalazione aziendale è informatizzato ed è facilmente accessibile dalla homepage dell'Intranet Aziendale alla voce "Segnalazione Evento", consentendo di segnalare in modo volontario ed in forma anonima qualunque evento correlato al processo assistenziale, che ha dato o aveva la potenzialità di dare origine ad un danno al paziente.

Nel corso dell'ultimo trimestre del 2024 l'Ufficio Qualità – Rischio Clinico, su mandato della Direzione Sanitaria, ha provveduto ad elaborare internamente una nuova scheda di segnalazione Incident Reporting, utilizzando il format di quella regionale presente sul Portale Sanità della Regione Veneto con integrazioni specifiche riguardanti la segnalazione degli Eventi Sentinella, alla luce anche

del nuovo protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella pubblicato sul sito istituzionale del Ministero della Salute.

Cadute ospedaliere

Presso l'Ospedale Pederzoli viene costantemente condotto il monitoraggio del fenomeno delle cadute nel rispetto delle indicazioni della Raccomandazione Ministeriale n. 13 per la *“Prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie”* e delle indicazioni del documento *“Linee di indirizzo per la prevenzione e la gestione delle cadute del paziente”* di Azienda Zero (2020).

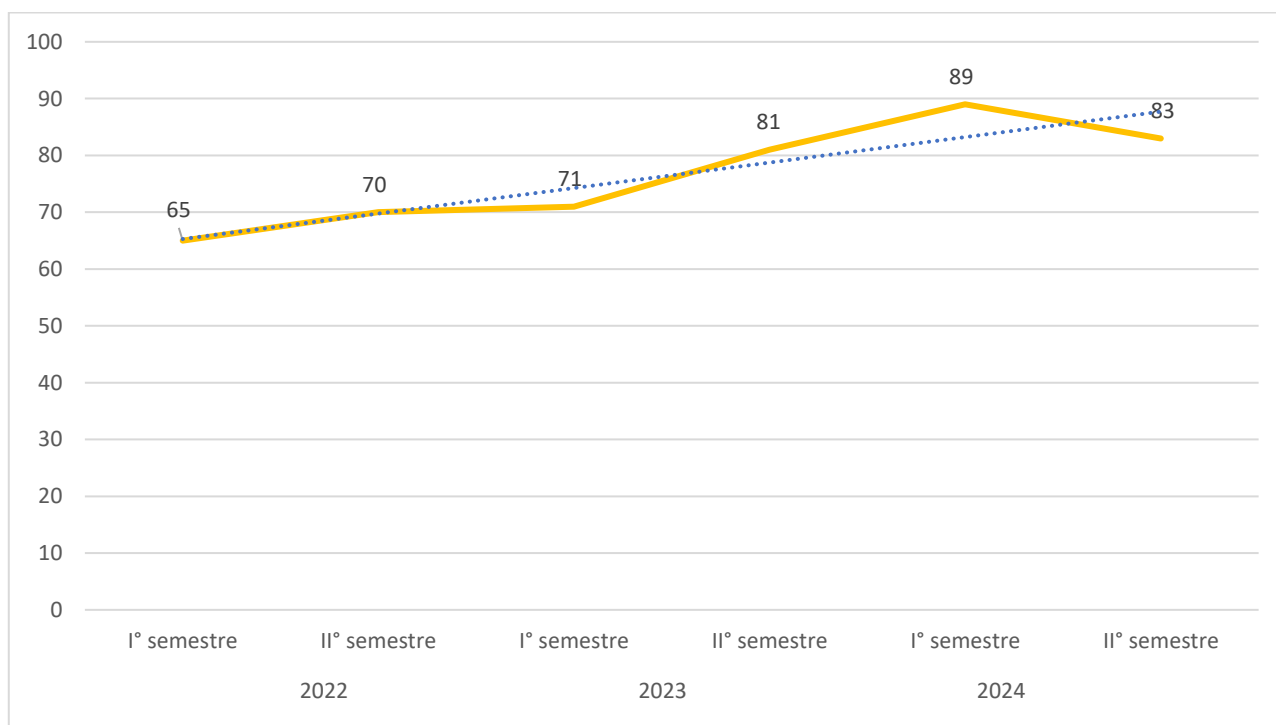
La redazione del report permette di esplorare alcuni dettagli del fenomeno utili soprattutto ad individuare i fattori causali e intraprendere azioni di miglioramento.

Epidemiologia

Sono state segnalate n. 172 cadute nel corso dell'anno 2024. Di queste, n. 171 *Eventi Avversi* e n. 1 *Quasi Evento*.

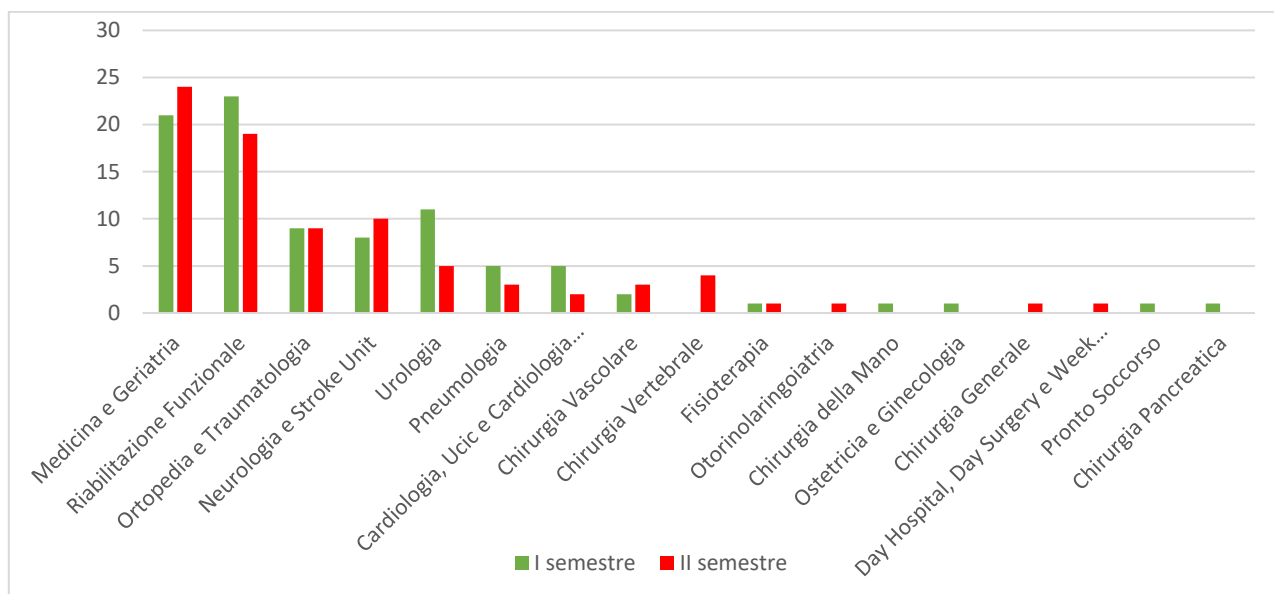
Le cadute accidentali rappresentano il 20,3% degli incident report segnalati nel corso dell'anno 2024.

Andamento delle segnalazioni di caduta suddivise per semestre (triennio 2022-2024).



Distribuzione delle cadute per Unità Operativa

UU.OO. presso le quali si è verificato il fenomeno suddivise per semestre - 2024.



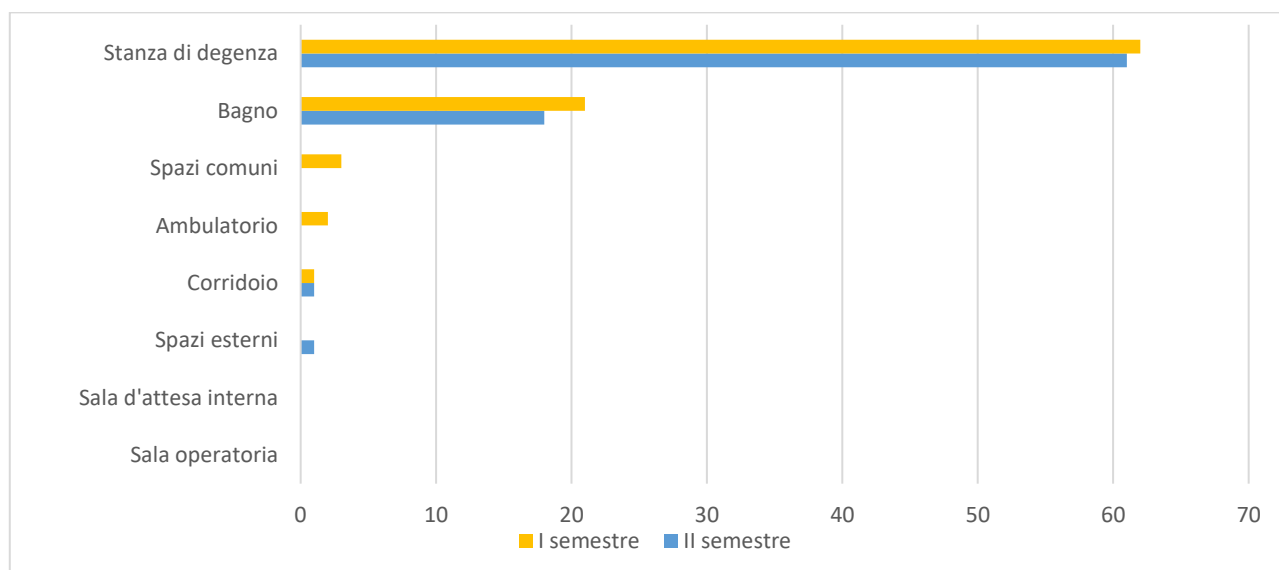
In riferimento alle UU.OO. rappresentate, si è avuto un aumento del fenomeno nel secondo semestre in Medicina e Geriatria, Neurologia e Stroke Unit, Chirurgia Vascolare e Chirurgia Vertebrale.

La riduzione dell'evento segnalato è osservabile in Riabilitazione Funzionale, Urologia, Pneumologia, Cardiologia, Uci e Cardiologia Strumentale.

Caratteristiche delle cadute

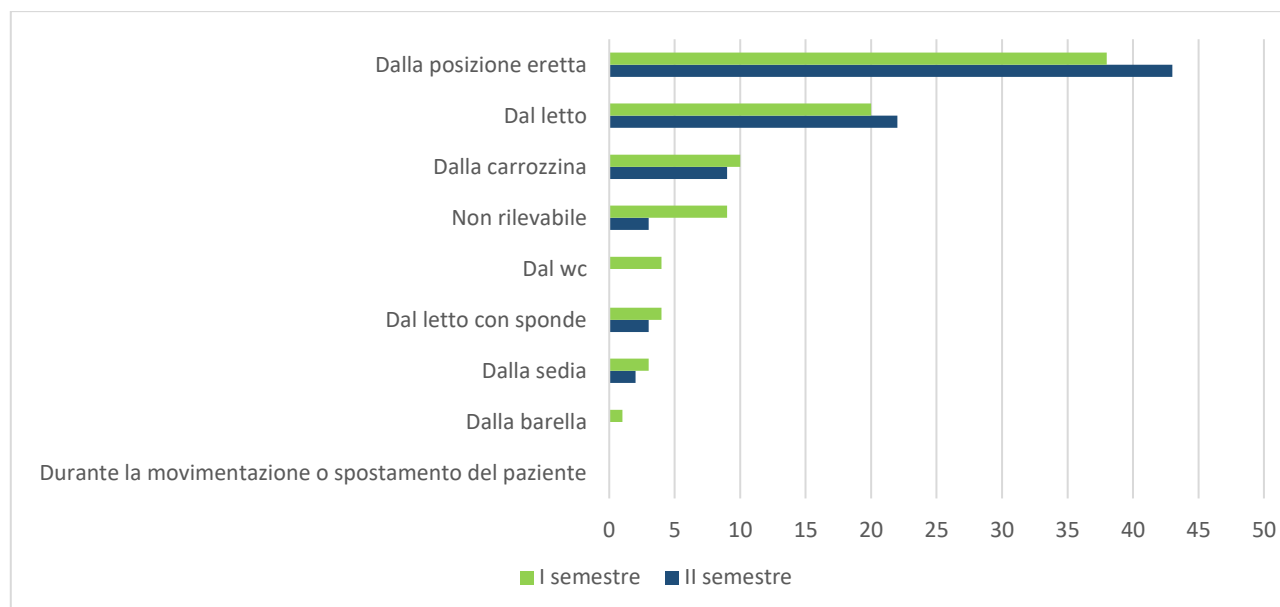
L'analisi è stata condotta al fine di fornire una prospettiva del fenomeno in relazione al luogo e alla modalità di caduta.

Grafico 25 - Distribuzione delle segnalazioni per luogo di caduta suddivise per semestre - 2024.



L'evento caduta si è verificato maggiormente all'interno della “stanza di degenza”. Rispetto al 2023, nel corso dell'anno corrente sono aumentate le cadute segnalate all'interno del “bagno”.

Distribuzione delle segnalazioni per modalità di caduta (suddivise per semestre).



Come si evince, si è verificato maggiormente l'evento caduta “dalla posizione eretta” del paziente. Nel 2024, rispetto al 2023, vi è stato un aumento significativo delle cadute “dal letto” e “dalla carrozzina”, ad eccezione delle cadute “dal letto con sponde” che sono diminuite.

Fattori intrinseci ed estrinseci di caduta

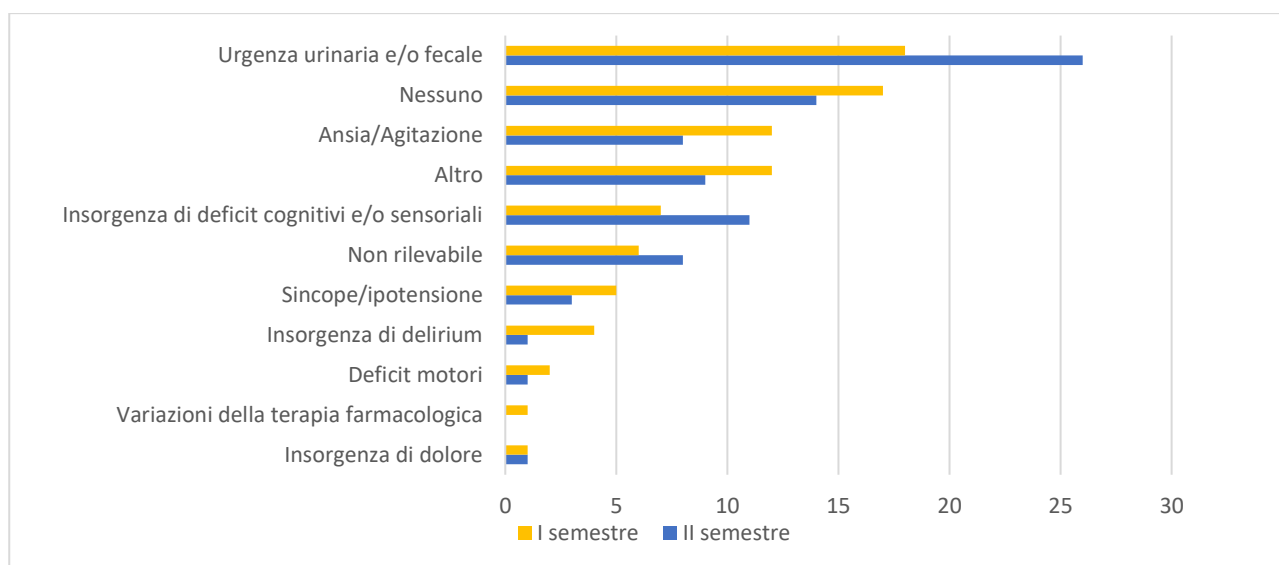
La valutazione di ciascuna persona assistita e l'attuazione di interventi mirati alla riduzione dei fattori di rischio personali ed ambientali possono prevenire e ridurre il rischio di caduta.

Le “Linee di indirizzo per la prevenzione e la gestione delle cadute del paziente” della Regione Veneto del 2020 evidenziano l'importanza di dividere i fattori di rischio in due categorie:

- **fattori di rischio intrinseci:** caratteristiche individuali della persona assistita (età, comorbidità, terapie farmacologiche, disabilità motoria, deficit sensorio);
- **fattori di rischio estrinseci:** caratteristiche strutturali dell'ambiente di degenza e degli strumenti utili all'assistenza.

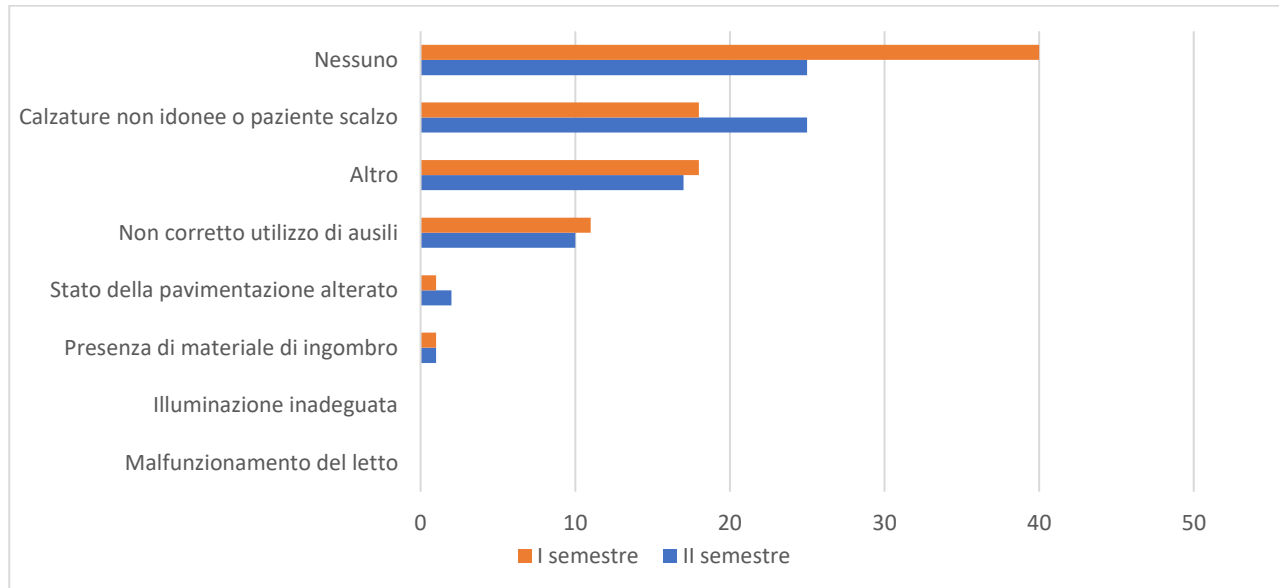
All'interno di queste categorie di rischio, sono state inserite delle cause che possono contribuire alla caduta accidentale del paziente nell'ambito ospedaliero.

Fattori intrinseci di caduta suddivisi per semestre - 2024.



La maggioranza delle cadute accidentali del paziente è dovuta ad “*Urgenza urinaria e/o fecale*”. Nel 2024 si è verificato un aumento significativo delle segnalazioni di causa intrinseca rappresentata da “*Ansia/agitazione*”.

Fattori estrinseci di caduta suddivisi per semestre - 2024.



Il fattore estrinseco di caduta segnalato maggiormente nel 2024 è rappresentato da “*calzature non idonee o paziente scalzo*”. Rispetto al 2023, nel 2024 si è assistito ad una diminuzione dei fattori “*Calzature non idonee o paziente scalzo*” e “*Non corretto utilizzo di ausili*” e ad un aumento della segnalazione di “*Nessuno*” ed “*Altro*” nella voce di causa estrinseca.

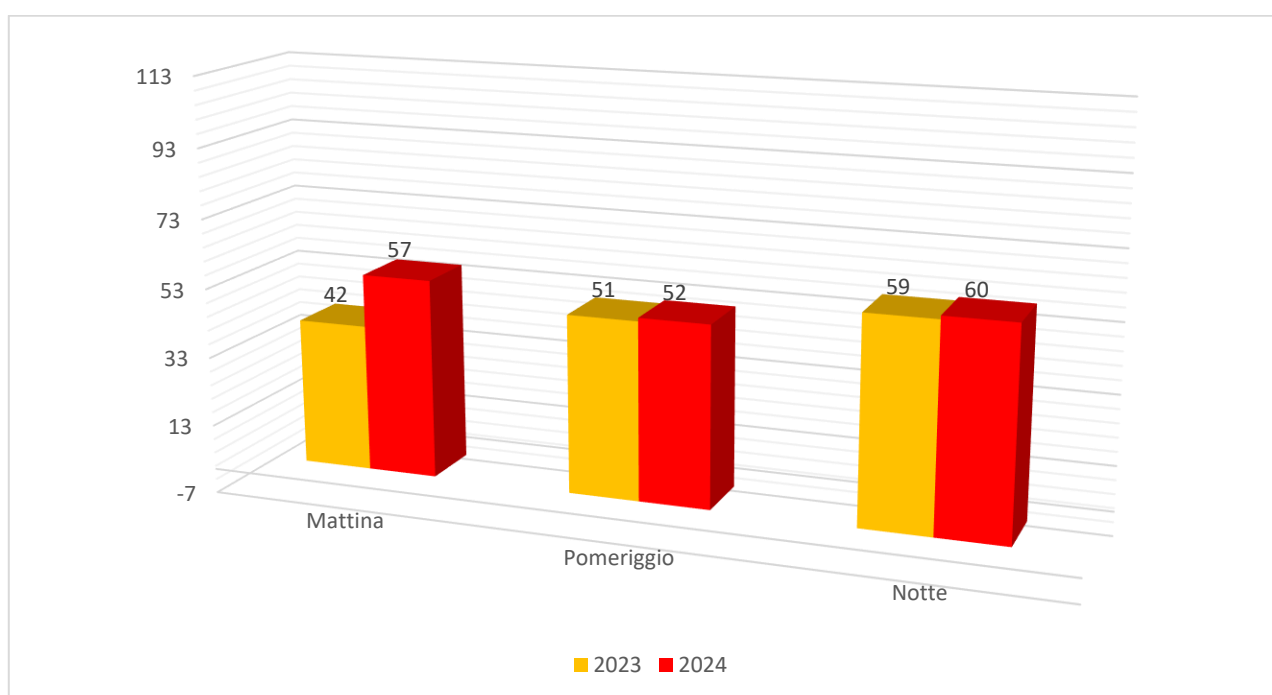
Distribuzione delle cadute sui turni

In base alle segnalazioni è stata fatta una breve analisi sulla base della turnistica infermieristica, in quanto il tema delle cadute è stato considerato, sia a livello nazionale che internazionale, un esito sensibile all'assistenza infermieristica.

Sono state suddivise le segnalazioni sulla base dei turni che svolgono gli infermieri all'interno dei reparti di degenza:

- **Mattino:** 7.00 - 14.00
- **Pomeriggio:** 14.00 - 21.00 / 22.00
- **Notte:** 21.00 / 22.00 - 6.00 / 7.00

Distribuzione delle cadute per turno (confronto 2023 e 2024).



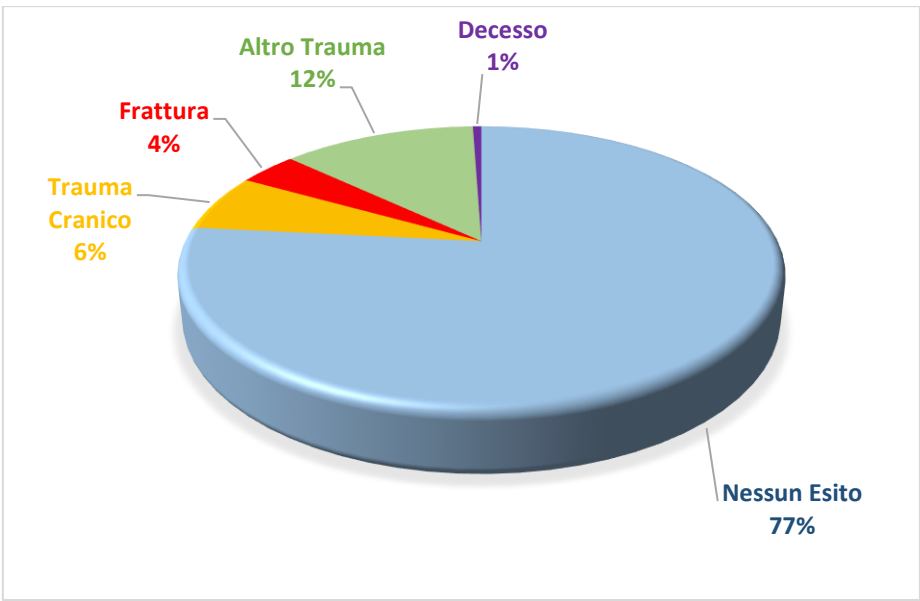
Possiamo notare come il numero dell'evento caduta aumenti lievemente nel turno notturno: circa il **35% del totale delle cadute** è avvenuta in questo turno; con riferimento particolare al secondo semestre, non vi è una differenza significativa del numero di cadute avvenute nel turno di mattina e nel turno notturno.

Esiti conseguenti all'evento caduta

I dati riguardanti l'esito dell'evento a seguito di una caduta sono stati suddivisi secondo le tipologie di conseguenze indicate all'interno della scheda di segnalazione incident reporting presente sul Portale Sanità Regione Veneto, specificatamente in:

- **nessuno;**
- **trauma cranico;**
- **frattura** (arti superiori, arti inferiori, bacino, colonna, testa, torace);
- **altro trauma** (contusione, ferita, escoriazione, lacerazione, lesione organi interni).

Grafico 30 - Rappresentazione delle “tipologie di conseguenze” in seguito alla caduta – 2024.



A seguito di un evento caduta nel 2024 si è verificato un trauma cranico con successivo **decesso del paziente** (U.O. Medicina e Geriatria).

Indicatori di esito

Gli indicatori in ambito sanitario sono considerati informazioni cruciali e selezionate che consentono di misurare i cambiamenti in relazione ai bisogni prioritari di salute, essi permettono di monitorare aspetti specifici o fattori rilevanti delle politiche sanitarie.

INDICATORE	2020	2021	2022	2023	2024
n. cadute/n. giornate di degenza totali (X1000 gdg) degenze ordinarie	137/71.649 1,91	142/73.360 1,93	135/72.642 1.85	152/74.749 2,03	172/75.754 2,27

Conclusioni e progetti di miglioramento sulle cadute

Nel corso del 2024 si è assistito ad un incremento del fenomeno rispetto all’anno precedente, confermando un trend in aumento nel triennio 2022-2024.

Nel contesto delle cadute, la gestione dell’educazione alla persona assistita e al caregiver viene considerata il primo passo del “percorso di gestione del rischio di caduta”.

Il programma di interventi deve quindi includere una fase di informazione adeguata al paziente ed a tutte le persone coinvolte nell’assistenza alla persona, al fine di aumentare la consapevolezza relativamente al rischio di cadere e garantire una partecipazione attiva nel percorso.

Il valore dell’informazione è un mezzo di empowerment della persona assistita in tutti i programmi di intervento educativi.

È necessario garantire alla persona assistita una valutazione clinica tempestiva e attivare, qualora necessario, tutte le indagini diagnostiche e strumentali utili a rilevare l’eventuale presenza di

conseguenze traumatiche. Una gestione immediata dell'evento caduta è fondamentale per evitare il peggioramento delle conseguenze alla persona e contenere esiti permanenti, garantire al paziente un rapido recupero funzionale e conforto psicologico e rielaborare tempestivamente un piano assistenziale in linea con le variazioni delle condizioni cliniche.

Come dà indicazioni delle Linee di indirizzo, in caso di Evento Avverso correlato a fattori intrinseci, diventa perciò indispensabile attuare un accertamento del rischio individuale ed implementare interventi mirati alla riduzione dei fattori di rischio personale.

In caso di evento correlato a fattori estrinseci il Coordinatore di Unità Operativa, per la corretta individuazione, valutazione e loro gestione, nello specifico:

- rileva le difformità strutturali significative che possono aumentare i rischi ambientali;
- predispone richieste di manutenzione, riparazione, sostituzione di arredi/ausili;
- sollecita e segnala ritardi o mancanza di intervento.

Occorre monitorare l'attività di manutenzione effettuata nelle Unità Operative presso le quali si è verificato il fenomeno e l'esecuzione di interventi su richiesta del Coordinatore di Unità Operativa compresa la richiesta di attrezzature/ausili.

A livello aziendale è stata eseguita una revisione della procedura specifica **PGS 53 – Prevenzione delle cadute** in ottemperanza a quanto contenuto all'interno del documento regionale del Veneto *“Linee di indirizzo per la prevenzione e la gestione delle cadute del paziente”* del 2020, al fine di applicarla a tutti i pazienti a rischio mettendo in atto interventi sia educativi che specifici.

Sono stati revisionati la **brochure informativa**, da consegnare al momento del ricovero a tutti i pazienti/caregiver ed il **poster informativo**, da esporre in ogni stanza di degenza e nelle aree comuni. È stata elaborata una **brochure per la dimissione**, indirizzata a tutti i pazienti che presentano un rischio di caduta anche nel contesto domiciliare.

Si è provveduto ad organizzare una **formazione residenziale** rivolta ai professionisti delle Unità Operative nelle quali l'evento caduta si è verificato maggiormente, previsto nel mese di aprile 2025, con l'obiettivo di estenderlo a tutti i professionisti coinvolti nel processo attraverso la collaborazione dei referenti qualità delle altre UU.OO.

Storico degli Eventi Sentinella nel triennio 2022-2024

**Raggruppati secondo data di inserimento della Scheda A sul Portale Regionale.*

Anno	Evento Sentinella
2022	Morte o grave danno per caduta di paziente – Reintervento Chirurgico. U.O. Riabilitazione Funzionale
2023	Morte o grave danno imprevisti conseguente ad intervento chirurgico - Disabilità permanente U.O. Ostetricia e ginecologia (accadimento 18/11/2022) inserito 12/01/2023
	Morte o grave danno per caduta di paziente - Trauma maggiore conseguente a caduta di paziente U.O. Urologia
2024	Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte) – Reintervento chirurgico. U.O. Urologia (accadimento 18/09/2023 – pervenuto a seguito della richiesta di risarcimento).
	Morte o grave danno per caduta di paziente – Trauma maggiore conseguente a caduta di paziente. Blocco Operatorio
	Morte o grave danno per caduta di paziente – Morte U.O. Medicina e Geriatria
	Morte o grave danno per caduta di paziente - Trauma maggiore conseguente a caduta di paziente U.O. Medicina e Geriatria
	Errata procedura diagnostico-terapeutica su paziente corretto – Reintervento chirurgico U.O. Chirurgia Epato-Bilio-Pancreatica
	Morte o grave danno per caduta di paziente – Intervento chirurgico a seguito di caduta U.O. Ortopedia e Traumatologia
	Morte o grave danno per caduta di paziente – Reintervento chirurgico U.O. Ortopedia e Traumatologia
	Morte o grave danno per caduta di paziente – Intervento chirurgico a seguito di caduta U.O. Chirurgia Vertebrale
	Morte o grave danno per caduta di paziente – Trauma maggiore conseguente a caduta di paziente U.O. Medicina e Geriatria

Il fenomeno della violenza di genere (VDG) verso le donne ha raggiunto dimensioni tali da essere stato definito dall'OMS *“un grave problema di salute pubblica”* e, come tale, si presenta particolarmente insidioso, perché viene spesso vissuto in quotidiano silenzio dalle vittime, in quanto non compreso culturalmente nel disvalore e nella pericolosità e rimane così percepito come un normale incidente di percorso, di cui al limite provare vergogna, tanto che poco più di una donna su dieci denuncia la violenza di cui è fatta oggetto.

Proprio la prevalente consumazione nella dimensione privata rende estremamente difficile l'emersione della violenza verso la donna, tale da rendere indispensabile la messa in campo ad opera della società civile di tutti gli strumenti e percorsi volti ad intercettarne precocemente le manifestazioni

Il dato più allarmante è quello che giunge dall'analisi del tipo di autore, che si identifica, specialmente in relazione alle violenze più gravi, in una persona conosciuta alla vittima, ossia il partner (nel 67% degli stupri), i parenti, gli amici o i conoscenti/colleghi di lavoro; le condotte attribuibili a soggetti sconosciuti si riferiscono, invece, per lo più a molestie sessuali.

Meccanismi che si susseguono e si ripetono ciclicamente facendosi sempre più gravi, caratterizzando la cosiddetta spirale della violenza in cui la donna non ha la percezione di essere vittima. Il compagno violento agisce in modo tale da creare un clima di tensione e di isolamento che si realizza attraverso minacce, divieti, colpevolizzazione e denigrazione della donna. Questo è spiegato dalla “teoria del ciclo di violenza” (Leonore E. Walker), secondo cui esiste un ciclo di violenza a più fasi che prevede una escalation di prepotenze e sottomissione che definiscono la relazione di maltrattamento.

La normativa di riferimento.

- DGR 1513/2014 Regione Veneto
- DGR 188/2015 Regione Veneto
- Raccomandazioni per la donna vittima di violenza sessuale. Società SIGO AOGOI AGUI – luglio 2019
- Ministero della Salute: Linee guida nazionali per le Aziende Sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza – 16 marzo 2021
- Linee Guida CREU sulla Violenza di Genere

Presso l'Ospedale Pederzoli è stato definito il percorso diagnostico-terapeutico e assistenziale condiviso per la donna vittima di maltrattamenti, violenze o abusi (certi o sospetti) che afferisce al Pronto Soccorso, aggiornato secondo le linee guida nazionali e regionali, attraverso la *Procedura aziendale - PGS 86 per l'assistenza alla donna vittima di violenza sessuale*, revisionata nel corso del secondo trimestre del 2024.

I casi di sospetta violenza sessuale afferiti presso l'Ospedale sono in numero di cinque nel corso del 2023 ed in numero di sei nel 2024.

Grafico 31 - Età delle vittime di violenza (2023-2024).

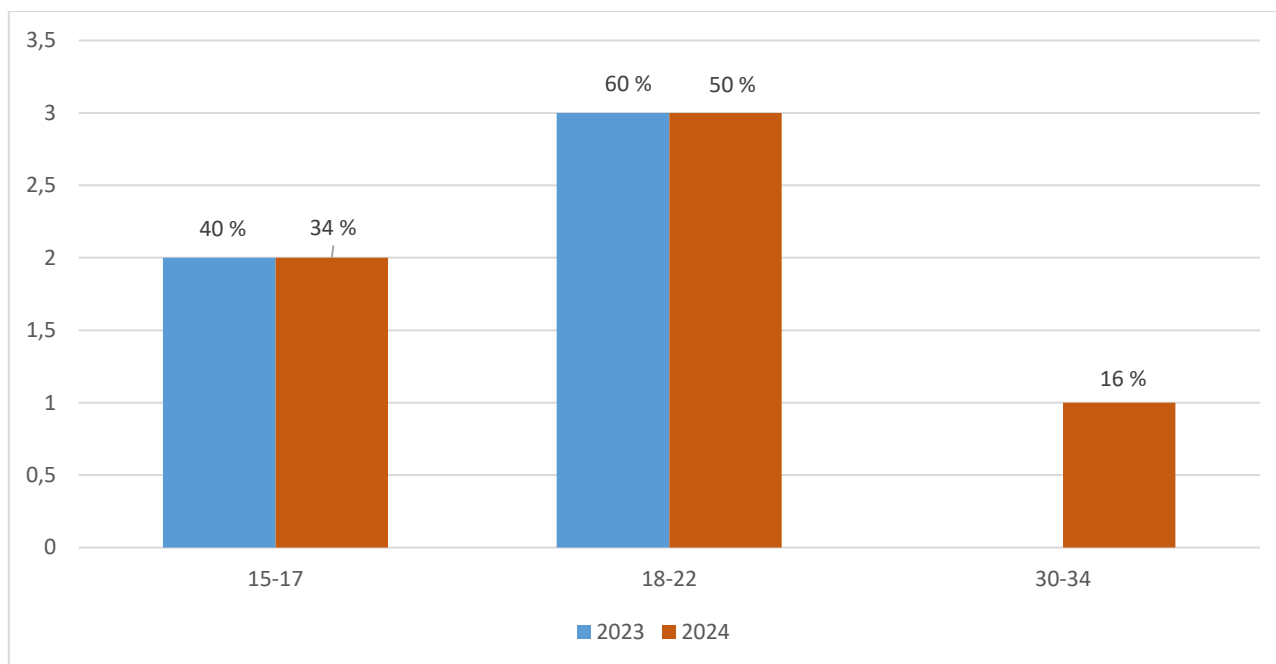
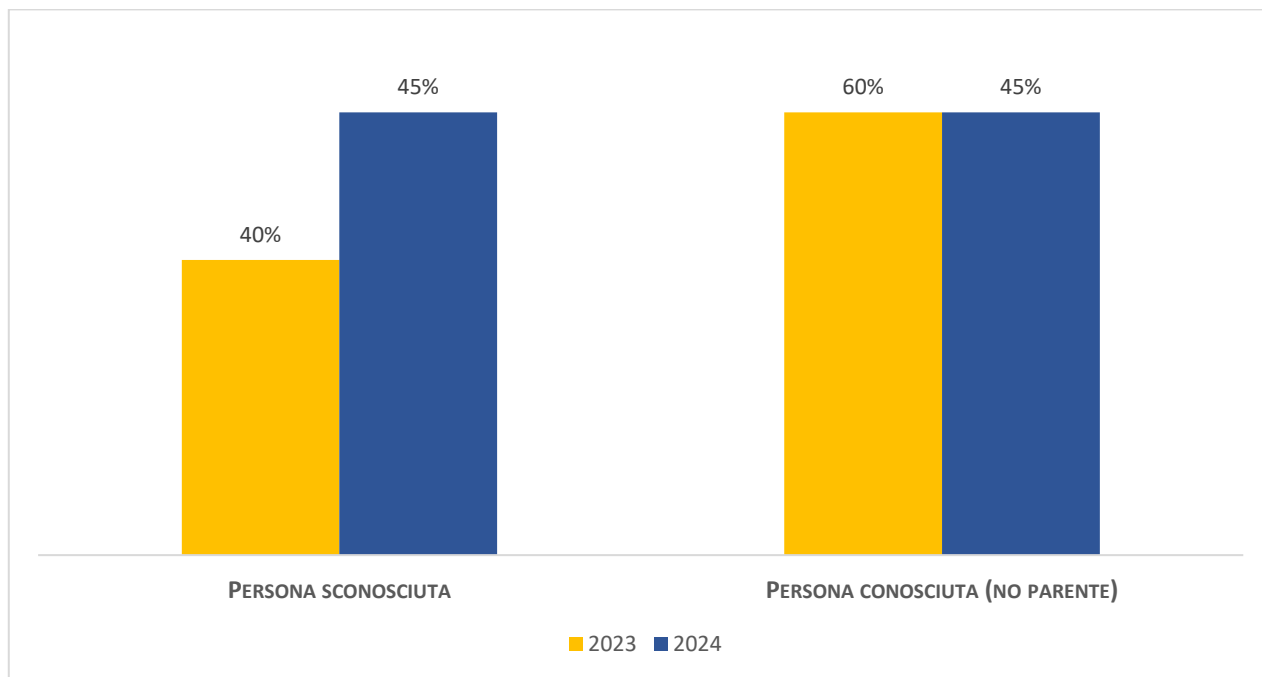


Grafico 32 - Autori degli episodi di violenza (2023-2024).



Conclusioni e progetti di miglioramento sulla violenza di genere

I progetti di miglioramento futuri riguardano l'implementazione di una procedura sanitaria sulla violenza di genere in una visione olistica, comprendendo gli aspetti relativamente alla violenza in toto, prevedendo un approccio integrato e multidisciplinare.

Inoltre, è fondamentale formare adeguatamente gli operatori sanitari e sociali per riconoscere e gestire i casi di violenza, garantendo un intervento tempestivo e efficace. Questi miglioramenti contribuiranno a creare un ambiente più sicuro e supportivo per le vittime di violenza di genere.

A partire dal 01 maggio 2024 l'ATS Ovest Veronese, in collaborazione con i servizi AULSS, ha dato avvio al LEPS (livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti sociali) attraverso il servizio di Pronto Intervento Sociale (P.I.S.) volto a garantire a livello territoriale interventi urgenti rivolti ad ogni area di emergenza sociale: famiglia, minori, anziani, senza dimora, immigrati, donne vittime di violenza.

Tale servizio, contribuisce a collaborare con gli operatori della realtà dell'Ospedale P. Pederzoli in riferimento ai casi di donne vittime di violenza sospette/accertate afferenti al Pronto Soccorso, intervenendo in emergenza e fornendo supporto multidimensionale includendo aiuto psicologico, sociale, economico e orientamento legale, per aiutarle a uscire dalla loro situazione.

In seguito, qualora ve ne fossero i requisiti, attraverso collaborazione con i servizi sociali territoriali orientano l'aiuto attraverso la fornitura di beni essenziali e l'accoglienza temporanea in strutture dedicate, in attesa dell'accesso a servizi più strutturati.

Raccomandazioni Ministeriali

Raccomandazioni Ministeriali	Procedura Aziendale
Raccomandazione Ministeriale n. 1 <i>Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio</i>	PGS 24 - Prescrizione e somministrazione della terapia
Raccomandazione Ministeriale n. 2 <i>Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico</i>	PS 11/SO - Procedura specifica per il conteggio sistematico delle garze e dei materiali chirurgici e per il controllo della loro integrità
Raccomandazione Ministeriale n. 3 <i>Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura</i>	PGS 39 – Percorso del paziente chirurgico da leggere
Raccomandazione Ministeriale n. 4 <i>Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale</i>	PGS 64 – Prevenzione del suicidio in ambito ospedaliero
Raccomandazione Ministeriale n. 5 <i>Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO</i>	PGS 06 – Emotrasfusioni e buon uso del sangue
Raccomandazione Ministeriale n. 6 <i>Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto</i>	PS 01/OST – Percorso gravidanza – parto PS 02/OST – Assistenza al travaglio fisiologico PS 03/OST – Travaglio di parto non fisiologico o in gravidanza non fisiologica PS 04/OST – Gestione dell'emorragia nel post partum PS 05/OST – Gestione della sepsi in ambito ostetrico PS 06/OST - Gestione dell'ipertensione gestazionale, della preeclampsia, dell'eclampsia, della HELLP Sindrome e della CID PS 07/OST - Minaccia di parto pretermine PS 09/OST Induzione al travaglio di parto PS 16/OST Gestione del trauma in gravidanza PS 26 – Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico PGS 62 – Taglio Cesareo Emergente
Raccomandazione Ministeriale n. 7 <i>Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica</i>	PGS 24 – Prescrizione e somministrazione della terapia PS 06/ONCO – Gestione della somministrazione delle terapie antitumorali
Raccomandazione Ministeriale n. 8 <i>Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari</i>	PGS 65 – Prevenzione degli atti di violenza su operatori
Raccomandazione Ministeriale n. 9 <i>Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali</i>	PGS 23 – Segnalazione di “incidente grave”, “sospetto incidente grave”, “incidente non grave”, “reclamo” derivanti l'utilizzo di dispositivo medico (DM).
Raccomandazione Ministeriale n. 10 <i>Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati</i>	PGS 24 – Prescrizione e somministrazione della terapia PS12/ONCO - Monitoraggio specifiche tossicità da farmaci antineoplastici, chemioterapico e a bersaglio molecolare

Raccomandazione Ministeriale n. 11 <i>Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)</i>	PGS 40 – Modalità di attivazione e gestione del trasporto secondario in ambulanza PS 22/TI – Trasporto intraospedaliero paziente critico PS 04/RFF - Trasporto intra-ospedaliero del paziente PS 12/NIDO – Trasporto neonato interno/esterno PS 02/SO - Trasporto degli operandi e operati IO 14/SO - Trasporto degli operandi e operati
Raccomandazione Ministeriale n. 12 <i>Prevenzione degli errori in terapia con farmaci “Look-alike/sound-alike”</i>	PGS 24 – Prescrizione e somministrazione della terapia
Raccomandazione Ministeriale n. 13 <i>Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie</i>	PGS 53 – Prevenzione delle cadute
Raccomandazione Ministeriale n. 14 <i>Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici</i>	PGS 24 – Prescrizione e somministrazione della terapia P01/UFA - Organizzazione e gestione delle risorse umane – codifica dell’UFA PS 01/LUNG Gestione della somministrazione di terapie antitumorali PS 03/ONCO - Immagazzinamento di farmaci antitumorali PS 06/ONCO – Gestione della somministrazione delle terapie antitumorali
Raccomandazione Ministeriale n. 15 <i>Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all’interno del Pronto soccorso</i>	PS 26 – Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico IO 05/PS Identificazione e assegnazione del codice di priorità al triage – valutare per aggiornamento
Raccomandazione Ministeriale n. 16 <i>Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita</i>	PS 01/OST - Percorso gravidanza – parto
Raccomandazione Ministeriale n. 17 <i>Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica</i>	PGS 24 – Prescrizione e somministrazione della terapia
Raccomandazione Ministeriale n. 18 <i>Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all’uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli</i>	PGS 24 – Prescrizione e somministrazione della terapia
Raccomandazione Ministeriale n. 19 <i>Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide</i>	PGS 24 – Prescrizione e somministrazione della terapia

L'IGIENE OSPEDALIERA E LA SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

Attualmente, all'interno dell'Ospedale P. Pederzoli sono attivi diversi sistemi di sorveglianza. Questi strumenti consentono di valutare l'applicazione delle strategie di prevenzione, identificare eventuali criticità e promuovere interventi mirati per migliorare la sicurezza dei pazienti.

- **Sorveglianza del consumo di soluzione idroalcolica:** analisi semestrale dei dati relativi all'utilizzo di gel idroalcolico per l'igiene delle mani, come indicatore indiretto dell'aderenza alle buone pratiche di prevenzione delle infezioni ospedaliere;
- **Sorveglianza dei microrganismi sentinella:** monitoraggio continuo con analisi semestrale dell'incidenza e diffusione di patogeni multi-resistenti (MDR) e microrganismi ad alto impatto clinico ed epidemiologico, come *Enterobacterales* produttori di ESBL, CRE, *Staphylococcus aureus* resistente alla meticillina (MRSA) e *Clostridioides difficile*;
- **Sorveglianza del consumo di antibiotici:** analisi semestrale del consumo di antibiotici espressa in DDD/100 giornate di degenza, con particolare attenzione ai farmaci ad alto impatto ecologico, in linea con la classificazione *AWARE* dell'OMS;
- **Sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza:** sistema di sorveglianza delle infezioni correlate al catetere venoso centrale (CVC) e sistema di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (ISC), mediante segnalazione informatizzata, per il monitoraggio integrato con il controllo microbiologico e l'analisi semestrale dei dati epidemiologici;
- **Sorveglianza ambientale delle acque:** analisi trimestrale delle acque per la sorveglianza della *Legionella*, come da DVR aziendale, e analisi quadrimestrale delle acque e delle superfici dei filtri rompigitto per la sorveglianza dei microrganismi contaminanti nei reparti ad alto rischio.
- **Sorveglianza alimentare:** analisi mensile degli ambienti destinati alla manipolazione degli alimenti e analisi degli alimenti stessi, attraverso campionamenti microbiologici e audit interni ai locali di cucina e bar.

L'analisi dei dati provenienti da tali sistemi viene discussa periodicamente in sede di CIO, permettendo di valutare l'efficacia delle misure di prevenzione adottate e di individuare eventuali interventi correttivi per migliorare la gestione del rischio infettivo.

Sorveglianza del consumo di soluzione idroalcolica

Il corretto lavaggio delle mani è riconosciuto in letteratura come la principale azione da compiere per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza. L'Ospedale P. Pederzoli si impegna a rafforzare le attività di monitoraggio delle buone pratiche, in linea con gli obiettivi dell'ISS. La Sorveglianza Nazionale del Consumo di Soluzione Idroalcolica si classifica come metodo indiretto per il monitoraggio dell'igiene delle mani, ma il *gold standard* rimane l'osservazione diretta dell'attività di igiene delle mani degli operatori sanitari.

Alla luce dei risultati sui consumi di gel idroalcolico delle Unità Operative e Servizi aziendali, viene proposto di ricostituire l'osservatorio dell'igiene delle mani, coinvolgendo i Referenti Qualità delle

UU.OO. come osservatori e rafforzando il focus dell'igiene delle mani all'interno dei corsi di formazione sulle ICA.

Sorveglianza dei microrganismi sentinella

Come da indicazione della DGR 1402/2019, i dati relativi ai microrganismi sentinella sono inviati ad Azienda Zero, con cadenza mensile, mediante la compilazione di un database dedicato.

Di seguito i microrganismi analizzati in dettaglio nel report semestrale, con gli indicatori utilizzati per il monitoraggio.

I campioni clinici si riferiscono a: Emocolture, Tamponi cutanei (da ulcera, da ferita), escreti, broncoaspirati, drenaggi addominali, punta di catetere vascolare, urina (mitto intermedio, catetere vescicale), liquor, liquido sinoviale, liquido pleurico, materiale intraoperatorio (comprese le biopsie ossee).

Microrganismi gram negativi			
Microrganismo	Antibiotico monitorizzato	Emocolture	Campioni clinici
<i>Enterobacterales</i>	Cefotaxime	N. di isolati resistenti alle cefalosporine di 3° generazione da emocolture per 10000 giornate di degenza	N. di isolati resistenti alle cefalosporine di 3° generazione per 10000 giornate di degenza % isolati resistenti alle cefalosporine di 3° generazione sul totale di isolati di <i>Enterobacterales</i>
	Meropenem	N. di isolati resistenti ai carbapenemi da emocolture per 10000 giornate di degenza % di isolati resistenti ai carbapenemi da emocolture/totale <i>Enterobacterales</i> in emocolture	N. di isolati resistenti ai carbapenemi per 10000 giornate di degenza % isolati resistenti ai carbapenemi sul totale di isolati di <i>Enterobacterales</i>
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Meropenem	N. di isolati resistenti ai carbapenemi da emocolture per 10000 giornate di degenza % di isolati resistenti ai carbapenemi da emocolture/totale <i>Enterobacterales</i> in emocolture	N. di isolati resistenti ai carbapenemi per 10000 giornate di degenza % isolati resistenti ai carbapenemi sul totale di isolati di <i>Enterobacterales</i>
<i>Acinetobacter baumannii</i>	Meropenem	N. di isolati resistenti ai carbapenemi da emocolture per 10000 giornate di degenza % di isolati resistenti ai carbapenemi da	N. di isolati resistenti ai carbapenemi per 10000 giornate di degenza % isolati resistenti ai carbapenemi sul totale di isolati di

		emocolture/totale <i>Enterobacterales</i> in emocolture	<i>Enterobacterales</i>
--	--	---	-------------------------

Microrganismi gram positivi			
Microrganismo	Antibiotico monitorizzato	Emocolture	Campioni clinici
<i>Staphylococcus aureus</i>	Oxacillina	N. di isolati di MRSA da emocolture per 10000 giornate di degenza	N. di isolati di MRSA per 10000 giornate di degenza % isolati Oxacillina resistenti (MRSA) sul totale di isolati di <i>Staphylococcus aureus</i>
<i>Enterococcus faecium</i>	Vancomicina	N. di isolati di VRE da emocolture per 10000 giornate di degenza	N. di isolati di VRE isolati da per 10000 giornate di degenza % isolati Vancomicina resistenti (VRE) sul totale di isolati di <i>Enterococcus faecium</i>

<i>Clostridium difficile</i>	Numero di pazienti positivi alla ricerca del <i>Clostridium difficile</i> su feci per 10000 giornate di degenza.
------------------------------	--

Enterobacterales resistenti alle Cefalosporine di terza generazione

Nel periodo in esame la frequenza della resistenza alle Cefalosporine di terza generazione (estrapolata sulla base della resistenza al Cefotaxime) in ceppi di *Enterobacterales* (*Klebsiella spp.*, *Escherichia spp.*, *Proteus spp.*, *Serratia spp.*, *Citrobacter spp.*, *Enterobacter spp.*, *Morganella spp.*, *Hafnia spp.*) **isolati da emocolture** (frequenza sul totale di ceppi di *Enterobacterales* isolati da emocolture) è risultata pari a:

Emocolture	2021		2022		2023		2024	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Klebsiella pneumoniae</i>								
R	10	23%	8	24%	18	24%	12	23%
S/I	33	77%	26	76%	58	76%	41	77%
<i>Escherichia coli</i>								
R	17	15%	13	15%	23	20%	17	15%
S/I	96	85%	71	85%	90	80%	94	85%
Altre <i>Enterobacterales</i>								
R	7	19%	12	19%	26	28%	13	18%
S/I	30	81%	52	81%	66	72%	60	82%

Nel periodo in esame la frequenza della resistenza alle Cefalosporine di terza generazione (estrapolata sulla base della resistenza al Cefotaxime) in ceppi di *Enterobacterales* (*Klebsiella spp.*, *Escherichia spp.*, *Proteus spp.*, *Serratia spp.*, *Citrobacter spp.*, *Enterobacter spp.*, *Morganella spp.*, *Hafnia spp.*)

isolati da tutti i campioni clinici (frequenza sul totale di ceppi di *Enterobacterales* isolati da tutti i materiali in esame) è risultata pari a:

Campioni clinici	2021		2022		2023		2024	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Escherichia coli</i>								
R	92	20%	66	18%	110	21%	85	16%
S/I	357	80%	311	82%	417	79%	435	84%
<i>Klebsiella pneumoniae</i>								
R	43	24%	51	31%	72	30%	61	26%
S/I	139	76%	111	69%	165	70%	177	74%
Altre <i>Enterobacterales</i>								
R	74	17%	94	24%	97	19%	99	16%
S/I	351	83%	301	76%	417	81%	503	84%

Di seguito sono riportati il numero di ceppi di *Enterobacterales* resistenti al Cefotaxime su 10.000 giornate di degenza.

Emocolture	2021	2022	2023	2024
<i>Escherichia coli</i>	2,1	1,7	2,9	2,1
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	1,3	1,0	2,3	1,5
Altre <i>Enterobacterales</i>	0,9	1,5	3,3	1,6

Campioni clinici	2021	2022	2023	2024
<i>Escherichia coli</i>	11,59	11,21	20,35	16,31
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	5,42	7,60	10,05	9,37
Altre <i>Enterobacterales</i>	9,32	13,79	16,08	16,43

Enterobacterales resistenti ai Carbapenemi

Nel periodo in esame la frequenza della resistenza ai Carbapenemi (estrapolata sulla base della resistenza al Meropenem) in ceppi di *Enterobacterales* (*Klebsiella spp.*, *Escherichia spp.*, *Proteus spp.*, *Serratia spp.*, *Citrobacter spp.*, *Enterobacter spp.*, *Morganella spp.*, *Hafnia spp.*) **isolati da emocolture** (frequenza sul totale di ceppi di *Enterobacterales* isolati da emocolture) è risultata pari a:

Emocolture	2021		2022		2023		2024	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Escherichia coli</i>								
S/I	113	100%	84	100%	113	100%	111	100%
<i>Klebsiella pneumoniae</i>								
R	9	21%	6	18%	17	22%	5	9%
S/I	34	79%	28	82%	59	78%	48	91%
Altre <i>Enterobacterales</i>								
R	1	3%	0	0%	0	0%	0	0%
S/I	36	97%	64	100%	92	100%	74	100%

Nel periodo in esame la frequenza della resistenza ai Carbapenemi (estrapolata sulla base della resistenza al Meropenem) in ceppi di *Enterobacterales* (*Klebsiella spp.*, *Escherichia spp.*, *Proteus spp.*, *Serratia spp.*, *Citrobacter spp.*, *Enterobacter spp.*, *Morganella spp.*, *Hafnia spp.*) **isolati da tutti i campioni clinici** (frequenza sul totale di ceppi di *Enterobacterales* isolati da tutti i materiali in esame) è risultata pari a:

Campioni clinici	2021		2022		2023		2024	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Escherichia coli</i>								
R	1	0%	0	0%	0	0%	1	0%
S	449	100%	377	100%	528	100%	523	100%
<i>Klebsiella pneumoniae</i>								
R	26	14%	22	14%	48	20%	23	10%
S	156	86%	138	86%	187	80%	212	90%
Altre <i>Enterobacterales</i>								
R	2	0%	2	1%	0	0%	0	0%
S	424	100%	390	99%	516	100%	601	100%

Di seguito sono riportati il numero di ceppi di *Enterobacterales* resistenti a Meropenem su 10.000 giornate di degenza.

Emocolture	2021	2022	2023	2024
<i>Escherichia coli</i>	0	0	0	0
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	1,13	0,77	2,14	0,61
Altre <i>Enterobacterales</i>	0,13	0,00	0,00	0,00

Campioni clinici	2021	2022	2023	2024
<i>Escherichia coli</i>	0,1	0,0	0,0	0,1
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	3,3	2,8	6,0	2,8
Altre <i>Enterobacterales</i>	0,3	0,3	0,0	0,0

Pseudomonas aeruginosa resistente ai Carbapenemi

Nel periodo in esame la frequenza di resistenza ai Carbapenemi (estrapolata sulla base della resistenza al Meropenem) a Ceftazidime e Piperacillina/Tazobactam in ceppi di *P. aeruginosa* **isolati da emocolture** (frequenza sul totale dei ceppi di *P. aeruginosa* isolati) è risultata pari a:

Emocolture	2021		2022		2023		2024	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Meropenem								
R	6	67%	0	0%	1	3%	0	0%
S/I	3	33%	4	100%	28	97%	31	100%
Ceftazidime								
R	3	33%	0	0%	3	10%	0	0%
S/I	6	67%	4	100%	26	90%	31	100%
Piperacillina/Tazobactam								
R	6	67%	0	0%	3	10%	1	3%
S/I	3	33%	4	100%	26	90%	30	97%

Nel periodo in esame la frequenza di resistenza ai Carbapenemi (estrapolata sulla base della resistenza al Meropenem) a Ceftazidime e Piperacillina/Tazobactam in ceppi di *P. aeruginosa* **isolati da tutti i campioni clinici** (frequenza sul totale dei ceppi di *P. aeruginosa* isolati) è risultata pari a:

Campioni clinici	2021		2022		2023		2024	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Meropenem								
R	6	67%	0	0%	1	3%	0	0%
S/I	3	33%	4	100%	28	97%	31	100%
Ceftazidime								
R	3	33%	0	0%	3	10%	0	0%
S/I	6	67%	4	100%	26	90%	31	100%
Piperacillina/tazobactam								
R	6	67%	0	0%	3	10%	1	3%
S/I	3	33%	4	100%	26	90%	30	97%

Di seguito sono riportati il numero di ceppi di *P. aeruginosa* resistenti a Meropenem, Ceftazidime e Piperacillina/Tazobactam su 10.000 giornate di degenza.

Emocolture	2021	2022	2023	2024
Meropenem	0,76	0	0,13	0,00
Ceftazidime	0,38	0	0,38	0,00
Piperacillina/Tazobactam	0,76	0	0,38	0,12

Campioni clinici	2021	2022	2023	2024
Meropenem	1,89	1,42	0,50	1,46
Ceftazidime	2,14	3,87	2,64	4,62
Piperacillina/Tazobactam	3,65	5,54	5,78	6,94

Acinetobacter baumannii resistente ai Carbapenemi

Nel periodo in esame la frequenza della resistenza ai Carbapenemi (estrapolata sulla base della resistenza al Meropenem) in ceppi di *Acinetobacter baumannii* isolati da tutti i campioni clinici (frequenza sul totale dei ceppi di isolati) è risultato pari a:

Campioni clinici	2021		2022		2023		2024	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Meropenem								
R	3	50%	3	27%	4	33%	2	20%
S/I	3	50%	8	73%	8	67%	8	80%

Nel periodo in esame non sono stati isolati ceppi di *Acinetobacter baumannii* con resistenza ai Carbapenemi (estrapolata sulla base della resistenza al Meropenem) da emocolture.

Di seguito sono riportati il numero di ceppi di *Acinetobacter baumannii* resistenti a Meropenem su 10.000 giornate di degenza.

Campioni clinici	2021	2022	2023	2024
Meropenem	0,38	0,39	0,50	0,24

Staphylococcus aureus resistente alla Meticillina

Nel periodo in esame la frequenza della Meticillino-resistenza (estrapolata sulla base della resistenza all'Oxacillina) in ceppi di *S. aureus* isolati da emocolture (frequenza sul totale dei ceppi di *S. aureus* isolati) è risultata pari a:

Emocolture	2021		2022		2023		2024	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Oxacillina								
R	13	23%	8	17%	8	11%	25	32%
S/I	43	77%	40	83%	63	89%	54	68%

Nel periodo in esame la frequenza della Meticillino-resistenza (estrapolata sulla base della resistenza all'Oxacillina) in ceppi di *S. aureus* isolati da tutti i campioni clinici (frequenza sul totale dei ceppi di *S. aureus* isolati) è risultata pari a:

Campioni clinici	2021		2022		2023		2024	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Oxacillina								
R	94	31%	73	23%	71	17%	102	21%
S/I	212	69%	244	77%	350	83%	380	79%

Di seguito sono riportati il numero di ceppi di resistenti a ceppi di *S. aureus* resistenti alla Meticillina (estrapolata sulla base della resistenza all'Oxacillina) su 10.000 giornate di degenza.

Emocolture	2021	2022	2023	2024
Oxacillina R	1,64	1,03	1,01	3,04

Campioni Clinici	2021	2022	2023	2024
Oxacillina R	11,84	9,41	8,92	12,41

Enterococcus faecium resistente alla Vancomicina

Nel periodo in esame la frequenza della resistenza alla Vancomicina in ceppi di *E. faecium* isolati da emocolture (frequenza sul totale dei ceppi di *E. faecium* isolati) è risultata pari a:

Emocolture	2021		2022		2023		2024	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Vancomicina								
R	9	50%	3	17%	0	0%	9	32%
S/I	9	50%	15	83%	10	100%	19	68%

Nel periodo in esame la frequenza della resistenza alla Vancomicina in ceppi di *E. faecium* isolati da tutti i campioni clinici (frequenza sul totale dei ceppi di *E. faecium* isolati) è risultata pari a:

Campioni Clinici	2021		2022		2023		2024	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Vancomicina								
R	16	16%	8	11%	5	7%	22	18%
S	87	84%	66	89%	64	93%	99	82%

Di seguito sono riportati il numero di ceppi di *E. faecium* resistenti alla Vancomicina su 10.000 giornate di degenza.

Emocolture	2021	2022	2023	2024
Vancomicina	1,13	0,39	0	1,10

Campioni clinici	2021	2022	2023	2024
Vancomicina	2,02	1,03	0,63	2,80

Clostridium difficile

Di seguito viene riportata l'incidenza di positività della ricerca del *Clostridium difficile* su feci per 10.000 giornate di degenza.

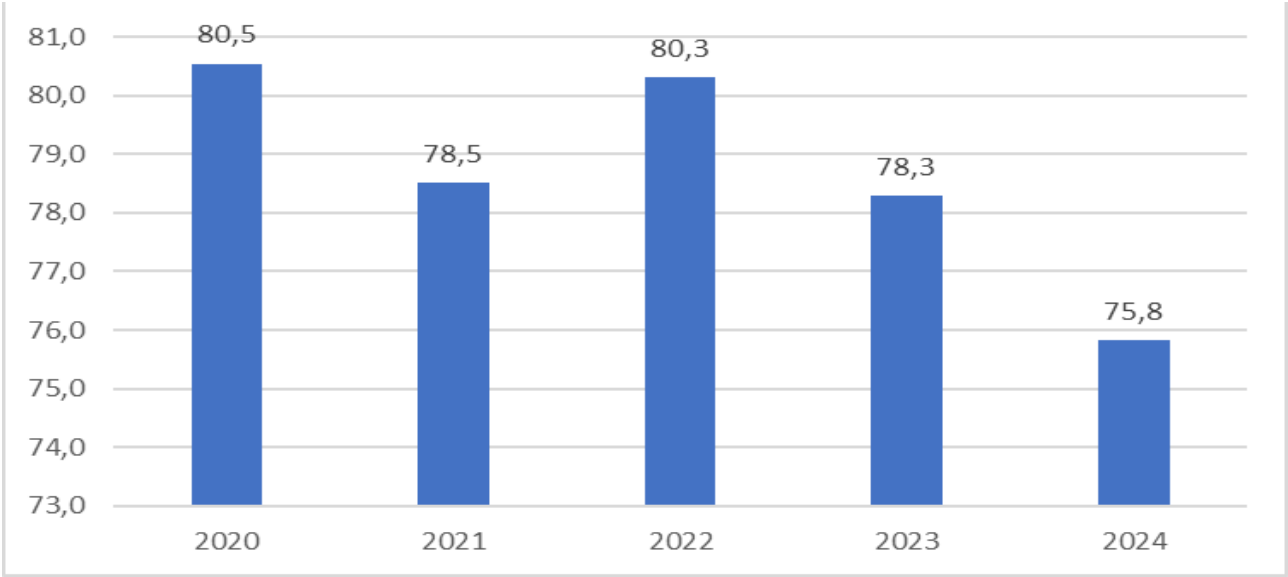
<i>Clostridium difficile</i>	2021	2022	2023	2024
Numero di pazienti positivi	9	14	21	6
Numero di pazienti per 10.000 gg di degenza	1,13	1,80	2,64	0,73

Sorveglianza del consumo di antibiotici

Il consumo di antibiotici all'interno della struttura è analizzato utilizzando il parametro delle DDD (*Defined Daily Dose*) per 100 giornate di degenza, calcolate secondo le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Questo metodo standardizzato consente di confrontare i dati di consumo tra diversi reparti e nel tempo, offrendo una misura oggettiva dell'uso degli antibiotici.

Gli antibiotici sono suddivisi in base alla classificazione ATC (*Anatomical Therapeutic Chemical Classification System*), permettendo un'analisi strutturata per categorie terapeutiche.

Consumo di antibiotici in DDD/100 giornate di degenza, periodo 2020-2024.



Nella tabella sottostante è riportato l'andamento del consumo di antibiotici, espresso in DDD/100 giornate di degenza, suddiviso per principio attivo. Sono inclusi gli antibiotici più rilevanti dal punto di vista dell'impatto ecologico, il cui utilizzo è particolarmente monitorato nell'ambito delle strategie di *antimicrobial stewardship*. L'analisi dei dati consente di valutare le variazioni nei consumi nel tempo e di individuare eventuali tendenze critiche che richiedono interventi mirati per ottimizzare l'uso degli antimicrobici.

Principio attivo	2022	2023	2024
Amoxicillina e inibitore delle Beta-Lattamasi	30,1	32,6	29,5
Piperacillina e inibitore delle Beta-Lattamasi	7,2	8,2	9,5
Ceftriaxone	3,0	4,0	4,3
Ceftazidima	0,5	0,8	0,6
Cefepima	0,0	0,3	0,5
Meropenem	2,0	1,0	0,9
Ertapenem	0,1	0,2	0,3
Ceftazidima e inibitore delle Beta-Lattamasi	0,1	0,1	0,0
Ceftolozano e inibitore delle Beta-Lattamasi	0,0	0,004	0,02

Tigeciclina	0,6	0,3	0,4
Levofloxacin	1,3	2,2	1,8
Ciprofloxacina	3,0	2,9	3,4
Sulfametoxazolo e Trimetoprim	1,1	1,4	1,6
Azitromicina	2,4	2,5	4,7
Claritromicina	0,6	1,2	2,1
Vancomicina	0,7	1,5	1,0
Teicoplanina	1,1	1,6	1,6
Linezolid	2,1	2,0	1,9
Daptomicina	0,0	0,3	0,2
Fluconazolo	3,6	4,8	4,6
Caspofungina	0,2	0,3	0,2

I dati dettagliati sulla suddivisione del consumo di antibiotici per reparto non sono riportati in questa relazione per ragioni di sintesi. Tuttavia, tali dati sono disponibili e vengono regolarmente monitorati e discussi con cadenza semestrale in sede di CIO, al fine di valutare l'appropriatezza prescrittiva nei singoli reparti e individuare eventuali criticità che richiedano interventi correttivi nell'ambito delle strategie di buon utilizzo degli antibiotici.

I dati sul consumo di antibiotici all'interno dell'ospedale vengono confrontati con i rapporti pubblicati da AIFA riguardanti l'uso degli antimicrobici a livello nazionale e nelle diverse aree geografiche, inclusa quella del Nord Italia. Questo confronto consente di contestualizzare i consumi ospedalieri, valutando eventuali scostamenti rispetto ai trend nazionali e regionali e identificando aree di miglioramento nella gestione delle terapie antibiotiche.

Ultimo rapporto AIFA disponibile:

https://www.aifa.gov.it/documents/20142/2444801/Rapporto_Antibiotici_2022.pdf

Scheda di richiesta motivata per antibiotici ad alto impatto

A partire da gennaio 2023, è stata introdotta una scheda di richiesta motivata per la prescrizione di antibiotici ad alto impatto ecologico, inizialmente in formato cartaceo e successivamente in formato elettronico. Questo strumento è stato implementato per garantire un maggiore controllo sull'uso di antibiotici critici, in assenza di un sistema di terapia informatizzata all'interno della struttura.

Il sistema si basa sul principio di una prescrizione giustificata e monitorata, in linea con la classificazione *AWARE* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che suddivide gli antibiotici in *Access*, *Watch* e *Reserve*, evidenziando quelli da utilizzare con maggiore cautela per ridurre il rischio di antimicrobico-resistenza.

L'introduzione della scheda ha permesso di migliorare la sorveglianza sulle prescrizioni, promuovendo un uso più razionale e appropriato di questi farmaci, in un'ottica di *antimicrobial stewardship* e di tutela dell'ecosistema microbiologico ospedaliero.

Scheda per la richiesta motivata per antibiotici ad alto impatto.

ANTIBIOTICI CHE NECESSITANO PRESCRIZIONE INFETTIVOLOGICA	
ANTIBIOTICO	POSOLOGIA
☐ Daptomicina	
☐ Fosfomicina fiale	
☐ Colistina	
☐ Tigeciclina	
☐ Caspofungina	
☐ Amfotericina B liposomiale	
☐ Voriconazolo - ☐ compresse ☐ fiale	

ANTIBIOTICI A PRESCRIZIONE CONTROLLATA	
Non necessaria consulenza infettivologica MA sottoposti a verifica periodica della appropriatezza prescrittiva	
ANTIBIOTICO	POSOLOGIA
☐ Meropenem	
☐ Ertapenem - ☐ profilassi chirurgica ☐ terapia	
☐ Linezolid - ☐ fiale ☐ compresse	

FIRMA MEDICO COMPILATORE _____

PARTE RISERVATA ALLA FARMACIA:	
Si consegnano _____ Flaconi/capsule	Data _____
Firma del farmacista _____	

Sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)

Per ottimizzare l'identificazione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), presso l'Ospedale P. Pederzoli è stato implementato un sistema informatizzato di sorveglianza integrato per le infezioni correlate ai cateteri venosi centrali (CVC) e per le infezioni del sito chirurgico (ISC). Tale sistema è basato su una raccolta strutturata di segnalazioni provenienti dai reparti e dai servizi e su un'analisi incrociata dei dati microbiologici e clinici.

Scheda per la segnalazione delle ICA.

[illegible]

Sorveglianza delle infezioni correlate ai cateteri venosi centrali (CVC)

A partire da settembre 2024, è stato implementato un sistema di sorveglianza prospettico dedicato al monitoraggio delle infezioni correlate ai cateteri venosi centrali (CVC), con l'obiettivo di migliorare la diagnosi precoce, ottimizzare la gestione terapeutica e raccogliere dati epidemiologici utili per la prevenzione.

Il sistema si basa su un doppio livello di segnalazione e revisione clinica. Da un lato i reparti ospedalieri segnalano i casi sospetti di infezione CVC-correlata, dall'altro il medico infettivologo effettua una revisione sistematica di tutte le emocolture positive. Questa valutazione si concentra su:

- Il numero di emocolture positive;
- I tempi di positivizzazione;
- Il tipo di microrganismo isolato.

Sulla base di questi parametri, i casi con sospetta infezione CVC-correlata vengono valutati direttamente in reparto dall'infettivologo, che approfondisce il quadro clinico, verifica la gestione del dispositivo e suggerisce strategie terapeutiche appropriate.

Un elemento chiave del progetto è la creazione di un database di sorveglianza, in cui vengono registrate tutte le informazioni rilevanti per il monitoraggio delle infezioni CVC-correlate. Questo strumento consente di analizzare l'incidenza e i trend epidemiologici e valutare l'efficacia delle strategie preventive adottate.

Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (ISC): un sistema di monitoraggio integrato

Per migliorare l'identificazione e il controllo delle infezioni del sito chirurgico (ISC), è stato implementato un sistema di sorveglianza integrato, basato su una raccolta strutturata di segnalazioni e su un'analisi incrociata dei dati microbiologici e clinici.

Il sistema prevede tre principali modalità di identificazione delle ISC:

1. **Segnalazione diretta dai reparti:** i medici e gli infermieri segnalano i casi sospetti di infezione del sito chirurgico tramite la **compilazione di un modulo informatizzato**, che raccoglie dati clinici, microbiologici e terapeutici. Questa modalità permette una rilevazione tempestiva dei casi e una gestione più strutturata dell'informazione. Per ogni **Unità Operativa (UO)** dell'ospedale sono stati identificati **referenti dedicati**, sia **medici** che **infermieri**, incaricati della compilazione della scheda. Tutte le segnalazioni vengono poi revisionate dal Servizio di Malattie Infettive. L'uso corretto dello strumento è stato oggetto di un'**istruzione operativa dedicata**, condivisa e discussa con i professionisti coinvolti durante una **sessione formativa specifica**. Nell'immagine sottostante viene riportata l'interfaccia grafica principale della suddetta scheda informatizzata per la segnalazione dell'infezione del sito chirurgico.

[illegible]

2. **Identificazione diretta da parte del Servizio di Malattie Infettive:** nell'ambito dell'attività clinica e consulenziale, gli infettivologi individuano ulteriori **casi di ISC non segnalati**, contribuendo ad ampliare la sensibilità del sistema di sorveglianza.
3. **Analisi incrociata di dati microbiologici e SDO:** è stato sviluppato un **database integrato** che combina le infezioni microbiologicamente confermate con le **Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)**. Questo sistema consente di **incrociare i dati microbiologici** con l'elenco dei pazienti sottoposti a interventi chirurgici ritenuti **prioritari per la sorveglianza**, tra cui:
 - Protesi di ginocchio e anca;
 - Colectomie (oncologiche);
 - Cistectomie;
 - Pancreasectomie;
 - Prostatectomie;
 - Taglio cesareo;
 - Impianti mammari;
 - Impianti di dispositivi cardiaci;
 - Artrodesi colonna.

L'integrazione di questi tre livelli di monitoraggio permette di aumentare la capacità di rilevazione delle ISC, fornendo una visione più completa dell'epidemiologia ospedaliera. Il database di sorveglianza consente inoltre di analizzare trend epidemiologici, fattori di rischio e impatto delle strategie preventive, contribuendo al miglioramento della gestione delle infezioni post-operatorie e alla definizione di interventi mirati per la riduzione del rischio infettivo.

Dati sulle infezioni del sito chirurgico: confronto 2023 vs 2022

Di seguito vengono presentati i dati relativi alle infezioni del sito chirurgico (ISC) per l'anno 2023, con un confronto rispetto al 2022, al fine di valutare l'andamento epidemiologico. Questi dati sono stati presentati e discussi in sede di CICAS, consentendo un'analisi approfondita delle criticità emerse

e delle strategie di miglioramento da implementare. I dati del 2024 sono attualmente in fase di raccolta ed elaborazione e saranno presentati al più presto per un aggiornamento sulla situazione.

INTERVENTO	2022		2023	
	NUMERO INTERVENTI	INFEZIONI SITO CHIRURGICO	NUMERO INTERVENTI	INFEZIONI SITO CHIRURGICO
PANCREASECTOMIA	171	32 18,71%	160	32 20%
COLECTOMIE (ONCOLOGICHE)	42	3 7,14%	57	4 7,02%
PROSTATECTOMIE	426	6 1,41%	396	8 2,02%
CISTECTOMIE	47	7 14,89%	55	5 9,09%
TAGLIO CESAREO	318	3 1,00%	318	6 1,89%
ARTRODESI COLONNA	155	2 1,29%	182	7 3,85%
PTA	401	3 0,75%	481	9 1,87%
PTG	399	2 0,50%	428	5 1,17%
PROTESI/ESPANSORE MAMMARIO	179	3 1,68%	162	4 2,47%
DISPOSITIVI CARDIACI (IMPIANTO/SOSTITUZIONE)	332	9 2,71%	361	5 1,39%

Prevenzione dell’infezione del sito chirurgico

Screening e strategie per la prevenzione delle infezioni in chirurgia spinale

A partire da aprile 2024, è stato introdotto un protocollo di screening e decolonizzazione preoperatoria per i pazienti candidati a interventi di chirurgia spinale, con l’obiettivo di ridurre il rischio di infezioni post-operatorie sostenute da *Staphylococcus aureus*. Tutti i pazienti vengono sottoposti a tampone nasale in fase di prericovero e, in caso di positività, seguono un protocollo di decolonizzazione con Mupirocina nasale per cinque giorni associata a docce con Clorexidina. L’introduzione di questa strategia ha portato a una significativa riduzione delle infezioni del sito chirurgico nelle artrodesi di colonna causate da *Staphylococcus aureus*. L’implementazione del protocollo ha migliorato la sicurezza perioperatoria, contribuendo a ridurre le complicanze infettive e la necessità di revisioni chirurgiche dovute a infezioni protesiche o spinali.

Oltre a questa strategia, sono stati introdotti ulteriori accorgimenti per ridurre l’incidenza delle infezioni in chirurgia spinale. È stato rafforzato il protocollo riguardante l’importanza della doccia preoperatoria, standardizzate le indicazioni per la non esecuzione della tricotomia e implementata la detersione della schiena del paziente prima dell’ingresso in sala operatoria.

Cambio schema di profilassi antibiotica in Ginecologia

Nel corso del 2024 è stato rivisto lo schema di profilassi antibiotica per gli interventi chirurgici ginecologici. Tale revisione si è resa necessaria per uniformare le strategie di profilassi adottate nei diversi ambiti chirurgici dell’ospedale.

Dopo un’analisi delle pratiche in uso, è stata decisa l’eliminazione della Piperacillina dagli schemi profilattici precedentemente utilizzati. Al suo posto, a seconda della tipologia di intervento, sono state introdotte Cefazolina o Amoxicillina/Acido Clavulanico, garantendo una copertura adeguata nei confronti dei patogeni più frequentemente implicati nelle infezioni post-operatorie.

Questa modifica si inserisce in una strategia più ampia di razionalizzazione delle prescrizioni antibiotiche all’interno dell’ospedale. L’allineamento con le altre discipline chirurgiche consente inoltre una maggiore uniformità nella gestione della profilassi perioperatoria.

Progetto di miglioramento sulle infezioni del sito chirurgico

In conformità alle indicazioni del Servizio Epidemiologico Regionale, l'Ospedale P. Pederzoli prenderà parte al progetto di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (ISC) promosso dalla Regione Veneto, con un focus specifico sugli interventi di protesi di anca e di ginocchio.

Lo studio verrà condotto seguendo il protocollo "Sorveglianza nazionale delle infezioni del sito chirurgico (SNICH2) e indicatori di prevenzione negli ospedali" (versione 1.0 – 12 ottobre 2022), redatto dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS). L'obiettivo del progetto è monitorare l'incidenza delle ISC negli interventi ortopedici di maggiore rilevanza, analizzare i fattori di rischio e valutare l'efficacia delle misure di prevenzione adottate nelle strutture sanitarie della Regione Veneto.

Il sistema di sorveglianza prevede la raccolta strutturata di dati epidemiologici e clinici relativi alle infezioni del sito chirurgico, registrati per un periodo di tre mesi consecutivi, con un follow-up di 90 giorni per ogni paziente sottoposto a intervento di protesi d'anca o di ginocchio. Al termine del periodo di monitoraggio, i dati raccolti saranno inviati alla Regione Veneto, che li utilizzerà per la stesura di un report di sorveglianza regionale.

Questo sistema consentirà di ottenere una panoramica dettagliata dell'incidenza delle infezioni post-operatorie in chirurgia protesica ortopedica e permetterà un confronto con il sistema di sorveglianza interno dell'ospedale sulle infezioni del sito chirurgico, fornendo un'analisi integrata utile per affinare le strategie di prevenzione e controllo.

Sorveglianza ambientale delle acque

Si descrivono di seguito le attività svolte dalla ditta Lachiver Alimenti S.r.l. nel corso del periodo gennaio 2024 – dicembre 2024 in adempimento a quanto previsto dai contratti in essere (protocolli di riferimento n. 156/24 e n. 157/24 del 01/02/2024).

Il report riassume gli esiti dei controlli effettuati e il relativo andamento del servizio in relazione alle stesse verifiche.

Legionella

Analisi Legionella - impianto idrico sanitario reparti	
n. 36 campionamenti eseguiti nei vari punti di prelievo	Valore rilevato: < 100 ufc/1000 ml

Analisi Legionella – centrale idrica	
n. 32 campionamenti eseguiti nei vari punti di prelievo	Valore rilevato: < 100 ufc/1000 ml

Dall'analisi dei dati analitici dei campioni prelevati emerge che le attuali misure preventive applicate per il contenimento del batterio Legionella all'interno degli impianti idrici e aeraulici sono soddisfacenti, in quanto non si sono mai rilevate concentrazioni superiori a 100 ufc/1000ml.

Analisi impianto aeraulico (UTA)	
n. 12 campionamenti eseguiti nei vari punti di prelievo	Ricerca microrganismi: < 1 UFC/cm ^q Ricerca Legionella: < 1 UFC/tampone Ricerca Stafilococchi coag. pos.: assente

Le analisi relative allo stato igienico delle UTA nei periodi di funzionamento non hanno segnalato criticità attestando che le attuali misure di manutenzione e sanificazione delle stesse (comprehensive dei cambi filtri) risultano efficaci.

Acque e superfici

Nei mesi di aprile, maggio, settembre e dicembre 2024 è stato mantenuto il **monitoraggio analitico delle acque e delle superfici (tampone filtri rompigetto)** nei reparti di Patologia Neonatale e Blocco Parto al fine di scongiurare qualsiasi rischio derivante contaminazione da microrganismi potenzialmente dannosi per i neonati.

Dai controlli analitici relativi alle **acque** del reparto Patologia Neonatale emerge che non si è mai rilevata la presenza di batteri coliformi e in particolare del batterio *Citrobacter koseri*, ad eccezione della presenza di batteri *coliformi* (3 UFC/100 ml) ed *Escherichia coli* (3 UFC/100 ml) in un campione di acqua del lavello nido fisiologico in data 14/05/2024.

Inoltre, sempre prendendo in considerazione i risultati delle acque del reparto Patologia Neonatale, si sono riscontrate in alcuni punti di erogazione e in diversi momenti, concentrazioni di *Pseudomonas aeruginosa* ovvero:

Punto di prelievo	Data	Valore rilevato
Lavello nido fisiologico	30/04/2024	4 UFC/250ml
Lavello cambio pannolini	21/05/2024	8 UFC/250 ml
	04/09/2024	5 UFC/250 ml
	20/12/2024	8 UFC/250 ml
Lavello box infetti	20/12/2024	28 UFC/250 ml

I monitoraggi successivi hanno evidenziato la non rilevabilità di *Pseudomonas aeruginosa* solo sul lavello del nido fisiologico, mentre sugli altri punti di erogazione sono stati riscontrate ancora concentrazioni del batterio, seppur non significative.

Dai monitoraggi analitici delle **superfici (tampone filtri rompigetto)** dei reparti Patologia Neonatale e Blocco Parto si nota che erano presenti elevate concentrazioni di microrganismi a 30°C in alcuni filtri rompigetto nei primi periodi di campionamento; successivamente le cariche microbiche si sono ridotte a concentrazioni di accettabilità.

Progetto di miglioramento sulla sorveglianza delle acque

Considerando la patogenicità dei microrganismi ricercati e il possibile annidamento degli stessi nei rami della rete idrica, considerando inoltre i continui lavori strutturali dell'azienda in continua espansione, seppur a fronte di risultati tranquillizzanti ottenuti, si ritiene opportuno e prudente mantenere inalterati i controlli delle acque per la ricerca del batterio Legionella e il relativo piano di campionamento previsto trimestralmente, con la rotazione di tutti i reparti ad alto e medio rischio.

All'apertura di ogni area nuova si consiglia sempre, prima dell'insediamento dei pazienti, di eseguire un check analitico dei nuovi punti acqua per l'avviamento degli stessi.

Le stesse riflessioni sulla programmazione e adeguata rotazione dei campionamenti valgono anche per i tamponi nelle unità di trattamento aria dell'impianto aeraulico.

Per quanto concerne il controllo delle acque nel reparto di Patologia Neonatale, in seguito al riscontro in alcuni punti di *Pseudomonas aeruginosa* e cariche batteriche varie elevate, si consiglia, seppur i valori riscontrati risultino poco rilevanti, di mantenere, come per le superfici, la frequenza trimestrale dei campionamenti ai terminali.

Nel caso di futuri prelievi critici, si consiglia di effettuare una valutazione approfondita con l'Ufficio Tecnico sull'adozione di altre misure preventive per quanto riguarda il rischio di formazione di biofilm in alcuni rami della rete di distribuzione idrica.

Oltre quanto sopra descritto e in vista dell'Accreditamento Istituzionale è prevista la revisione del DVR per la Legionellosi, con l'implementazione delle attività di flussaggio dei terminali idrici e della sostituzione periodica dei filtri rompigitto nelle aree ad alto rischio.

Formazione aziendale in materia di Igiene Ospedaliera e ICA

Nel corso del 2024, è stata organizzata un'ampia offerta formativa rivolta al personale sanitario e ai servizi di supporto, con l'obiettivo di rafforzare le competenze nella prevenzione e gestione del rischio infettivo. I corsi hanno coinvolto diverse figure professionali, tra cui medici, professionisti sanitari, operatori socio sanitari (OSS) e personale ausiliario, affrontando tematiche cruciali per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), la sicurezza e il rischio.

Di seguito, i principali corsi svolti nell'anno 2024:

- **Sanificazione ambientale per la prevenzione del rischio infettivo:** formazione sulle corrette procedure di sanificazione degli ambienti ospedalieri per ridurre il rischio di contaminazione e trasmissione di patogeni (*3 edizioni – rivolto a OSS e servizi di pulizia*);
- **Le infezioni correlate all'assistenza, strumenti di prevenzione e gestione delle criticità associate:** corso dedicato alle strategie di prevenzione delle ICA, con particolare attenzione alle procedure di isolamento e al ruolo dell'igiene delle mani (*1 edizione – rivolto alle professioni sanitarie*);
- **Gestione dei rifiuti sanitari, appropriatezza e prevenzione dei rischi:** approfondimento sulle modalità di smaltimento dei rifiuti ospedalieri, con focus sulla sicurezza e sulla riduzione dell'impatto ambientale (*2 edizioni – rivolto alle professioni sanitarie e OSS*);
- **Batteri multiresistenti e microrganismi sentinella, prevenzione, gestione e responsabilità sanitaria:** aggiornamento sui meccanismi di resistenza antibiotica, sulle strategie di contenimento e sulle implicazioni per la pratica clinica (*1 edizione – rivolto alle professioni sanitarie*);
- **Vaccini e strategie vaccinali:** formazione sulle principali strategie vaccinali in ambito ospedaliero, con particolare attenzione alla protezione degli operatori sanitari e dei pazienti fragili. (*1 edizione – rivolto a tutto il personale*);

- **Gestione dei CVC e dei dispositivi vascolari, prevenzione del rischio infettivo:** corso pratico sulla gestione dei cateteri venosi centrali (CVC) e dei dispositivi vascolari, con un focus sulla prevenzione delle complicanze infettive (*1 edizione – rivolto agli infermieri*).

Progetti di miglioramento per la formazione aziendale sulle ICA

Nel 2025, l'Ospedale proseguirà l'impegno nella formazione del personale sanitario, con un programma formativo mirato a consolidare le competenze nella prevenzione e gestione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), nella lotta contro l'antimicrobico-resistenza e nella corretta gestione degli accessi vascolari.

Le attività formative previste per il 2025 includono:

- **Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) – Formazione a distanza (FAD):** Le ICA rappresentano una delle principali criticità in ambito sanitario, con un impatto significativo sulla morbilità, sulla mortalità e sui costi ospedalieri. Per garantire la massima diffusione delle conoscenze, il corso sarà erogato in modalità FAD (formazione a distanza), consentendo a un ampio numero di professionisti di accedere ai contenuti formativi in maniera flessibile. Il programma affronterà i principali meccanismi di trasmissione delle infezioni, le strategie di prevenzione e le misure di contenimento, con particolare attenzione all'importanza dell'igiene delle mani, dell'uso appropriato dei dispositivi di protezione individuale e delle procedure di sanificazione ambientale.
- **Batteri multiresistenti e microrganismi sentinella: prevenzione, gestione e responsabilità sanitaria – Formazione in aula:** La diffusione dei batteri multiresistenti (MDR) rappresenta una delle sfide più critiche per la sanità pubblica. Questo corso offrirà un approfondimento sulla gestione clinica dei pazienti colonizzati o infetti da batteri resistenti agli antibiotici, sulle misure di isolamento e sulle strategie di contenimento per limitare la trasmissione nosocomiale. Verranno inoltre trattati i microrganismi sentinella, il loro impatto epidemiologico e il ruolo del monitoraggio microbiologico ospedaliero.
- **Gestione degli accessi vascolari – Audit clinico:** L'uso dei cateteri venosi centrali (CVC) e di altri dispositivi vascolari è essenziale nella gestione di numerosi pazienti ospedalizzati, ma rappresenta anche un fattore di rischio per lo sviluppo di infezioni. Per migliorare la sicurezza e l'appropriatezza dell'utilizzo di questi dispositivi, nel 2025 sarà condotto un audit clinico sulla gestione degli accessi vascolari. L'audit permetterà di raccogliere dati sulle pratiche adottate, valutare la loro aderenza agli standard raccomandati e proporre interventi mirati per ridurre il rischio infettivo legato a questi dispositivi.

Partecipazione a gruppi di lavoro provinciali

Partecipazione del Servizio di Malattie Infettive alle riunioni del GMO provinciale

Nel corso del 2024, il Servizio di Malattie Infettive dell'Ospedale P. Pederzoli, ha preso parte alle riunioni del **Gruppo di Miglioramento Ospedaliero (GMO)** provinciale. Questo gruppo di lavoro si occupa di recepire le indicazioni regionali in materia di antimicrobico-resistenza (AMR) e di

ottimizzare l'uso degli antibiotici (AMS: *Antimicrobial Stewardship*), traducendole in strategie pratiche per le realtà ospedaliere locali.

Le riunioni del GMO rappresentano un'occasione di confronto tra i diversi ospedali della provincia, favorendo l'adozione di protocolli condivisi e il monitoraggio delle pratiche cliniche in ambito antibiotico-terapeutico. Questa collaborazione ha permesso di migliorare la gestione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) attraverso la condivisione di dati epidemiologici e l'adozione di interventi mirati.

Tra gli obiettivi futuri del GMO, vi è la pubblicazione di linee guida per la terapia antibiotica delle infezioni delle vie urinarie, che si aggiungeranno a quelle già esistenti sulle infezioni respiratorie. Sono inoltre in fase di sviluppo raccomandazioni specifiche per il trattamento delle infezioni di cute e tessuti molli, sepsi e profilassi chirurgica. Un ulteriore passo sarà la definizione di indicatori comuni per monitorare l'aderenza a queste linee guida, così da valutare l'impatto delle strategie implementate e favorire un uso più appropriato degli antibiotici.

Partecipazione al gruppo MTA (Malattie Trasmesse tramite Alimenti)

L'Ospedale P. Pederzoli fa parte del **gruppo Malattie Trasmesse tramite Alimenti** (MTA), un team multidisciplinare dedicato alla sorveglianza, prevenzione e gestione delle infezioni di origine alimentare. La partecipazione a questo gruppo consente di collaborare con le autorità sanitarie e gli altri ospedali nella rilevazione precoce di focolai epidemici, nell'analisi dei dati epidemiologici e nella definizione di strategie di contenimento e prevenzione.

Il contributo dell'ospedale riguarda in particolare il monitoraggio clinico dei casi, la diagnosi microbiologica e la gestione terapeutica delle infezioni correlate agli alimenti, con l'obiettivo di migliorare la sicurezza alimentare e ridurre il rischio di trasmissione di patogeni attraverso la catena alimentare.

Progetti di miglioramento aziendali in materia di Igiene Ospedaliera e ICA

Percorsi di pulizia e disinfezione ambientale

Presso l'Ospedale Pederzoli è presente un sistema Dosipro di diluizione Venturi per la preparazione e l'erogazione dei prodotti detergenti-disinfettanti destinati alle attività di igiene ambientale.

Il sistema Dosipro prevede una postazione a muro per una tanica di soluzione concentrata di detergente disinfettante che, grazie alla connessione alla rete idrica, viene aspirata dalla tanica alla giusta dose, attraverso l'allestimento di ugelli (cilindri) di differente diametro all'interno del tubo flessibile di aspirazione. Una volta aperto il rubinetto della rete idrica, il sistema Venturi aspira in automatico il prodotto concentrato e lo eroga alla concentrazione predefinita. I prodotti che attualmente sfruttano tale sistema di diluizione sono:

- Taski Clor Plus (detergente disinfettante a base di ipoclorito di sodio);
- Taski Bac (detergente disinfettante a base di quaternari d'ammonio);
- Lysoform Professional.

Nell'ambito delle attività di sorveglianza per la prevenzione e il controllo delle infezioni ospedaliere promosse dalla Direzione Sanitaria, nell'anno 2023-2024 sono state riscontrate diverse anomalie nella concentrazione dei prodotti di igiene ambientale con i sistemi Dosipro. Il sistema Venturi si è

dimostrato poco sensibile nella diluizione del Taski Clor Plus che, per le sue caratteristiche intrinseche di volatilità e quindi di instabilità (come di tutti i prodotti a base di ipoclorito di sodio), non garantisce una titolazione di cloro efficace in linea con le indicazioni della normativa. Il dispositivo è inoltre costituito per lo più di materiale plastico, facile all'usura a contatto con il principio attivo del prodotto.

La ditta, secondo gli accordi presi per l'anno 2024, ha fornito all'Ospedale Pederzoli un servizio di manutenzione ordinaria che prevedeva n.2 controlli annui per i sistemi Dosipro di Taski Clor Plus e Taski Bac ed eventuali manutenzioni straordinarie (a chiamata) in caso di malfunzionamento dei sistemi di erogazione. Tutti gli interventi di manutenzione ordinaria erano esenti da spese di servizio, mentre le manutenzioni straordinarie avevano un costo medio di 35 euro/ora. In entrambi i casi eventuali sostituzioni di pezzi danneggiati sono a carattere oneroso (non conosciuto). Nell'anno 2024 sono state eseguite n. 40 manutenzioni ordinarie e n. 13 manutenzioni straordinarie. Nelle manutenzioni straordinarie sono state eseguite n. 10 sostituzioni pezzo (valvola di pescaggio usurata), n. 1 sostituzione completa del sistema e n. 14 tarature dei dispositivi (dosaggio/concentrazione).

Oltre alle numerose richieste di manutenzione straordinaria, si è riscontrata inoltre una difficoltà di pronta disponibilità da parte della ditta, con tempi di risposta lunghi e solleciti continui, che hanno spesso messo in difficoltà le attività ordinarie di igiene ambientale dell'Ospedale, soprattutto nelle aree ad alto rischio.

Si è provveduto quindi a contattare una nuova ditta specializzata nel settore delle pulizie in ambito ospedaliero, che ha fornito soluzioni e strumenti all'avanguardia, con forti conoscenze ed evidenze scientifiche supportate dalla letteratura. La Direzione Sanitaria si impegna per l'anno 2025 nell'implementazione di tali nuovi strumenti per garantire un maggiore controllo delle attività di pulizia e una maggiore sicurezza per gli operatori coinvolti.

Al termine del progetto di miglioramento verrà eseguita una formazione sulle corrette procedure di sanificazione degli ambienti ospedalieri per ridurre il rischio di contaminazione e trasmissione di patogeni a tutto il personale coinvolto in tali processi.

Gestione delle arbovirosi: pubblicazione di linee guida interne e formazione del personale

Nel 2024, in occasione della stagione estiva, sono state pubblicate linee guida interne per la gestione diagnostica delle Arbovirosi, in linea con le raccomandazioni regionali. Questa iniziativa si è resa necessaria per fornire indicazioni chiare e aggiornate al personale sanitario, considerando l'aumento stagionale del rischio di infezioni trasmesse da vettori, in particolare West Nile Virus (WNV) e Dengue.

Le nuove linee guida hanno l'obiettivo di standardizzare il percorso diagnostico, ottimizzando l'inquadramento dei pazienti e definendo le modalità corrette di esecuzione degli esami diagnostici per garantire risultati affidabili. Il documento fornisce criteri chiari per il sospetto clinico e indicazioni pratiche per la richiesta e l'interpretazione degli esami di laboratorio.

A supporto dell'introduzione di queste nuove procedure, è stato organizzato un momento formativo dedicato al personale medico del Pronto Soccorso, con un focus sul riconoscimento precoce delle arbovirosi e sulle modalità di esecuzione degli esami e delle schede di notifica.

La formazione ha permesso di sensibilizzare i clinici sull'importanza di una sorveglianza attiva durante i mesi a rischio e di favorire una gestione più uniforme dei casi.

Razionalizzazione dell'uso della procalcitonina

Nell'ambito delle attività del CICAS finalizzate all'ottimizzazione dell'appropriatezza prescrittiva e alla riduzione dei costi sanitari, è stata intrapresa un'azione mirata a razionalizzare l'utilizzo della procalcitonina. Questo biomarcatore, sebbene rappresenti un valido supporto nella gestione delle infezioni batteriche, veniva frequentemente richiesto in modo non selettivo, generando un utilizzo inappropriato e un impatto economico significativo senza un reale beneficio clinico.

Su indicazione del laboratorio analisi e su mandato del CICAS, è stata quindi adottata la decisione di rimuovere la procalcitonina dagli esami di routine, limitandone la prescrizione a specifiche indicazioni cliniche. Questo intervento ha avuto l'obiettivo di evitare richieste indiscriminate, promuovendo un uso più mirato e consapevole del test, in linea con le evidenze scientifiche e con i principi di gestione razionale delle risorse diagnostiche.

L'iniziativa rientra nelle strategie del CICAS volte a migliorare l'appropriatezza nell'utilizzo dei test di laboratorio e a garantire un impiego più efficace degli strumenti diagnostici disponibili, contribuendo così a una gestione clinica più efficiente e sostenibile.

Gestione degli accessi vascolari – Audit clinico

L'uso dei cateteri venosi centrali (CVC) e di altri dispositivi vascolari è essenziale nella gestione di numerosi pazienti ospedalizzati, ma rappresenta anche un fattore di rischio per lo sviluppo di infezioni. Per migliorare la sicurezza e l'appropriatezza dell'utilizzo di questi dispositivi, nel 2025 sarà condotto un audit clinico sulla gestione degli accessi vascolari. L'audit permetterà di raccogliere dati sulle pratiche adottate, valutare la loro aderenza agli standard raccomandati e proporre interventi mirati per ridurre il rischio infettivo legato a questi dispositivi.

Sistema Qualità aziendale in materia di Igiene Ospedaliera e ICA

IO 1 / DS	Pulizia e sanificazione ambientale
IO 13 / DS	Controlli delle acque a uso civile
IO 29 / DS	Ricondizionamento maschere facciali
IO 34 / DS	Accesso alla mensa e al bar da parte del personale sanitario
IO 36 / DS	Sanificazione con sistema al perossido di idrogeno
IO 38 / DS	Limitazione delle visite ai degenti
IO 41 / DS	Sanificazione delle aree ad altissimo rischio
IO 49 / DS	Accesso specialist di prodotto e ospiti al Blocco Operatorio
IO 52 / DS	Comportamenti nel Blocco operatorio
IO 53 / DS	Segnalazione delle infezioni del sito chirurgico
IO 54 / DS	Raccomandazioni per la terapia antibiotica empirica per le polmoniti
IO 55 / DS	Profilassi antibiotica in chirurgia
IO 56 / DS	Dosaggio di antibiotici e antifungini in base alla funzione renale
IO 57 / DS	Comportamenti e attività di sanificazione in Centrale di Sterilizzazione
PGS 10	Gestione dei cateteri vescicali e controllo delle infezioni alle vie urinarie
PGS 11	Gestione del paziente portatore di dispositivo vascolare
PGS 12	Gestione dei rifiuti sanitari
PGS 13	Trasporto del materiale biologico
PGS 14	Gestione del paziente con nota o sospetta meningite batteriche
PGS 16	Processo di disinfezione e sterilizzazione
PGS 17	Gestione dei casi di tubercolosi polmonare
PGS 18	Gestione del paziente affetto da scabbia
PGS 19	Gestione della medicazione della ferita chirurgica
PGS 22	Precauzioni per il controllo delle infezioni e misure di isolamento
PGS 26	Prevenzione delle polmoniti ospedaliere
PGS 38	Gestione del paziente con nota o sospetta infezione da Clostridium Difficile
PGS 44	Prontuario dei disinfettanti
PGS 46	Prevenzione e cura delle infezioni da legionellosi
PGS 47	Sorveglianza dei microrganismi sentinella
PGS 57	Gestione dei cantieri e del rischio di aspergilloso
PGS 59	Microrganismi resistenti alla terapia antibiotica
PGS 69	Dosaggio della Procalcitonina
PGS 70	Gestione dei casi sospetti o noti contagiati da Virus Ebola
PGS 76	Igiene delle mani
PGS 79	Gestione del paziente affetto da pediculosi
PGS 80	Sindrome respiratoria da Coronavirus (COVID-19)
PGS 88	Gestione del paziente con nota o sospetta arbovirosi
---	DVR Legionella

Progetti di miglioramento sulle procedure aziendali per le ICA

In previsione della visita di verifica per il rinnovo dell'Accreditamento Istituzionale 2025 i referenti del CIO dell'Ospedale P. Pederzoli, insieme alla Direzione Sanitaria, si impegnano nella revisione delle procedure aziendali in materia di igiene e infezioni ospedaliere, con eventuale discussione dei

piani di miglioramento relativi ai percorsi che necessitano di revisione. Inoltre, per alcune procedure aziendali verrà previsto l'inserimento di Bundle aziendali, utili a migliorare l'adesione alle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle ICA.

Nell'ambito delle strategie di prevenzione delle infezioni CVC correlate, è già in fase di realizzazione un'infografica informativa da distribuire nei reparti, contenente tutte le azioni essenziali per la prevenzione delle infezioni associate ai cateteri venosi centrali (CVC). Questo strumento sarà progettato in collaborazione con il PICC Team, con l'obiettivo di fornire indicazioni pratiche e facilmente consultabili per il personale sanitario coinvolto nella gestione quotidiana dei dispositivi. L'infografica includerà le buone pratiche per l'inserzione, la manutenzione e il monitoraggio del CVC, ponendo particolare attenzione all'importanza dell'asepsi durante la gestione, della corretta disinfezione del sito di inserzione e della valutazione regolare della necessità del dispositivo. Distribuita direttamente nelle unità operative, questa iniziativa mira a sensibilizzare gli operatori sanitari, ridurre la variabilità nelle pratiche assistenziali e migliorare la prevenzione delle infezioni CVC-correlate in tutta la struttura ospedaliera.

UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) ha la funzione di:

- porre attenzione alle aspettative e ai bisogni degli utenti;
- raccogliere osservazioni e suggerimenti, elogi e lamentele per disservizi o per comportamenti giudicati scorretti da parte del personale;
- fornire informazioni e orientamento sui servizi e le procedure in uso nella Struttura.

I pazienti o i loro accompagnatori, in alcuni casi anche gli organismi di volontariato e di tutela accreditati presso la Regione Veneto possono presentare le loro comunicazioni secondo le seguenti modalità:

- Presentazione di una comunicazione scritta e firmata secondo lo schema del modulo di segnalazioni, consegnata a mano, trasmessa per posta, fax o e-mail all'URP.
- Colloquio telefonico con gli operatori dell'Urp. Questa modalità non attiva un'istruttoria con risposta scritta, ma solo un interessamento e, quando possibile, la soluzione diretta del problema posto. Qualora i fatti segnalati contengano elementi tali da richiedere una puntuale verifica può essere necessaria la formalizzazione della segnalazione.

Nel rispetto delle norme vigenti in materia di Privacy, qualora la segnalazione sia presentata da soggetto diverso dal diretto interessato, deve essere da questi controfirmata oppure chi fa la segnalazione deve essere in possesso di delega.

La Struttura considera le segnalazioni un prezioso contributo dei cittadini alla valutazione della qualità dei servizi offerti. L'URP compie i necessari accertamenti coinvolgendo i responsabili dei settori citati nella segnalazione. Nel caso sia richiesto, dà risposta scritta, entro 30 giorni.

Tutte le segnalazioni (sia le negative che le positive) sono catalogate nel miglior modo possibile e utilizzate per migliorare i servizi offerti.

Attività istruttoria e risposta all'utente

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico nell'espletare l'attività istruttoria è dotato del potere sovraordinato di:

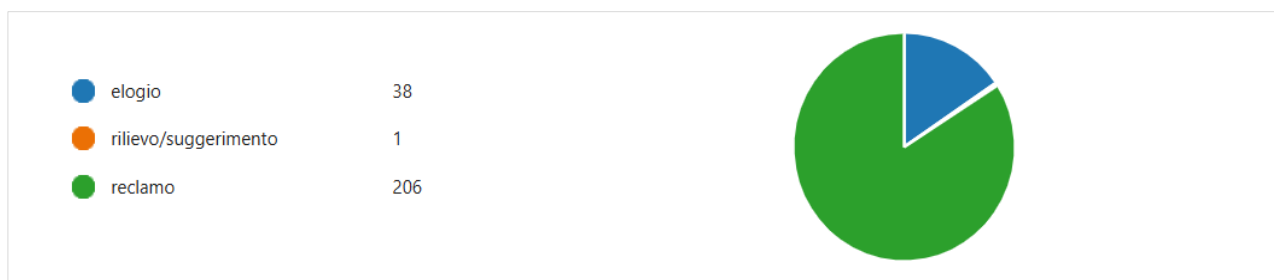
- Acquisire tutti gli elementi di conoscenza per la definizione del caso, inclusa la consultazione e la copia, senza limiti del segreto d'ufficio, di tutti gli atti e documenti relativi all'oggetto del proprio intervento;
- Accedere agli uffici o unità operative per adempiere gli accertamenti che si rendano necessari;
- Promuovere altre procedure di chiarimento (ad esempio il colloquio);
- Richiedere pareri;
- Richiedere relazioni;
- Informare il responsabile di unità operative e della struttura interessata della segnalazione e dei risultati dell'istruttoria.

Il Responsabile dell'URP predispone la risposta che viene valutata e validata dalla Direzione e dal Responsabile dell'area competente per il caso trattato. La stessa viene inviata all'utente entro il termine di 30 giorni dalla data di protocollo di ricezione della segnalazione stessa.

Per le segnalazioni che si presentano di univoca ed immediata soluzione, Il Responsabile dell'URP provvede a dare risposta all'utente entro 7 giorni dalla data di Protocollo di ricezione della segnalazione stessa.

Analisi degli URP per l'anno 2024

Nel corso dell'anno 2024 l'Ufficio Relazioni al Pubblico ha raccolto 245 segnalazioni scritte così suddivise:

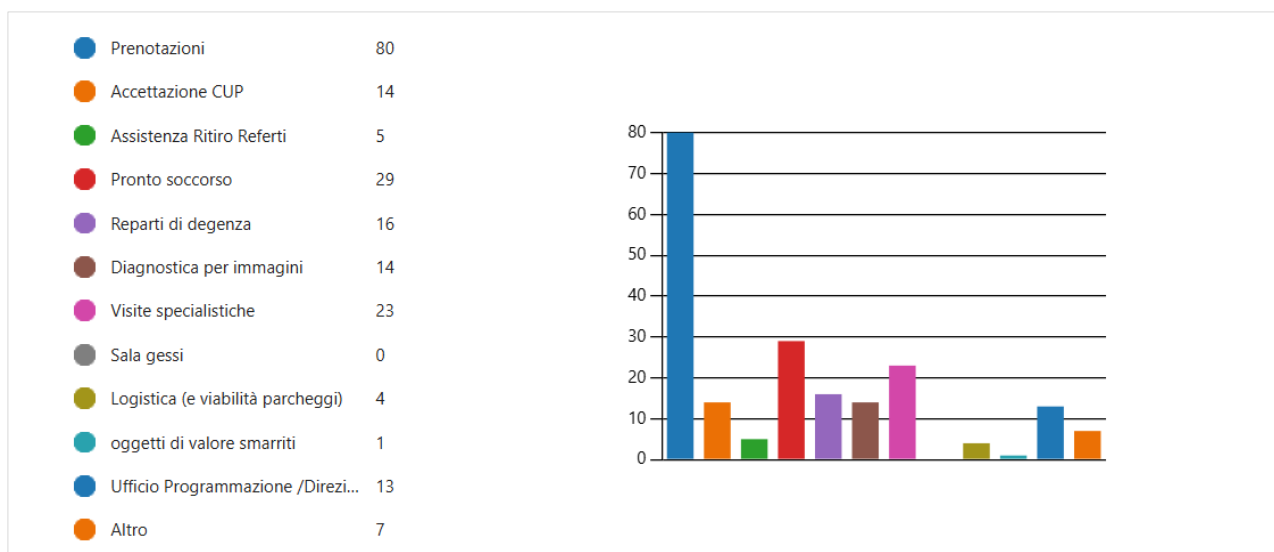


I reclami si dividono in due categorie:

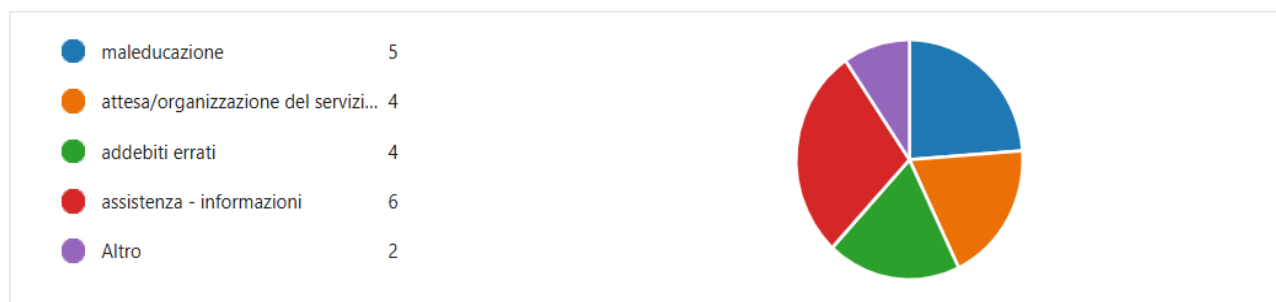
- 119 di carattere amministrativo
- 87 di carattere sanitario

Tra le segnalazioni di carattere amministrativo oltre l'85% riguarda il servizio di Accoglienza pazienti/CUP/Prenotazioni.

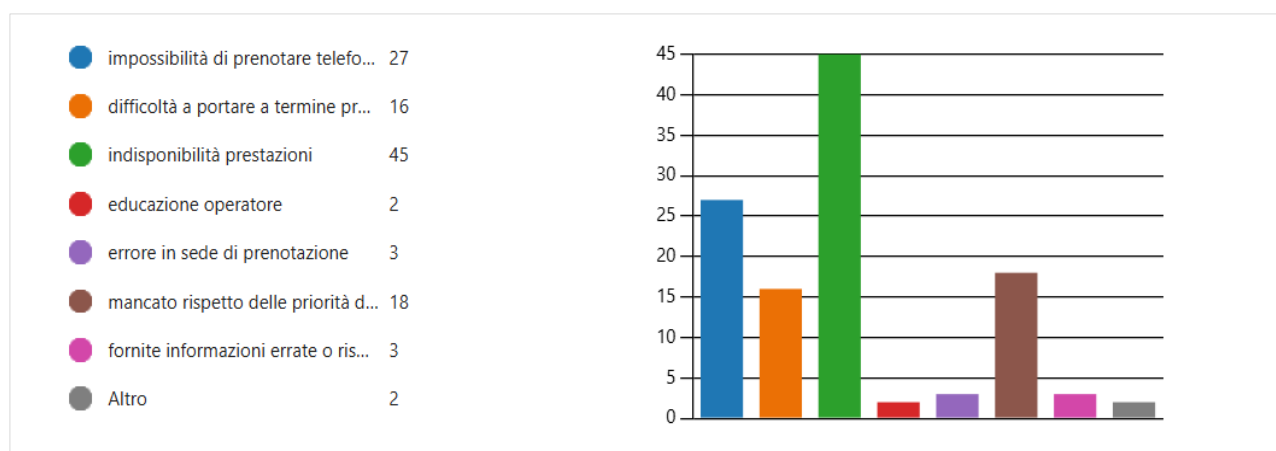
Tra le segnalazioni di carattere sanitario si segnala come meritevole di attenzione il Servizio di Pronto Soccorso, rispetto al quale le lamentele degli utenti si suddividono principalmente tra problemi sanitari e pagamento ticket.



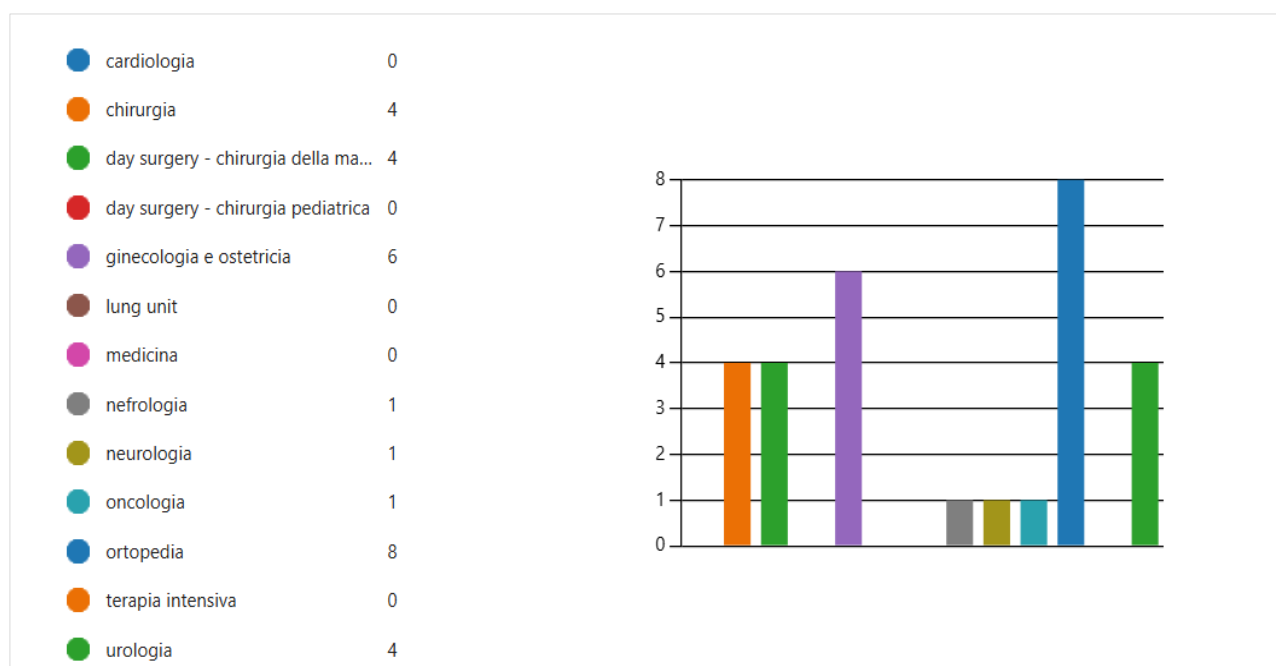
Accettazione e CUP.



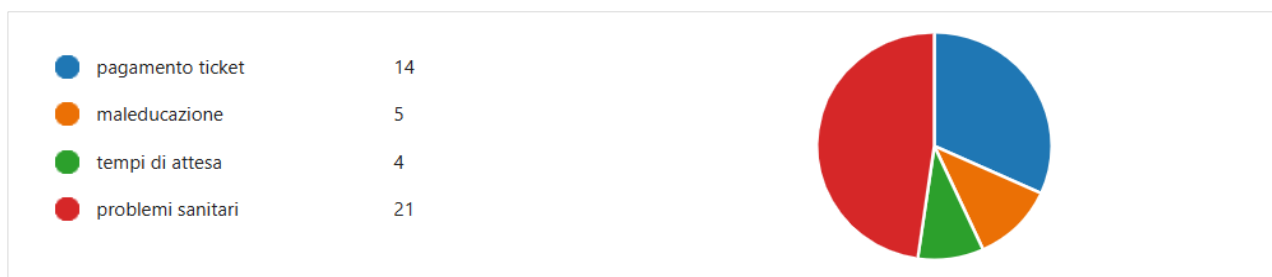
Prenotazioni.



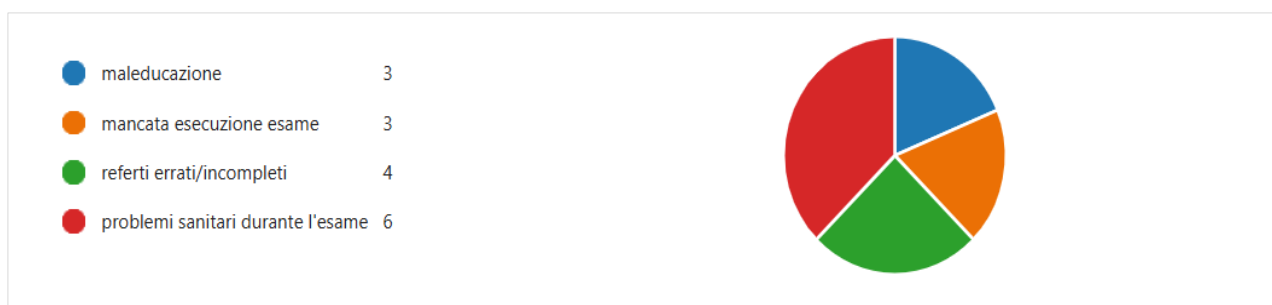
In relazione a quanto sopra evidenziamo nei grafici sottostanti le segnalazioni suddivise per singolo servizio/reparto:



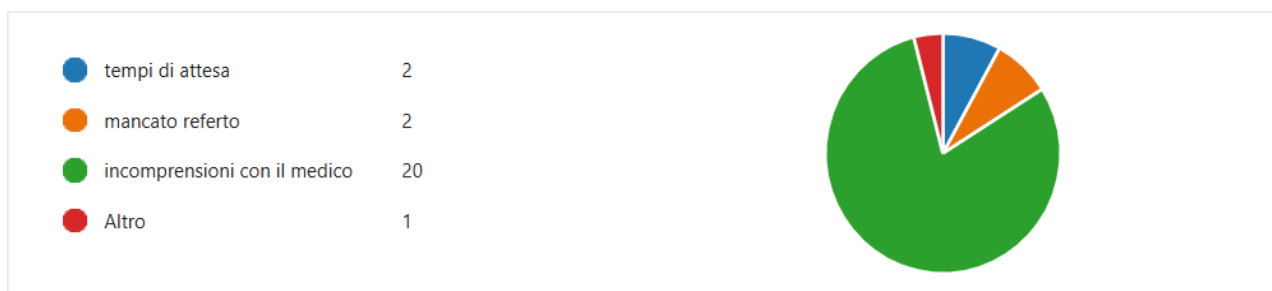
Pronto Soccorso.



Diagnostica per Immagini.



Visite specialistiche.



Tutte le segnalazioni, suggerimenti e reclami ricevuti sono stati letti e presi in carico in un primo momento dall'URP e indirizzati alle Direzioni di pertinenza. Una buona parte delle segnalazioni sono state risolte direttamente dall'URP.

Anche nel corso dell'anno 2024 si riscontra che la maggior parte dei contatti che l'utenza prende con l'Ufficio Relazioni al Pubblico sono volti a richiedere informazioni e supporto per questioni amministrative e burocratiche.

Criticità	Azione
Lamentele relative alla difficoltà in sede di prenotazione dovute ad una richiesta di prestazioni molto elevata anche da parte di pazienti che, per territorialità, generalmente non afferirebbero all'Ospedale P. Pederzoli.	L'Ospedale Pederzoli, avendo implementato un software per permette la prenotazione online di visite ed esami ambulatoriali, dà la possibilità ai pazienti di prenotare autonomamente e con la massima trasparenza da parte della struttura, visite ambulatoriali ed esami diagnostici sia con l'impegnativa del proprio medico di medicina generale che privatamente. È altresì attiva un'applicazione per smartphone che permette di accedere ai servizi di prenotazione del software. In tale contesto l'Ufficio URP è stato costantemente impegnato a sensibilizzare ed informare l'utenza circa il corretto utilizzo della prenotazione online assistendo e formando i pazienti sia telefonicamente che di persona.
Il numero di richieste di prestazioni sanitarie è in crescita esponenziale, ben oltre le disponibilità di budget autorizzate dalla Regione Veneto.	L'ufficio URP fornisce ai pazienti informazioni corrette e trasparenti sulle modalità di accesso alle prestazioni sanitarie in convenzione e ai diritti del malato nel rispetto di quanto prescritto dal MMG.
Richieste di rimborso di prestazioni sanitarie erogate in regime di libera professione in assenza di disponibilità delle medesime prestazioni con SSN.	L'ufficio URP, in collaborazione con la Direzione Sanitaria, risponde a tutte le richieste, spesso improprie, di poter ricevere il rimborso di prestazioni sanitarie erogate in regime di solvenza laddove il paziente dichiara l'impossibilità di prenotare la prestazione in convenzione con SSN nelle tempistiche richieste dal proprio MMG.
Segnalazioni relative a difficoltà nel reperire informazioni di varia natura	• Al fine di rispondere alle esigenze di informazione dei pazienti del nostro Ospedale l'Ufficio URP ha collaborato attivamente alla creazione del nuovo sito e tuttora collabora nell'aggiornamento del sito istituzionale consentendo così un'informazione puntuale e dettagliata. • Sempre in merito alle richieste di informazioni che pervengono all'Ufficio URP, lo stesso è stato impegnato nella preparazione di cartellonistica, brochure e materiale informativo di varia natura. In particolare, l'Ufficio URP, colto le esigenze dei pazienti, si è reso proattivo nella progettazione e realizzazione di risposte divulgative che tenessero presenti le istanze riscontrate.
Criticità relative all'assistenza sanitaria, medico/infermieristica	L'Ufficio URP offre il proprio supporto al paziente al fine di conciliare le posizioni tra paziente stesso, medico, direzione sanitaria e amministrazione.

Oltre a quanto sopra menzionato, l'URP ha continuato le consuete attività di ascolto attivo dell'utenza, di promozione ed illustrazione dei vari percorsi, l'URP è stato coinvolto attivamente nel favorire la comunicazione tra i vari reparti dell'ospedale e l'utenza.

L'ufficio ha lavorato per garantire informazioni corrette e aggiornate circa le modalità di accesso all'ospedale, i protocolli da seguire, la possibilità di prenotare ed eseguire visite, esami, e/o ricoveri. Inoltre, è stato di supporto ai vari reparti di degenza per agevolare la comunicazione tra i reparti e i familiari dei degenti.

Progetto di miglioramento sull'URP

Gli obiettivi per l'anno 2025 sono i seguenti:

- Aggiornare costantemente il www.ospedalepederzoli.it con le novità in termini di servizi offerti dall'ospedale e implementare le informazioni preesistenti;
 - Informare l'utenza sulle possibilità di accedere ai servizi ospedalieri attraverso assicurazioni sanitarie personali; informare e supportare il paziente in fase di prenotazione, durante il percorso medico-diagnostico;
 - Incentivare l'utilizzo del self check-in per le prestazioni ambulatoriali;
 - Promuovere la consultazione del dossier sanitario online;
 - Pubblicazione dei questionari online relativi alla Customer Satisfaction
-

