



PEDERZOLI

RELAZIONE ANNUALE

QUALITÀ, RISCHIO CLINICO E IGIENE OSPEDALIERA

dati 2025



Direzione Sanitaria – Ospedale P. Pederzoli

PREMESSA

In questo documento di sintesi vengono riassunte le principali attività di *Gestione della Qualità, del Rischio Clinico, dell'Igiene Ospedaliera e prevenzione Infezioni*, e dell'andamento del contenzioso da “*medical malpractice*” all'interno dell'Ospedale P. Pederzoli con aggiornamento a tutto il 2025; 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. 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 (*Presidente del CASP*)
- Dott. Roberto Castellani, Risk Manager
- Dott.ssa Elena Pellini, 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 - Referente Igiene Ospedaliera, Infezioni e Ambiente
- Dott. Simone Bertagna, Coordinatore Infermieristico - Referente Rischio Clinico
- Dott. Walter Mosaner, Direttore UOC Anestesia e Rianimazione
- 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 accreditate, è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano. 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,
 - gli audit clinici,
 - i feedback da parte di pazienti (URP)
 - le analisi delle richieste di risarcimento.

Dal 2024 sono state introdotte in modo sistematico tecniche di 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 2025 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.ssa Elena Pellini, Medico specialista in Medicina Legale
- Dott. Gianluca Gianfilippi, Direttore Sanitario
- Dott. Roberto Castellani, Risk Manager
- Dott. Matteo Marai, Coordinatore Infermieristico - Responsabile Qualità e Accreditamento
- Dott. Walter Mosaner, Direttore UOC Anestesia e Rianimazione

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 - Referente Igiene Ospedaliera, Infezioni e Ambiente
- Dott. Roberto Castellani, Risk Manager
- Dott.ssa Elena Pellini, Medico specialista in Medicina Legale
- Dott.ssa Roberta Ipocoana, Responsabile delle Professioni Sanitarie
- Dott. Matteo Marai, Coordinatore Infermieristico - Responsabile Qualità e Accreditamento
- Dott. Simone Bertagna, Coordinatore Infermieristico - Referente Rischio Clinico
- Prof. Gian Luca Salvagno, Direttore UOC Laboratorio Analisi
- Dott. Marco Gambera, Direttore UOC Farmacia Ospedaliera
- Dott. Walter Mosaner, Direttore UOC Anestesia, Rianimazione, Terapia Intensiva e del Dolore
- Dott. Guido Lampronti, Direttore UOC Pronto Soccorso
- Dott. Gianluigi Moretto, Direttore UOC Chirurgia Generale
- Dott. Giovanni Butturini, Direttore UOC Chirurgia Epato-bilio-pancreatica
- Dott. Daniele Mautone, Direttore UOC Ostetricia e Ginecologia
- Dott. Filippo Leonardo, Direttore UOC Cardiologia e UTIC
- Prof. Yuri Battaglia, Direttore UOC Nefrologia e Dialisi
- Dott. Giulio Bongiovanni, Medico specialista in Igiene e Sanità Pubblica
- Dott. Pierdomenico Cicco, Medico specialista in Igiene e Sanità Pubblica
- Dott. Marco Toaiari, Medico specialista in Medicina Interna
- 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.ssa Laura Penaccini, Medico specialista in Anestesia, Rianimazione, Terapia Intensiva e del Dolore
- Dott. Massimo Zanolli, Coordinatore Infermieristico Blocco Operatorio
- Dott. Cristian Rubele, Coordinatore Infermieristico Centrale di Sterilizzazione
- Dott.ssa Silvia Carletti, Coordinatore Infermieristico UOC Chirurgia Epato-bilio-pancreatica
- Dott. Giuseppe Cicero, Coordinatore Infermieristico UOC Ortopedia e Traumatologia
- Dott. Andrea Deorsi, Coordinatore Infermieristico UOC Pronto Soccorso
- Dott.ssa Eleonora Benoni, Coordinatore Infermieristico UOC 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).

GESTIONE DEGLI EVENTI AVVERSI E DEI QUASI EVENTI: SEGNALEAZIONE, ANALISI E PIANI DI MIGLIORAMENTO

INTRODUZIONE

La sicurezza del paziente è una dimensione della qualità assistenziale riservatagli e passa attraverso l'identificazione, l'analisi e la gestione di rischi e incidenti, nonché l'implementazione di sistemi operativi che minimizzino probabilità di errore, rischi potenziali e possibili danni.

In tale scenario si inserisce appunto il rischio clinico, inteso come probabilità che un paziente subisca un danno o un disagio involontario imputabile a cure sanitarie che causa prolungamento della degenza, peggioramento dello stato di salute o morte. Esistono rischi intrinseci (correlati alla natura della malattia, al paziente e non evitabili) rischi sistemici (attinenti all'organizzazione del servizio, alle procedure, alla tecnologia, parzialmente evitabili) e rischi relazionali (sottesi alla comunicazione fra professionisti e paziente, influenzati dalla cultura organizzativa e spesso totalmente evitabili).

Il presupposto per gestire il rischio clinico è accettare che la propria attività conviva con il rischio stesso (mai completamente eliminabile), senza venirne soggiogata. Lo scopo invece è identificare, valutare, trattare e ancor prima prevenire tutti i rischi. L'approccio funzionale non è quindi individuale (ricerca del colpevole, misure disciplinari) in quanto essa ignora fattori sistemici, genera paura di segnalare e non previene la ricorrenza. È auspicabile invece un approccio sistemico legato alla cultura della sicurezza del paziente, con un'analisi di sistema che identifica le cause radice, allestisce azioni organizzative e considera fattori latenti promuovendo una cultura della segnalazione (il tutto senza un atteggiamento colpevolista in quanto l'obiettivo è comprendere le cause all'origine del processo stesso con una mentalità no blame).

Sensibilizzare alla cultura del rischio clinico è un elemento imprescindibile per aumentare la qualità professionale di cui beneficeranno non solo i pazienti, ma anche gli operatori e la struttura. Si tratta quindi di un sistema complesso, che sottende alla collaborazione di tutti gli addetti ai lavori, in un'ottica sia reattiva (guardando al passato, allo studio delle cause), sia proattiva (onde evitare che potenziali outcome si verifichino nuovamente).

La criticità spesso non è evidente: ai manifesti errori attivi si accompagnano infatti una molteplicità di errori latenti che, concatenandosi fra loro, agevolano il passaggio dal rischio alla censura effettiva.

Le azioni di miglioramento sono allestite onde evitare rischi e reiterazione di eventi, mentre il loro monitoraggio ne dimostra l'effettiva efficacia o l'eventuale necessità di aggiustamento.

Tale premessa ha lo scopo di accompagnare la lettura di un percorso di analisi eseguito su più livelli e in contesti differenti (clinici, chirurgici nonché organizzativi) in quanto, conoscere i fattori contribuenti, diventa il modo più appropriato per descrivere in dettaglio, con precisione, sintesi e oggettività una realtà professionale e organizzativa proiettata al continuo miglioramento.

Più sappiamo delineare le criticità, tanto più contribuiremo alla crescita e alla strategia di prevenzione.

In tale prospettiva, il sistema di segnalazione rappresenta uno strumento essenziale per la gestione del rischio clinico, in quanto consente di raccogliere, leggere e analizzare non soltanto gli eventi sentinella, ma anche eventi avversi, quasi eventi, non conformità e situazioni potenzialmente critiche. La segnalazione, infatti, rende visibili le vulnerabilità del sistema, favorisce l'individuazione dei fattori contribuenti e supporta la definizione di azioni correttive e preventive. Il suo significato non si esaurisce nella rilevazione del singolo episodio, ma si inserisce in una più ampia logica di apprendimento organizzativo, orientata al miglioramento continuo della qualità e della sicurezza delle cure. In questo senso, il sistema di reporting costituisce non solo uno strumento operativo, ma anche un indicatore della maturità culturale dell'organizzazione rispetto ai temi della sicurezza del paziente.

ANALISI DELLE SEGNALAZIONI

***Segnalazioni pervenute tramite il portale Intranet Aziendale**

Tipologia di eventi (n. 726)	
Eventi Sentinella	4
Eventi Avversi*	310
Quasi Eventi**	362
<i>Segnalazioni di NON CONFORMITA'</i>	50

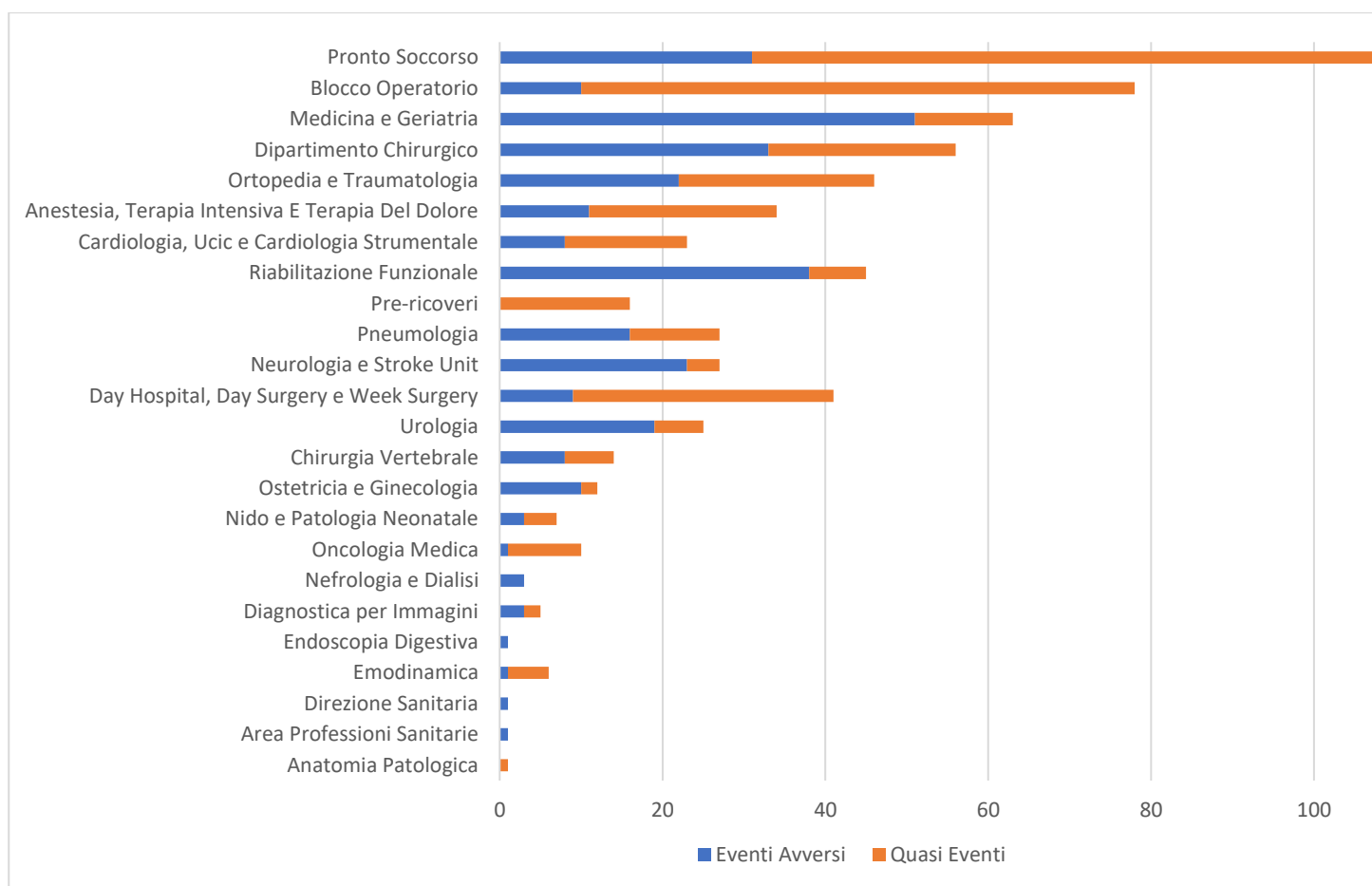
* n. 6 "Eventi Avversi" sono stati segnalati due volte

** n. 3 "Quasi Evento" è stato segnalato due volte.

Qualifica segnalante (n. 667)	
Professioni Sanitarie	612
Medico	50
OSS	4
Personale Amministrativo	1

Tipo di processo (n. 667)	
Ricovero ordinario programmato	301
Ricovero ordinario urgente	145
Urgenza e emergenza	114
Ambulatoriale	68
Altro	22
Day Hospital	13
Week Surgery	3
Distrettuale/Territoriale	1

Segnalazioni di Evento Avverso e Quasi Evento suddivise per UU.OO. segnalante.



La distribuzione delle segnalazioni di Eventi Avversi e Quasi Eventi per Unità Operativa deve essere interpretata non come indicatore diretto di performance o di qualità dell'assistenza, ma come espressione della capacità di intercettare, riconoscere e segnalare il rischio clinico, nel contesto della complessità assistenziale e organizzativa di ciascun ambito.

In tale prospettiva, il Pronto Soccorso presenta il numero complessivamente più elevato di segnalazioni, con una marcata prevalenza dei Quasi Eventi. Questo dato appare coerente con il ruolo dell'Unità Operativa quale snodo a più alta variabilità clinica, elevato turnover dei pazienti e maggiore esposizione a fattori di rischio sistemici. La predominanza dei Quasi Eventi suggerisce una significativa capacità di intercettazione precoce delle criticità e una propensione alla segnalazione che va letta come fattore di tutela per il paziente e per l'organizzazione, più che come elemento di criticità.

Un andamento analogo si osserva nel Blocco Operatorio e nei setting chirurgici a regime programmato (Day/Week Surgery), nei quali il numero di Quasi Eventi risulta nettamente superiore agli Eventi Avversi. Tale evidenza risulta coerente con l'elevato livello di strutturazione dei processi, la presenza di barriere organizzative consolidate e l'utilizzo sistematico di strumenti di prevenzione del rischio. In questi contesti, la segnalazione dei quasi incidenti può essere considerata indicativa di un sistema che intercetta le deviazioni prima che si traducano in esiti dannosi.

Nelle Unità Operative di Medicina e Geriatria, Dipartimento Chirurgico e Ortopedia e Traumatologia il rapporto tra Eventi Avversi e Quasi Eventi appare più equilibrato. Tale dato deve essere letto alla luce della complessità clinica dei pazienti assistiti, spesso caratterizzati da fragilità, comorbidità e percorsi di cura prolungati. In questi ambiti, il dato non consente inferenze semplicistiche, ma segnala l'opportunità di consolidare ulteriormente la capacità di identificare e segnalare anche le condizioni di rischio potenziale, al fine di rafforzare la prevenzione primaria.

Le aree ad alta intensità assistenziale, quali Terapia Intensiva, Cardiologia e UCIC, presentano volumi di segnalazione più contenuti ma con una presenza significativa di Quasi Eventi. Questo andamento appare compatibile con contesti ad elevata competenza specialistica e controllo dei processi, nei quali la segnalazione tende a concentrarsi su eventi selezionati e rilevanti, piuttosto che su un'elevata numerosità.

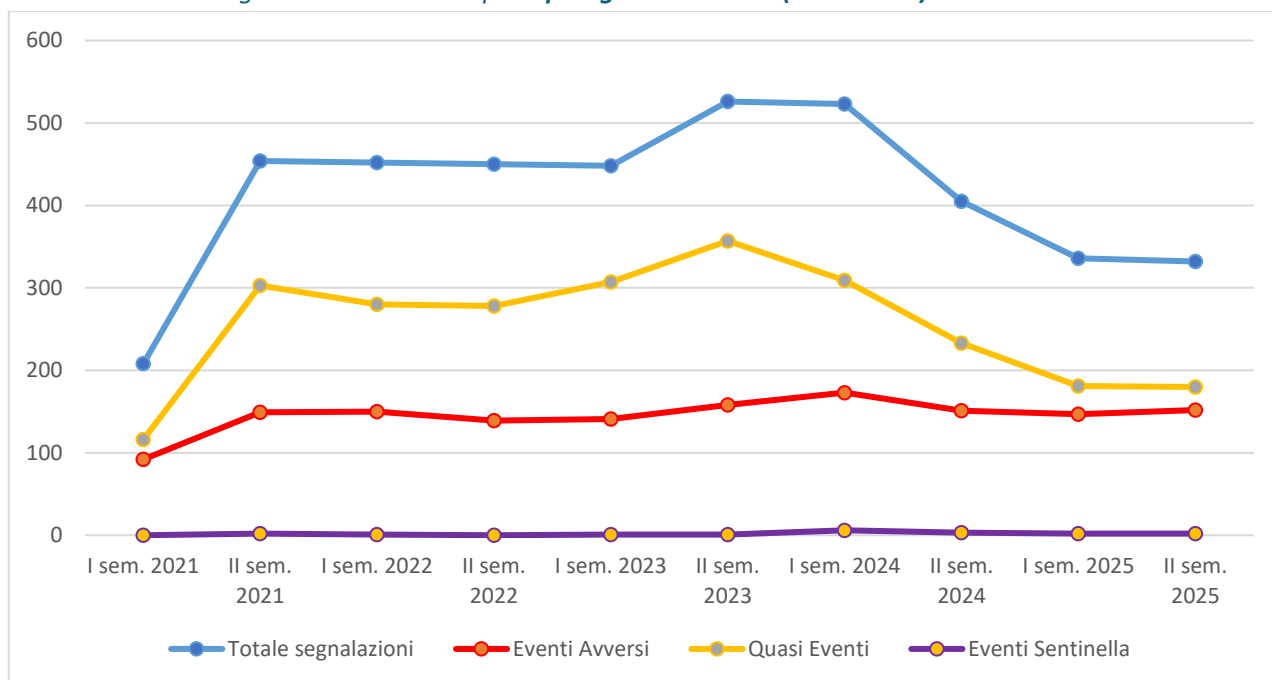
Alcune Unità Operative e servizi mostrano infine un numero ridotto di segnalazioni. Tale evidenza non può essere interpretata automaticamente come indicativa di minore rischio, né come carenza organizzativa, ma richiede una lettura prudente e contestualizzata. In questi casi, il dato rappresenta un elemento di attenzione gestionale, utile per stimolare il confronto con i responsabili di struttura e per verificare l'effettivo grado di diffusione degli strumenti di incident reporting.

Nel complesso, il rapporto tra Quasi Eventi ed Eventi Avversi costituisce un indicatore di particolare interesse direzionale, in quanto riflette il livello di maturità della cultura della sicurezza più che l'incidenza reale degli eventi. Una maggiore incidenza di Quasi Eventi può essere ragionevolmente considerata coerente con un'organizzazione orientata all'apprendimento e al miglioramento continuo.

Alla luce di tali evidenze, emerge la necessità di proseguire in un'azione mirata di rafforzamento della cultura della segnalazione, senza logiche comparative, ma in un'ottica di supporto, accompagnamento e sviluppo delle competenze organizzative.

L'obiettivo rimane quello di rendere il sistema di incident reporting uno strumento sempre più efficace di governo clinico, prevenzione del rischio e miglioramento della qualità delle cure.

Andamento delle segnalazioni suddivise per tipologia e semestre (2021-2025).



Il grafico mostra l'andamento delle segnalazioni di incident reporting suddivise per semestre (periodo di riferimento 2021-2025) distinguendo tra totale delle segnalazioni, eventi avversi, quasi eventi ed eventi sentinella. L'analisi complessiva evidenzia fasi chiaramente differenziate, che riflettono non solo l'andamento del rischio clinico, ma anche l'evoluzione del sistema di segnalazione.

A partire dal secondo semestre 2024, e in modo più evidente nel 2025, si osserva una contrazione del numero complessivo delle segnalazioni, che interessa in maniera selettiva i quasi eventi, mentre gli eventi avversi rimangono sostanzialmente stabili. Questo dato rappresenta un punto centrale di lettura critica.

Il calo non coincide con una riduzione proporzionale degli eventi avversi, suggerendo che non si tratti di un miglioramento diretto e automatico della sicurezza, né di un sottoriporto generalizzato degli eventi con esito. L'evoluzione della scheda di segnalazione di Incident Reporting nel 2025 ha certamente migliorato la qualità e la robustezza del dato raccolto, ma ha anche innalzato la soglia di accesso alla segnalazione, rendendo meno immediata la registrazione di eventi intercettati precocemente o percepiti come di minore rilevanza clinica. In questo senso, il sistema diventa più selettivo, ma rischia di perdere una parte dei segnali deboli, che costituiscono uno degli elementi di maggior valore preventivo nel risk management.

ANALISI DEGLI EVENTI E PIANI DI MIGLIORAMENTO

Numero e tipologia di eventi analizzati nel corso del 2025.

Tipologia di evento analizzato	Metodo di analisi	U.O./Servizio coinvolto
Evento Avverso – <i>Inadeguata prescrizione/somministrazione farmaco (inquadrabile come Evento Sentinella n. 23)</i>	Analisi documentale SEA	Terapia Intensiva
Quasi Evento – <i>Inadeguata prescrizione/somministrazione farmaco</i>	Analisi documentale Audit	Oncologia Medica – Farmacia – UFA
Evento Sentinella n. 9 - <i>Morte o grave danno per caduta di paziente: necessità di intervento chirurgico a seguito di caduta</i>	Analisi documentale	Ortopedia e Traumatologia
Evento Avverso – <i>Omissione per mancata procedura chirurgica</i>	Analisi documentale Audit	Ortopedia e Traumatologia – Sala Operatoria
Evento Sentinella n. 9 - <i>Morte o grave danno per caduta di paziente: necessità di reintervento chirurgico</i>	Analisi documentale	Ortopedia e Traumatologia
Quasi Evento – <i>Lesione da inadeguata postura/decubito</i>	Analisi documentale Audit	Urologia
Quasi Evento – <i>Inadeguata prestazione assistenziale</i>	Analisi documentale Audit	Chirurgia Senologica
Evento Avverso – Evento Sentinella n. 23 (“substandard care”)	Analisi documentale SEA	Dipartimento Materno Infantile
Evento Avverso – <i>Morte improvvisa in paziente PS-OBI</i>	Analisi documentale SEA	Pronto Soccorso - Ortopedia e Traumatologia
Evento Sentinella n. 9 - <i>Morte o grave danno per caduta di paziente: necessità di reintervento chirurgico</i>	Analisi documentale Audit	Riabilitazione Funzionale
Evento Avverso – <i>Ritardo procedura terapeutica</i>	Analisi documentale Audit	Pronto Soccorso – Endoscopia Digestiva
Evento Avverso – <i>Morte improvvisa di paziente in PS</i>	Analisi documentale SEA	Pronto Soccorso
Evento Avverso – <i>Inadeguata prescrizione/somministrazione farmaco</i>	Analisi documentale Audit	Patologia Neonatale – Nido
Evento Sentinella n. 9 - <i>Morte o grave danno per caduta di paziente: intervento chirurgico a seguito di caduta</i>	Analisi documentale Audit	Chirurgia Epato-Bilio- Pancreatica
Near Miss – <i>Inadeguata prescrizione/somministrazione farmaco</i>	Analisi documentale Audit	Pronto Soccorso - Pneumologia
Evento Avverso – <i>Inadeguata procedura chirurgica</i>	Analisi documentale Audit	Ostetricia e Ginecologia – Blocco Operatorio – Centrale di Sterilizzazione
Evento Avverso – <i>Ritardo procedura diagnostica (inquadrabile come Evento Sentinella n. 18)</i>	Analisi documentale Audit	Medicina Generale - Sala Operatoria - Anatomia Patologica - Microbiologia
Evento Avverso – Evento Sentinella n. 23 (“substandard care”)	Analisi documentale Audit	Medicina e Geriatria - Cardiologia

Nel complesso, vi è un rafforzamento del governo del processo di audit, con un orientamento più marcato verso l'efficacia delle azioni correttive e la loro sostenibilità nel tempo, in coerenza con l'evoluzione del sistema di Incident Reporting e con gli obiettivi aziendali di miglioramento continuo della qualità e della sicurezza delle cure.

Nel corso del 2025, le attività di gestione del rischio hanno pertanto condotto all'avvio — e in parte all'implementazione — di azioni di miglioramento mirate, prevalentemente indirizzate alla standardizzazione dei processi, al rafforzamento della tracciabilità e alla revisione delle procedure aziendali, con particolare attenzione alla verifica dell'adesione alle misure condivise.

STORICO EVENTI SENTINELLA (2023-2025)

Numero e tipologia di Eventi Sentinella segnalati nel triennio 2023-2025.

Anno	Evento Sentinella
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
2025	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 – Reintervento chirurgico U.O. Riabilitazione funzionale
	Morte o grave danno per caduta di paziente – Intervento chirurgico a seguito di caduta U.O. Chirurgia Epato-Bilio-Pancreatica

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

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.

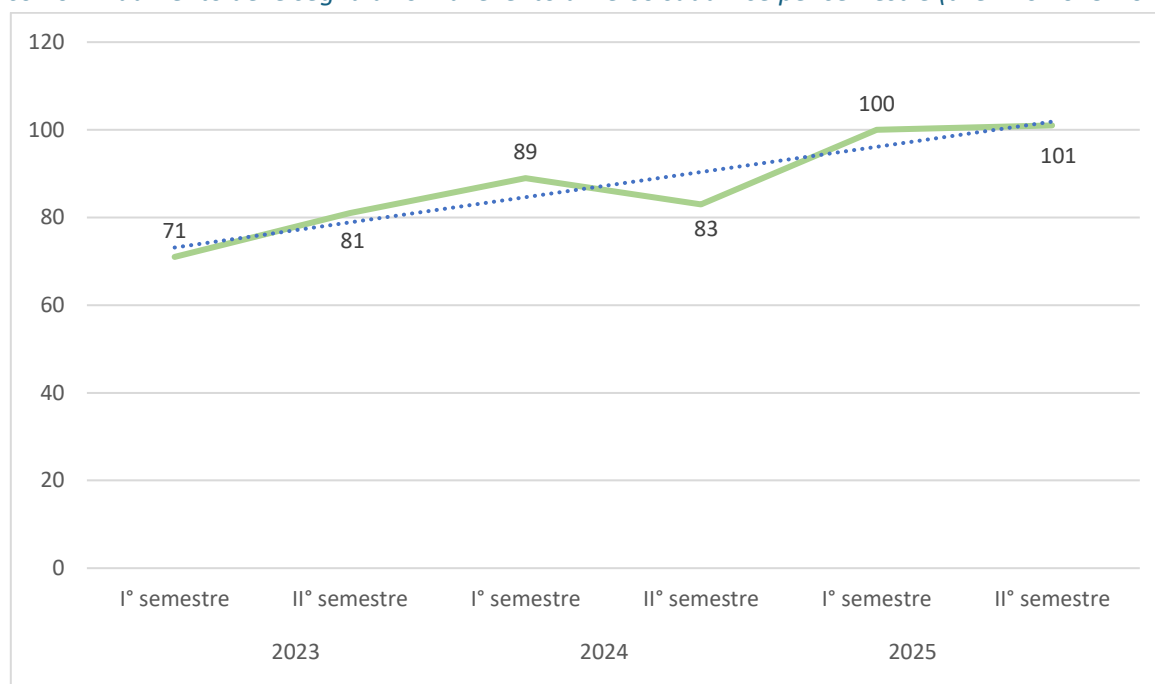
EPIDEMIOLOGIA

Sono state segnalate n. **203** cadute nel corso dell'anno 2025. Di queste n. 201 *Eventi Avversi* e n. 2 *Quasi Evento*.

In quattro casi la caduta segnalata ha soddisfatto i criteri previsti per la classificazione di **Evento Sentinella** ed è stata pertanto inoltrata secondo il flusso ministeriale dedicato.

Le cadute accidentali rappresentano il 30,3 % degli incident report segnalati nel corso dell'anno 2025.

Grafico 10. Andamento delle segnalazioni di evento avverso suddivise per semestre (triennio 2023-2025).



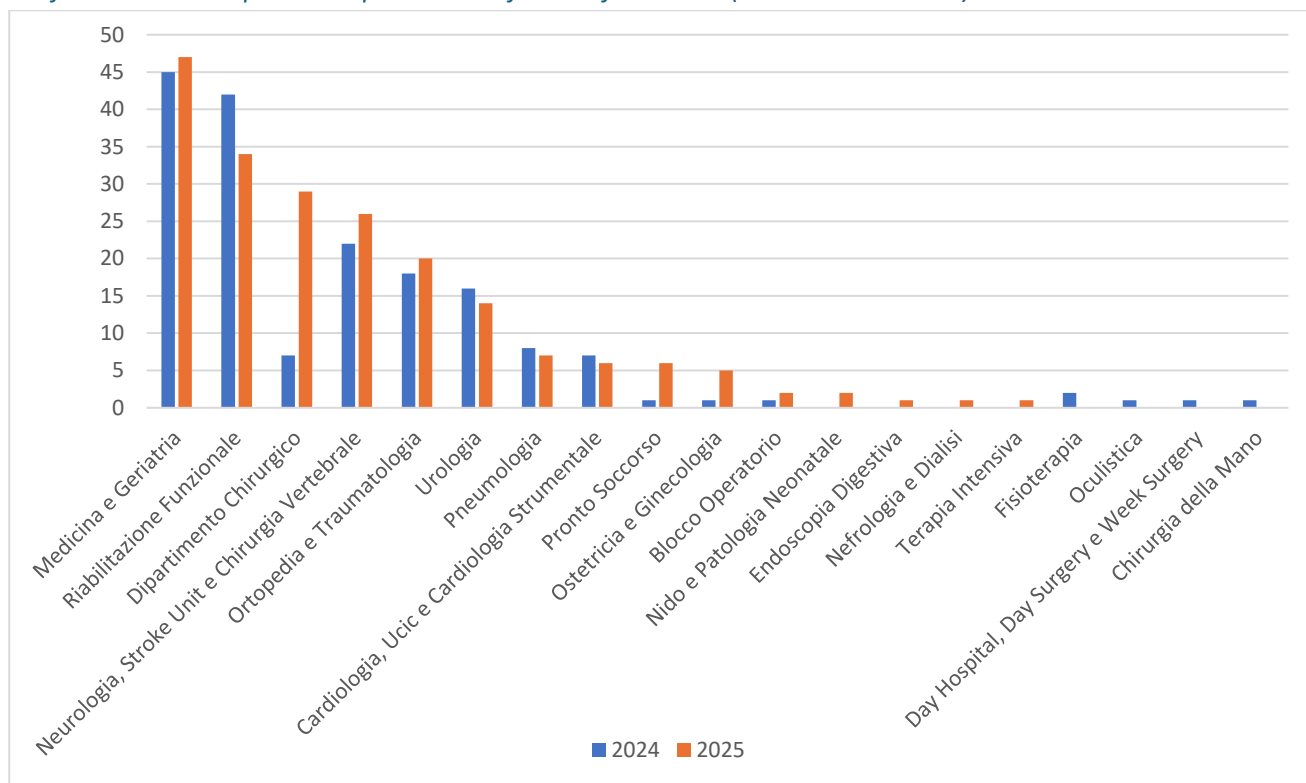
Si è assistito ad un *aumento del trend nel triennio*, evidenziando una stabilità nei due semestri del 2025.

Nel periodo oggetto di analisi le segnalazioni dell'evento Caduta sono:

- n. **201** nel corso dell'anno **2025** e rappresentano il **67 %** del totale delle segnalazioni di "Evento Avverso";
- n. **172** nel corso dell'anno **2024** per il medesimo periodo, rappresentando il **53,7 %** del totale delle segnalazioni di "Evento Avverso";
- n. **152** nel **2023**, rappresentando il **50%** degli eventi avversi.

DISTRIBUZIONE DELLE CADUTE PER UU.OO E SERVIZI

Grafico 11. UU.OO. presso le quali si è verificato il fenomeno (biennio 2024-2025).



Il grafico presenta il confronto tra il numero di cadute registrate nel 2024 e nel 2025, suddivise per unità operativa, consentendo di identificare le aree maggiormente interessate e di descrivere l'andamento temporale del fenomeno ai fini del monitoraggio e della rendicontazione annuale.

La distribuzione degli eventi evidenzia, in entrambi gli anni, una maggiore numerosità di segnalazioni nelle aree di **Medicina e Geriatria, Riabilitazione Funzionale, Dipartimento Chirurgico, Neurologia, Stroke Unit e Chirurgia Vertebrale, Ortopedia e Traumatologia**.

Nel **2025** si osserva un **incremento complessivo del numero di cadute rispetto al 2024**, con un aumento evidente in diverse unità operative già caratterizzate da elevata incidenza. In particolare, le Unità Operative di Medicina e Geriatria e Riabilitazione Funzionale mostrano un numero di eventi superiore rispetto all'anno precedente, mantenendo il ruolo di ambiti maggiormente interessati dal fenomeno. Incrementi, seppur con diversa entità, si rilevano anche in alcune aree chirurgiche e mediche.

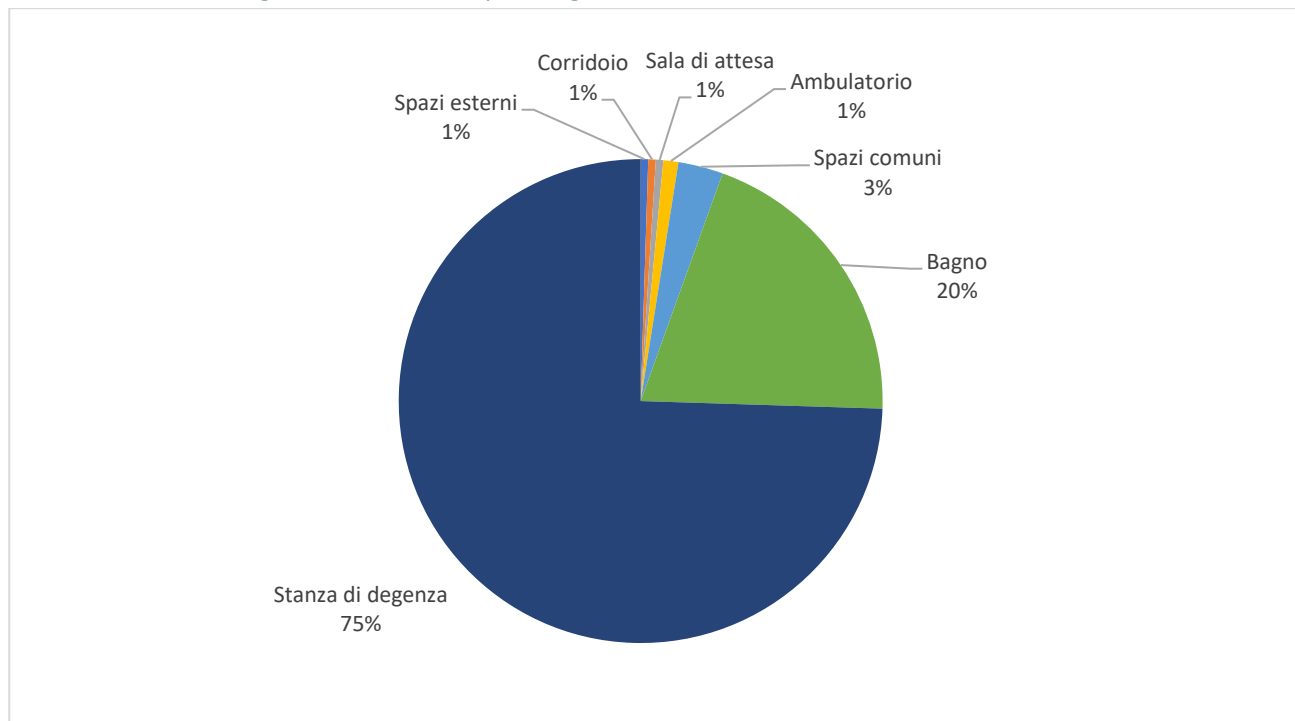
Le unità operative con bassa incidenza confermano valori contenuti in entrambi gli anni; tuttavia, nel 2025 compaiono segnalazioni in alcune strutture in cui nel 2024 non erano stati registrati eventi, seppur con numeri limitati.

Nel complesso, il confronto annuale evidenzia un aumento del numero assoluto di cadute nel 2025, pur mantenendo una distribuzione degli eventi sostanzialmente coerente con quella dell'anno precedente.

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.

Distribuzione delle segnalazioni (n. 201) per luogo di caduta nel 2025.

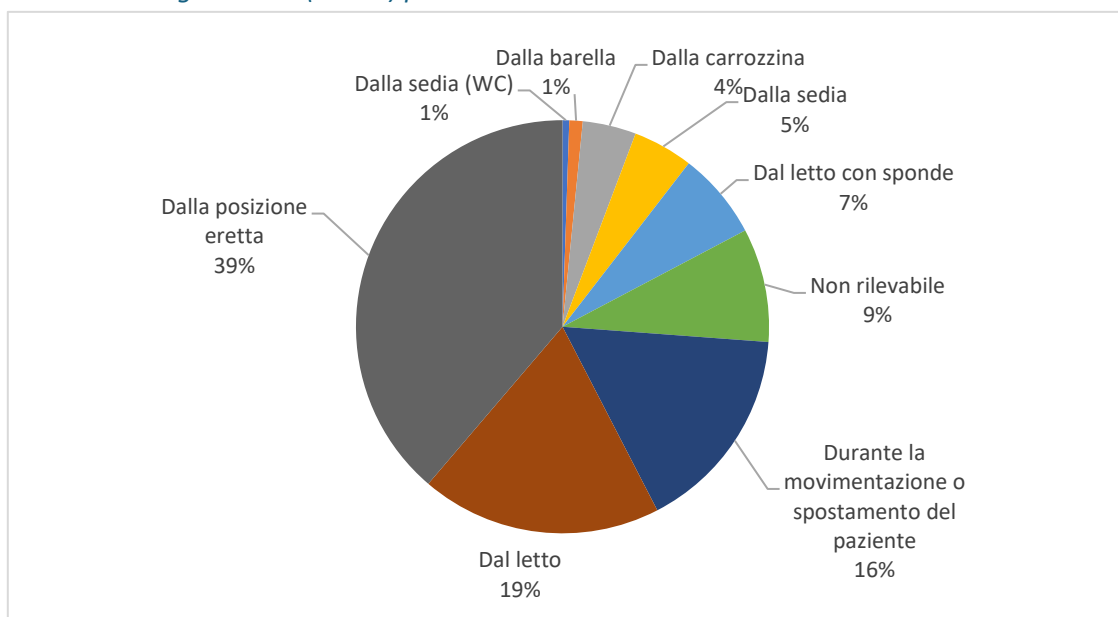


La quota nettamente prevalente degli eventi si verifica all'interno della stanza di degenza, che concentra il 75% delle cadute segnalate.

Una percentuale rilevante, pari al 20%, riguarda il bagno, configurandosi come il secondo ambito maggiormente interessato dal fenomeno.

Le restanti cadute risultano distribuite in misura limitata in altri contesti assistenziali: spazi comuni (3%), ambulatorio (1%), sala di attesa (1%), corridoio (1%) e spazi esterni (1%).

Distribuzione delle segnalazioni (n. 201) per modalità di caduta nel 2025.



Il grafico a torta rappresenta la distribuzione percentuale delle cadute in base alla modalità dell'evento. La quota più consistente riguarda le cadute dalla posizione eretta, che costituiscono il 39% del totale.

Seguono le cadute dal letto, pari al 19%, e quelle avvenute durante la movimentazione o lo spostamento del paziente, che rappresentano il 16% degli eventi.

Una quota pari al 9% è classificata come non rilevabile, indicando situazioni in cui non è stato possibile ricostruire con precisione la dinamica della caduta.

Le cadute dal letto con sponde rappresentano il 7%, mentre quelle dalla sedia e dalla carrozzina incidono rispettivamente per il 5% e il 4%. Residuali risultano le cadute dalla sedia (WC) e dalla barella, entrambe pari all'1%.

Nel complesso, il grafico evidenzia che la maggior parte delle cadute avviene in relazione alla stazione eretta, al letto o alle fasi di mobilizzazione, mentre una quota minoritaria è associata a dispositivi di supporto o a situazioni meno frequenti.

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 caduta¹.

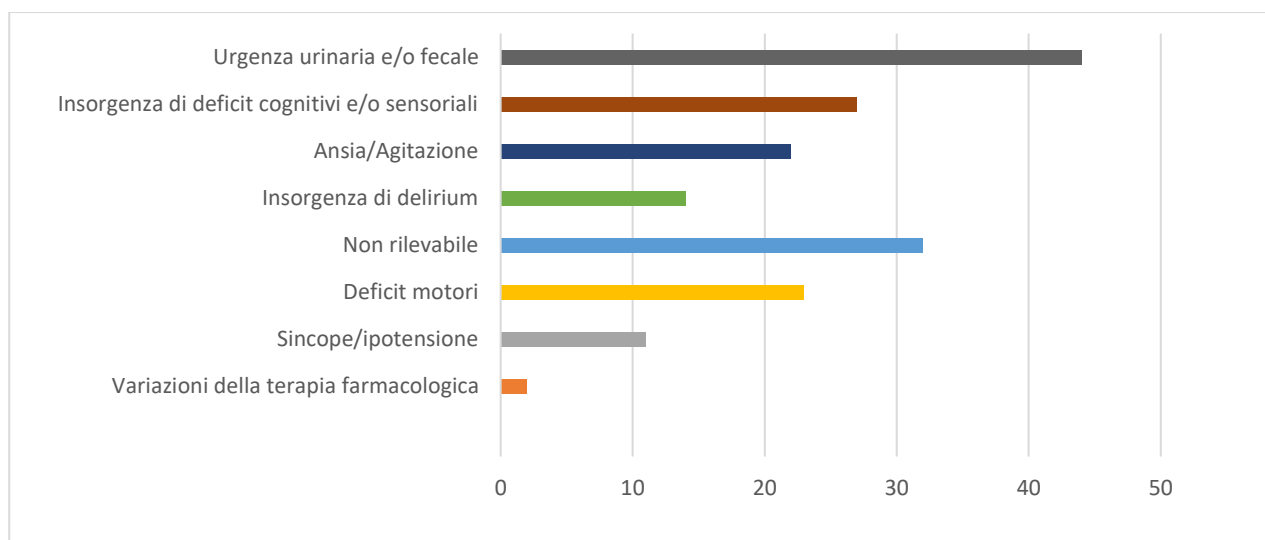
Le "Linee di indirizzo per la prevenzione e la gestione delle cadute del paziente" della Regione Veneto del 2020 evidenziano l'importanza di dividere i fattori di rischio in due categorie:

- **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

Fattori intrinseci di caduta.



¹ AJN The American Journal of Nursing, "Reducing Fall Risk in Older Adults"; luglio 2018 - Volume 118 - Numero 7

Il grafico a barre rappresenta la distribuzione dei fattori associati alle cadute, così come rilevati al momento della segnalazione. Il fattore più frequentemente riportato è l'urgenza urinaria e/o fecale, che costituisce la quota numericamente più elevata degli eventi registrati.

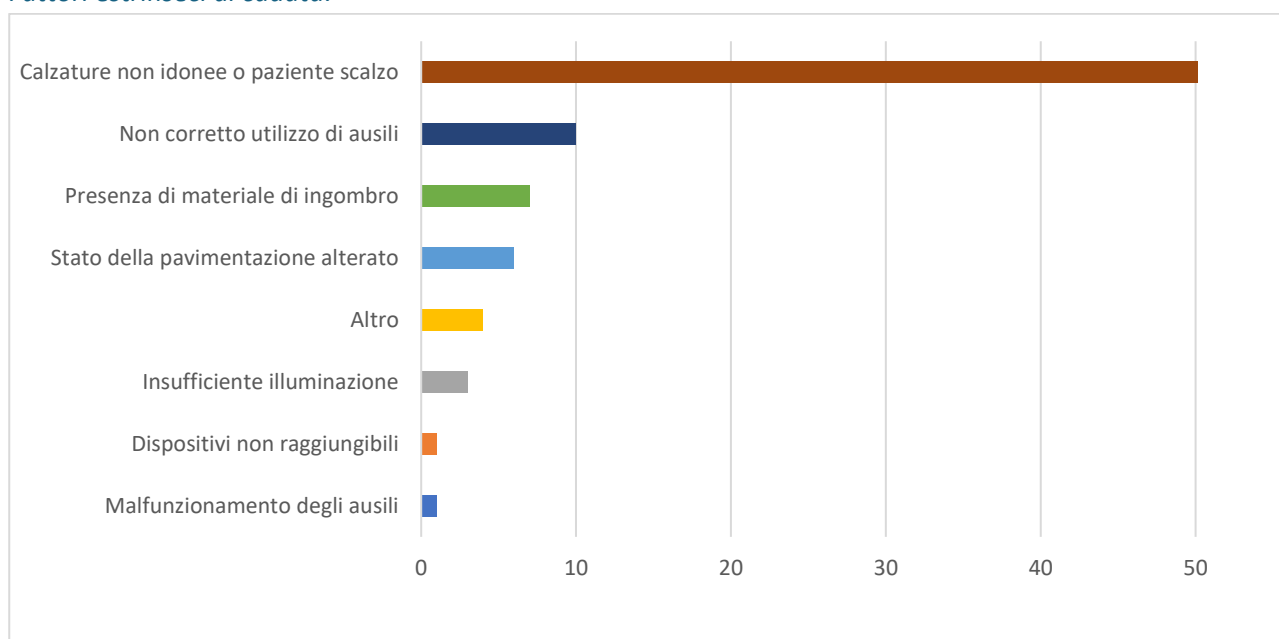
Tra i fattori maggiormente rappresentati figurano inoltre l'insorgenza di deficit cognitivi e/o sensoriali, l'ansia o agitazione e i deficit motori, tutti presenti con un numero rilevante di eventi.

Ulteriori fattori riportati, seppur con incidenza inferiore, includono l'insorgenza di delirium e la sincope o ipotensione. Le variazioni della terapia farmacologica risultano invece associate a un numero molto limitato di eventi.

Seguono i casi classificati come non rilevabili, che rappresentano una parte significativa delle segnalazioni, indicando situazioni in cui non è stato possibile individuare con certezza il fattore scatenante della caduta.

Fattori Estrinseci

Fattori estrinseci di caduta.



Il grafico a barre rappresenta la distribuzione dei fattori ambientali e organizzativi associati agli eventi di caduta. Il fattore nettamente più frequente è rappresentato da calzature non idonee o paziente scalzo, che costituisce la quota preponderante delle segnalazioni.

Seguono, con un numero significativamente inferiore di eventi, il non corretto utilizzo di ausili e la presenza di materiale di ingombro, che risultano tra i fattori più frequentemente riportati dopo le calzature non adeguate. Ulteriori segnalazioni riguardano lo stato della pavimentazione alterato e la categoria residuale "Altro", entrambe con incidenza contenuta.

Le voci relative a insufficiente illuminazione, dispositivi non raggiungibili e malfunzionamento degli ausili risultano invece scarsamente rappresentate, con un numero limitato di eventi associati.

CONCLUSIONI E PIANO DI MIGLIORAMENTO

Nel corso del 2025 il fenomeno delle cadute ospedaliere si conferma tra gli eventi avversi più rilevanti per frequenza e impatto assistenziale e organizzativo. L'analisi dei dati evidenzia un incremento delle segnalazioni e dell'indicatore per 1.000 giornate di degenza rispetto agli anni precedenti, con una maggiore concentrazione degli eventi nei contesti di ricovero ordinario e nelle unità operative che assistono pazienti a

maggiore fragilità clinica, funzionale e cognitiva. Le cadute si verificano prevalentemente nella stanza di degenza e nel bagno, più frequentemente dalla posizione eretta, e risultano associate soprattutto a fattori intrinseci del paziente, quali urgenza urinaria/fecale, deficit cognitivi e sensoriali e agitazione, oltre che a fattori estrinseci prevenibili, in particolare l'uso di calzature non idonee.

Il dato osservato deve tuttavia essere interpretato con cautela, in quanto l'aumento delle segnalazioni potrebbe essere stato influenzato, almeno in parte, anche da una maggiore sensibilità alla segnalazione conseguente alle attività formative svolte nell'ultimo anno sul tema dell'incident reporting e delle cadute, nonché dall'aggiornamento della procedura aziendale di riferimento. In tale prospettiva, il trend in crescita può riflettere non solo un incremento del fenomeno, ma anche un miglioramento della capacità dell'organizzazione di rilevare e segnalare gli eventi.

Si conferma pertanto la necessità di mantenere elevata l'attenzione sul fenomeno, rafforzando il monitoraggio, la prevenzione multiprofessionale e l'analisi sistematica degli eventi, anche attraverso il coinvolgimento attivo della rete aziendale dei referenti qualità.

Per il 2026 si ritiene prioritario consolidare a livello aziendale il percorso di prevenzione e gestione delle cadute attraverso azioni coordinate di tipo organizzativo, formativo e di monitoraggio. In particolare, si propone:

- organizzazione di **formazione residenziale**, rivolta inizialmente ai professionisti delle UU.OO. in cui il fenomeno si verifica più frequentemente, con successiva estensione a tutti i contesti assistenziali attraverso il coinvolgimento attivo della **rete dei referenti qualità**;
- rafforzare gli audit documentali sulla corretta applicazione della procedura aziendale, con particolare attenzione alla valutazione iniziale del rischio, alla rivalutazione dopo variazioni cliniche o dopo caduta e alla pianificazione degli interventi personalizzati;
- monitorare in modo strutturato i principali **indicatori di processo ed esito** previsti dalla procedura, con restituzione periodica dei dati alle UU.OO.;
- promuovere interventi mirati sui fattori più frequentemente associati agli eventi, quali gestione dell'urgenza urinaria/fecale, sorveglianza nei momenti di mobilitazione, corretto utilizzo di ausili e calzature idonee, sicurezza della stanza di degenza e del bagno;
- valorizzare il ruolo dei coordinatori nella rilevazione delle criticità ambientali, nella diffusione delle buone pratiche e nel follow-up delle azioni correttive.

In tale prospettiva, il mantenimento di un elevato livello di attenzione al tema e il consolidamento della cultura della segnalazione rappresentano elementi essenziali per una lettura corretta del fenomeno, per l'effettiva riduzione del rischio di caduta e per il potenziale risvolto risarcitorio.

VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI

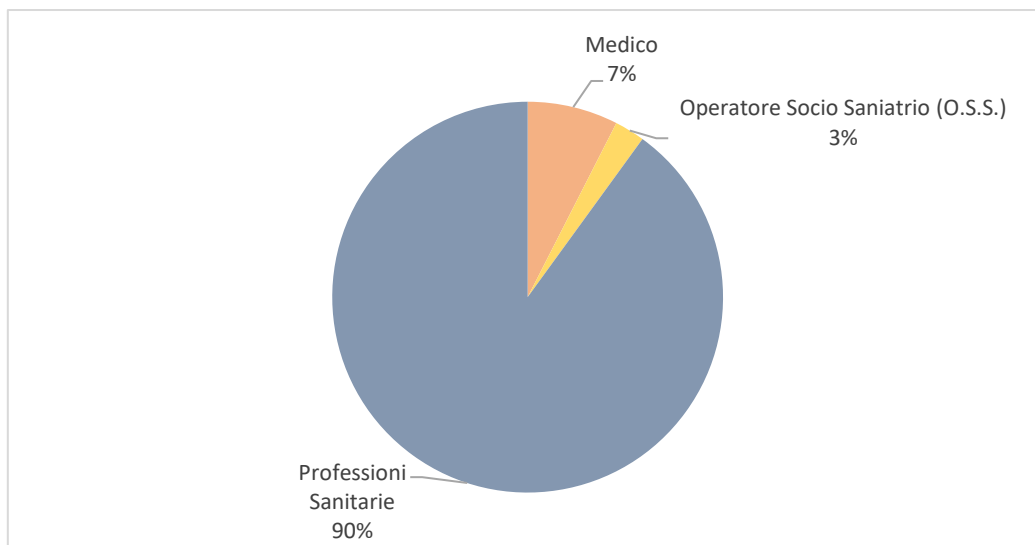
Le aggressioni verbali, fisiche e comportamentali nei confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari rappresentano un ambito di particolare rilievo per il sistema di gestione del rischio clinico e per la tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, in quanto possono determinare conseguenze rilevanti sul benessere degli operatori, sulla continuità dei servizi, sul clima organizzativo e, indirettamente, sulla qualità e sicurezza dell'assistenza erogata.

Nel quadro normativo nazionale, infatti, la sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute, mentre la tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori costituisce obbligo generale dell'organizzazione. In tale prospettiva, gli atti di violenza a danno degli operatori sono oggetto di specifica attenzione da parte del Ministero della Salute, che li ricomprende tra gli eventi di particolare rilevanza per la sicurezza e ha dedicato al tema la Raccomandazione n. 8 per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori in ambito sanitario e sociosanitario, recentemente aggiornata nel mese di novembre 2025.

Il quadro di tutela è stato inoltre rafforzato dalla Legge n. 113/2020, che ha istituito specifiche misure di monitoraggio, prevenzione e sensibilizzazione, e dalle ulteriori disposizioni introdotte con il decreto-legge n. 137/2024, convertito con modificazioni dalla Legge n. 171/2024, finalizzate al contrasto della violenza nei confronti dei professionisti sanitari, sociosanitari, ausiliari e di assistenza e cura.

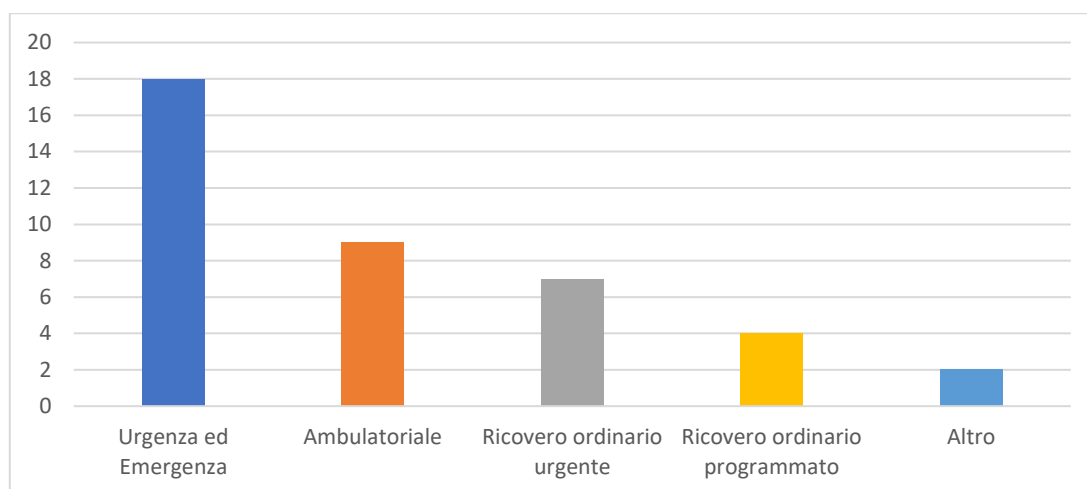
In coerenza con tale quadro, l'analisi delle segnalazioni di aggressione relative all'anno 2025 (n. 40) è finalizzata a descrivere il fenomeno, individuare i contesti a maggiore esposizione e orientare interventi organizzativi, strutturali, formativi e preventivi mirati.

Distribuzione delle aggressioni (n. 40) per qualifica segnalante - 2025.



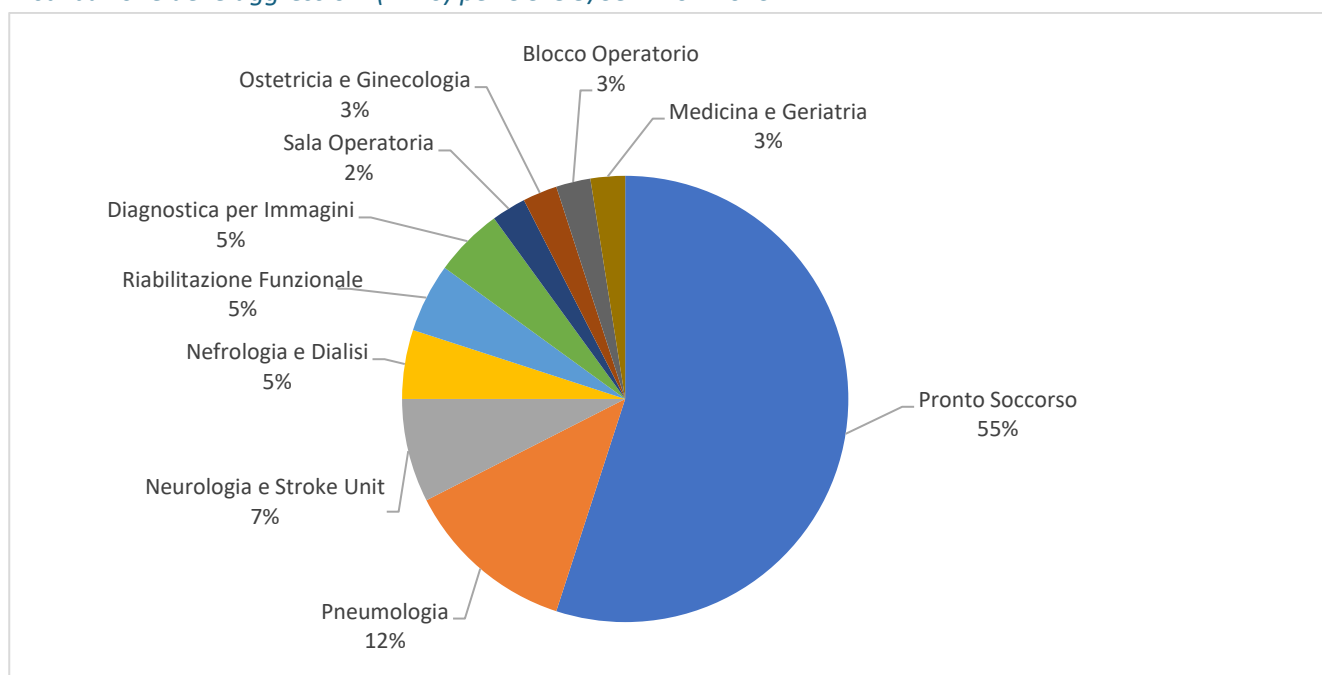
Il grafico evidenzia che le segnalazioni di aggressione provengono dalle Professioni Sanitarie, che rappresentano il 90% del totale. Seguono i Medici con il 7% e gli Operatori Socio Sanitari (O.S.S.) con il 3%. Il dato suggerisce che gli episodi di aggressione coinvolgano prevalentemente il personale sanitario maggiormente presente nel percorso assistenziale e più esposto al contatto diretto e continuativo con pazienti e familiari.

Distribuzione delle aggressioni (n. 40) per tipologia di processo - 2025.



Il secondo grafico mostra che le aggressioni si verificano soprattutto nell'ambito di **Urgenza ed Emergenza**, che raccoglie **18 episodi**, pari al **45%** del totale. Seguono l'area **Ambulatoriale** con **9 casi (22,5%)** e il **Ricovero ordinario urgente** con **7 casi (17,5%)**. Più contenuti risultano i casi relativi al **Ricovero ordinario programmato (4 casi, pari al 10%)** e alla voce **Altro (2 casi, pari al 5%)**. Il grafico conferma quindi che il rischio di aggressione risulta maggiormente concentrato nei percorsi assistenziali non programmati, caratterizzati da maggiore pressione organizzativa, tempi di attesa e complessità gestionale.

Distribuzione delle aggressioni (n. 40) per UU.OO/Servizio - 2025.



Si evidenzia come le **aggressioni** si concentrino in misura prevalente nel **Pronto Soccorso**, che rappresenta da solo il **55%** delle segnalazioni. Seguono, a distanza, la **Pneumologia** con il **12%** e la **Neurologia e Stroke Unit** con il **7%**. Quote più contenute, ma comunque significative, si osservano in **Nefrologia e Dialisi**, **Riabilitazione Funzionale** e **Diagnostica per Immagini** (tutte pari al **5%**), mentre **Medicina e Geriatria**, **Blocco Operatorio** e **Ostetricia e Ginecologia** si attestano al **3%** e la **Sala Operatoria** al **2%**. Nel complesso, il dato conferma una maggiore esposizione al rischio aggressione nei contesti a più alta intensità relazionale, di instabilità clinica e di accesso non programmato.

CONCLUSIONI E PIANO DI MIGLIORAMENTO

Nel corso del **2025** gli episodi di **violenza a danno degli operatori** confermano la presenza di un'area di rischio rilevante, con una maggiore concentrazione nei contesti a più alta intensità relazionale e di accesso non programmato, in particolare nel **Pronto Soccorso**. L'analisi delle segnalazioni evidenzia inoltre una maggiore esposizione delle **Professioni Sanitarie**, confermando come il fenomeno si collochi soprattutto nei setting caratterizzati da elevata pressione assistenziale, instabilità clinica, tempi di attesa e complessità organizzativa. Si tratta di un ambito che incide non solo sulla tutela del personale, ma anche sul funzionamento dei servizi, sul clima organizzativo e sulla qualità dell'assistenza erogata.

Il quadro emerso conferma la necessità di considerare gli episodi di aggressione non come eventi isolati, ma come fenomeni da leggere all'interno del più ampio sistema di sicurezza organizzativa e di gestione del rischio clinico. In tale prospettiva, la frequente concentrazione in specifici setting assistenziali suggerisce la presenza di fattori strutturali, relazionali e organizzativi che richiedono una lettura sistemica e non esclusivamente episodica. La corretta segnalazione, l'analisi del contesto e la restituzione delle evidenze ai servizi interessati rappresentano pertanto elementi centrali per l'efficacia delle misure di prevenzione.

Alla luce di tali evidenze, per il **2026** si ritiene prioritario rafforzare il sistema aziendale di prevenzione e gestione degli atti di violenza, con particolare riferimento ai contesti a maggiore esposizione. In via prioritaria, si ritiene necessario procedere all'aggiornamento della procedura aziendale dedicata, con recepimento della **Raccomandazione Ministeriale n. 8** aggiornata, alla revisione dei flussi di segnalazione e gestione degli episodi, al rafforzamento delle misure organizzative e di supporto e al consolidamento del monitoraggio aziendale del fenomeno. In tale ambito dovrà essere favorita una lettura periodica dei dati, orientata non solo alla numerosità degli eventi, ma anche alla capacità dell'organizzazione di identificare precocemente le aree di maggiore vulnerabilità e di attivare adeguate misure correttive.

LESIONI DA PRESSIONE

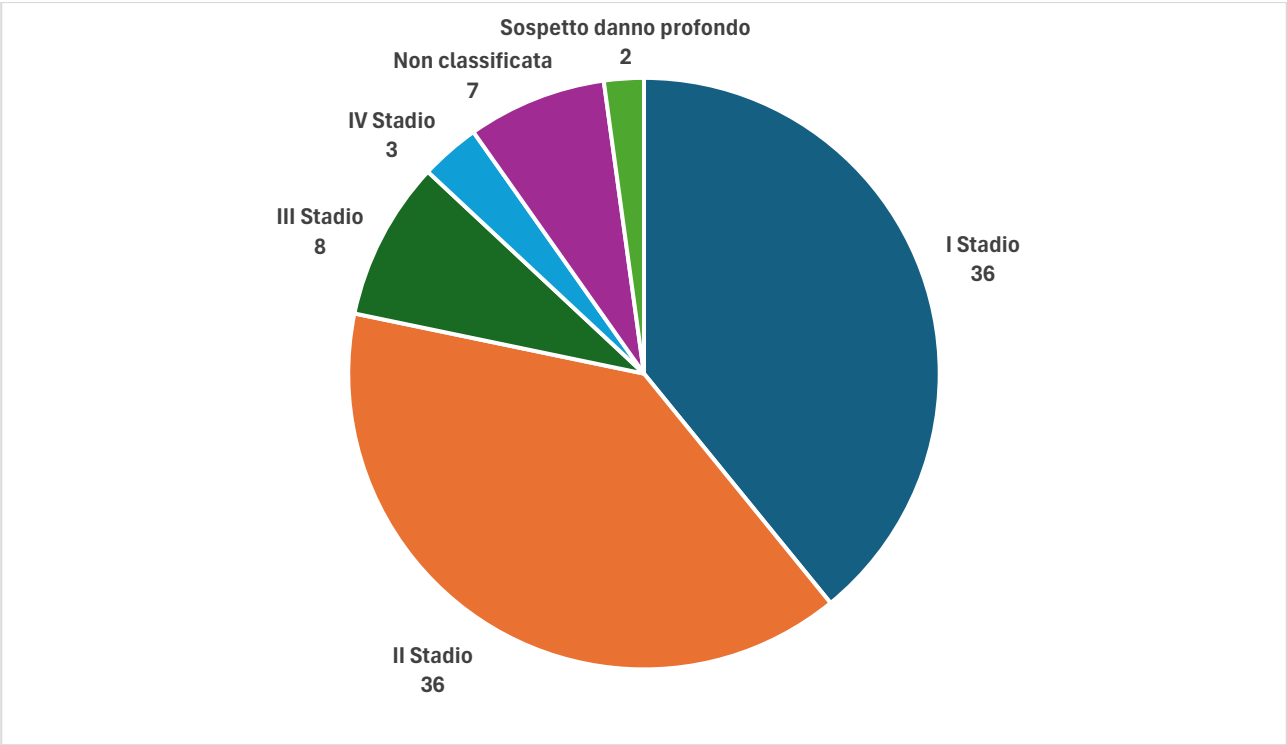
Nel corso del 2025 sono state registrate n. 92 segnalazioni di lesione da pressione (LdP).

Delle 92 segnalazioni di lesioni da pressione, 28 (30.4%) si riferiscono ad una lesione insorta o peggiorata durante la degenza, e quindi un esito correlato all'assistenza erogata durante la degenza.

Proporzione di LdP insorte/peggiorate durante la degenza sul totale delle segnalazioni di LdP (anno 2025).

Di seguito si riporta la suddivisione, secondo la classificazione NPUAP/EPUAP, delle 92 segnalazioni di LdP pervenute nel corso del 2025. Dal grafico sotto riportato emerge che più del 60% si riferisce a LdP di stadio ≤ II e quindi una lesione con soluzione di continuità.

Classificazione NPUAP/EPUAP delle LdP segnalate (anno 2025).



Nel corso del 2025, inoltre, è stato condotto un monitoraggio circa gli indicatori proposti nella procedura aziendale (PGS 01 Prevenzione e gestione delle lesioni da pressione).

Sono stati quindi analizzati, sul numero di segnalazioni di LdP pervenute nel periodo ottobre-dicembre 2024, 5 indicatori di processo e 1 indicatore di esito.

Di seguito si riportano gli indicatori ed i risultati emersi.

1. SCALA DI BRADEN

Numeratore	Denominatore	Standard	Fonte
Numero di pazienti valutati con Scala Braden	Numero di pazienti ricoverati con età maggiore di 14 anni che presentano i criteri previsti nell'Allegato A del DGRV n. 42 del 11/04/2019	≥ 95%	Campione di cartelle cliniche

Se la persona risulta avere un punteggio, sulla Scala di Braden, ≤ 18 è considerata a rischio di ulcere da pressione. In tale caso è necessario pianificare interventi di prevenzione personalizzati che prendono in considerazione la globalità della persona.

Risultati:

Numero di pazienti valutati con scala Braden	Numero di pazienti ricoverati con età maggiore di 14 anni che presentano i criteri previsti nell'Allegato A del DGRV n. 42 del 11/04/2019	Standard prestabilito	Risultati
21	21	$\geq 95\%$	100%

Ad oggi l'obbligo di compilare la Scala di Braden è previsto sia per la richiesta del materasso antidecubito che per eseguire la segnalazione di lesione da pressione. Di conseguenza, in tutte le 21 segnalazioni analizzate, la scala di Braden è stata compilata (100% dei casi).

2. MATERASSO ANTIDECUBITO

Numeratore	Denominatore	Standard	Fonte
Numero di pazienti con materasso antidecubito idoneo	Numero di pazienti con materasso antidecubito	$\geq 95\%$	Portale ditta fornitrice superfici antidecubito

Se emerge un punteggio della Scala di Braden ≤ 18 , si procede con l'assegnazione della superficie antidecubito.

Punteggio Braden	Numero e stadio LdP	Materasso da utilizzare	Caratteristiche della superficie
18-15	Nessuna	Quattro Overlay®	Materasso a pressione alternata con scarico attivo delle pressioni
18-15	I-II stadio	Quattro Plus®	Materasso con sistema di fluttuazione dinamica integrata a cessione d'aria
14-13	Nessuna / I-II stadio		
≤ 12	qualsiasi	Quattro Acute®	Materasso con sistema a fluttuazione dinamica integrata a microcessione d'aria. Sistema antidecubito per seduta se posizionamento in sedia
qualsiasi	III-IV stadio		

Risultati:

Numero di pazienti con materasso antidecubito idoneo	Numero di pazienti con materasso antidecubito	Standard prestabilito	Risultati
10	12	$\geq 95\%$	83.3%

Delle 21 segnalazioni in analisi, 5 erano riferite agli stessi pazienti ma con lesioni multiple o differenti, riducendo dunque il numero effettivo di pazienti analizzati a 16. Tra questi, 15 presentavano l'indicazione per il posizionamento di una superficie antidecubito. In 12 casi è stato effettivamente posizionato un

materasso antidecubito (80%), ed in 10 di essi il modello utilizzato era quello idoneo (83.3%). **Il corretto posizionamento della superficie antidecubito si è verificato quindi in 10 casi, pari al 83.3%.**

3. CONSULENZE DIETETICHE

Numeratore	Denominatore	Standard	Fonte
Numero di consulenze dietetiche erogate per pazienti a rischio o con LdP	Numero di pazienti con almeno un criterio di attivazione della consulenza dietetica	≥ 80%	Portale aziendale "C4C"

Nel caso in cui il paziente presenti già una lesione da pressione e/o la risposta ad una o più delle domande riportate è "sì", aspetto che aumenta il rischio nutrizionale, è necessario attivare la consulenza dietetica attraverso il portale aziendale "Registro Cartelle":

- il paziente ha perso peso negli ultimi 3 mesi;
- il paziente, nelle ultime settimane, assume introiti alimentari <75% dei normali fabbisogni (punteggi della scala di Braden relativi alla nutrizione da 1 a 3);
- i valori ematici di albumina, prealbumina, transferrina e conta linfocitaria sono inferiori alla norma.

Risultati:

Dalle 21 segnalazioni, 5 riguardavano lesioni da decubito diverse negli stessi 3 pazienti. Di conseguenza, il numero di pazienti analizzati si riduce a 16. Tra questi 16 pazienti, 14 soddisfacevano almeno un criterio per l'attivazione della consulenza dietetica.

Numero di consulenze dietetiche erogate per pazienti a rischio o con LdP	Numero di pazienti con almeno un criterio di attivazione della consulenza dietetica	Standard prestabilito	Risultati
11	14	≥ 80%	78.6%

La consulenza dietetica era indicata in 14 casi ed erogata in 11, corrispondente al 78.6% dei casi.

4. MODULO DI MEDICAZIONE E MONITORAGGIO

Numeratore	Denominatore	Standard	Fonte
Numero di pazienti con LdP con MOD 02/PGS 01 presente e compilato in cartella clinica	Numero di pazienti con LdP	≥ 95%	Campione di cartelle cliniche

Risultati:

Numero di LdP con MOD 02/PGS 01 presente e compilato in cartella clinica	Numero di LdP	Standard	Risultati (su 21 LdP)
15	21	≥ 95%	71.4%

5. CONSULENZA WOUND-CARE

Numeratore	Denominatore	Standard	Fonte
Numero di consulenze infermieristiche in wound-care erogate per pazienti con LdP	Numero di pazienti con almeno un criterio di attivazione della consulenza infermieristica in wound-care	≥ 80%	Portale aziendale "C4C"

La consulenza infermieristica specialistica in wound-care deve essere richiesta quando il paziente presenta:

- lesione/i da pressione di III o IV stadio NPUAP/EPUAP;
- lesione da pressione non stadiabile;
- lesione da pressione che non mostra segni di miglioramento nonostante il trattamento adeguato (lesione non healing).

Risultati:

Numero di consulenze infermieristiche in wound-care erogate per pazienti con LdP	Numero di pazienti con almeno un criterio di attivazione della consulenza infermieristica in wound-care	Standard	Risultati
0	5	≥ 80%	0%

Tra le segnalazioni analizzate, 5 presentavano almeno un criterio per l'attivazione della consulenza infermieristica in wound-care. Tuttavia, a causa della difficoltà nel reperire informazioni complete e accurate dalle cartelle cliniche, si è deciso di richiedere all'esperta di wound-care i dati relativi ai pazienti che hanno ricevuto una consulenza nell'ultimo trimestre del 2024. Dal report fornito dall'esperta in vulnologia, emerge che nessuna delle lesioni segnalate è stata valutata da lei (0%).

6. INCIDENZA LESIONI DA PRESSIONE

Numeratore	Denominatore	Standard	Fonte
Numero di pazienti che hanno sviluppato una lesione da pressione durante la degenza	Numero di pazienti ricoverati	< 5%	Portale aziendale "Registro Cartelle"

Risultati:

Dalle 21 segnalazioni, sono state escluse le cartelle dei pazienti con lesioni da decubito già presenti al momento del ricovero, poiché non classificati come di nuova insorgenza. Di conseguenza, rimangono in analisi 10 casi di lesioni da decubito insorte durante la degenza.

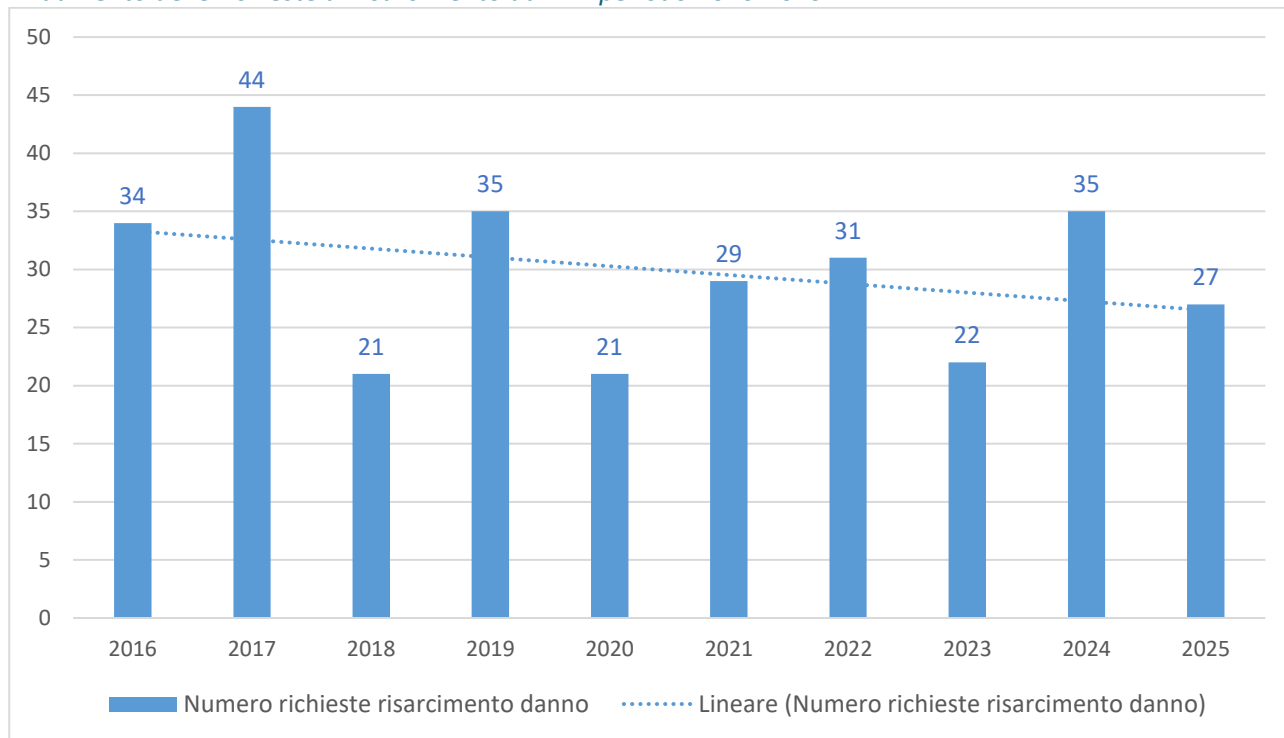
Numero di pazienti che hanno sviluppato una lesione da pressione durante la degenza	Numero di pazienti ricoverati	Standard	Risultati
10	4.027	< 5%	0,24%

I risultati ottenuti sono dunque di alta qualità, in quanto, se confrontati con la letteratura, mostrano performance pari o superiori agli standard internazionali. Per ottenere una visione più completa però, sarebbe opportuno effettuare una valutazione dell'incidenza e della prevalenza specifica per ciascun contesto, poiché aree come la geriatria, la medicina e la rianimazione presentano un rischio maggiore.

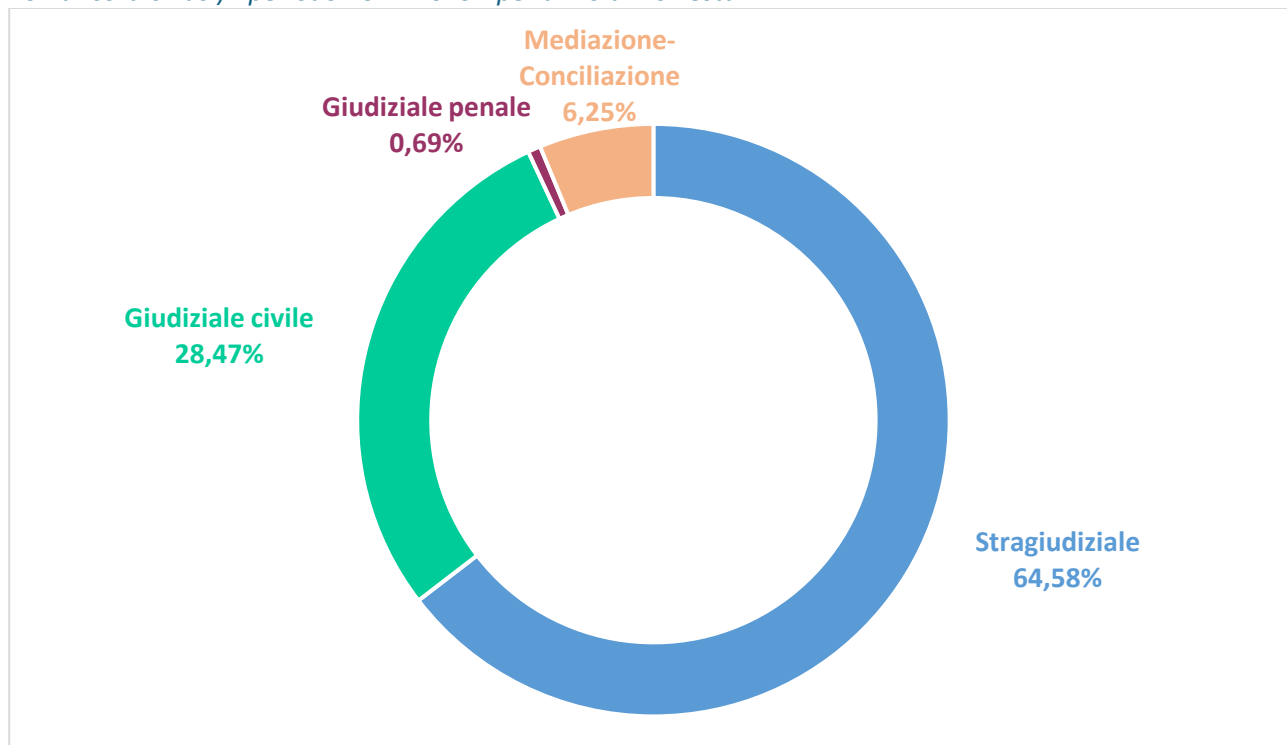
RICHIESTE RISARCITORIE 2021-2025

I DATI E L'APPROFONDIMENTO SUI SINISTRI

Andamento delle richieste di risarcimento danni - periodo 2016-2025.



Distribuzione percentuale dei contenziosi in base al tipo di procedimento attivato (aggiornato con contenziosi non ancora chiusi) - periodo 2021-2025 - per anno di richiesta.



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 2025				
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
2025	14	1.569.258 €	2017	3
			2018	1
			2021	2
			2022	6
			2023	2

IGIENE E INFEZIONI OSPEDALIERE

PROCEDURE AZIENDALI IN MATERIA DI IGIENE E INFEZIONI OSPEDALIERE

IO 1 / DS	Pulizia e sanificazione ambientale
IO 13 / DS	Controlli delle acque a uso civile
IO 36 / DS	Sanificazione con sistema al perossido di idrogeno
IO 41 / DS	Sanificazione delle aree ad altissimo rischio
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	Appropriatezza e gestione del catetere vescicale
PGS 11	Appropriatezza e gestione dei dispositivi per accesso vascolare
PGS 12	Raccolta e stoccaggio dei rifiuti sanitari
PGS 13	Prelievo, trasporto e conservazione dei campioni biologici
PGS 14	Gestione del paziente con nota o sospetta meningite batteriche
PGS 15	Gestione del paziente con infezione da Virus respiratori
PGS 16	Il processo di sterilizzazione
PGS 17	Gestione del paziente con tubercolosi polmonare
PGS 18	Gestione del paziente con 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 infezione da Clostridium Difficile
PGS 44	Prontuario degli antisettici e dei disinfettanti
PGS 46	Prevenzione e gestione delle infezioni da Legionella
PGS 47	Sorveglianza dei microrganismi sentinella
PGS 57	Gestione dei cantieri in ambito ospedaliero
PGS 59	Microrganismi resistenti alla terapia antibiotica
PGS 70	Gestione del paziente con sospetto contagio da Virus Ebola
PGS 76	Igiene delle mani: lavaggio sociale e chirurgico
PGS 79	Gestione del paziente con Pediculosi
PGS 88	Gestione del paziente con infezione da Arbovirus
---	DVR Legionella

SISTEMI DI SORVEGLIANZA

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 rompigetto 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

In Italia è attivo dal 2 dicembre 2021 il sistema di sorveglianza del **Consumo di Soluzione Idro-Alcolica (CSIA)** in ambito ospedaliero, il cui protocollo è stato sviluppato nell'ambito dell'Azione centrale CCM "*Sostegno alla Sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza anche a supporto del PNCAR*", affidata all'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

L'obiettivo del sistema di sorveglianza è il monitoraggio nel tempo, a livello nazionale e regionale, del consumo di soluzione idroalcolica in ambito ospedaliero, con riferimento a tutti gli ospedali per acuti.

Come noto, l'igiene delle mani rappresenta una strategia fondamentale per la riduzione della trasmissione dei microrganismi, inclusi quelli patogeni, in particolare nell'interazione tra operatore sanitario e ambiente. Il monitoraggio del consumo di soluzione idroalcolica per l'igiene delle mani rientra tra gli indicatori previsti dal Piano Nazionale della Prevenzione, nell'ambito del Programma di prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA).

A partire da quest'anno, il monitoraggio di questa pratica assume una nuova e stringente rilevanza istituzionale. La Regione Veneto, con una nota ufficiale, ha **esteso tale sorveglianza anche alle strutture private convenzionate con funzione di ricovero ospedaliero**, chiedendo alle Aziende di trasmettere

periodicamente i dati (invio semestrale o annuale), assicurando la completezza e la correttezza delle informazioni fornite.

Definizioni

- 1 Per **soluzione idroalcolica** si intende qualsiasi prodotto biocida o presidio medico chirurgico utilizzato per l'igiene delle mani o prodotto utilizzato per le stesse funzioni (es. soluzioni a base idroalcolica autoprodotte);
- 2 Si definisce **giornata di degenza** (presenza) ogni intero giorno trascorso (24 ore, inclusa quindi la notte) dal paziente in ogni specifico reparto. Nel caso in cui questo dato non fosse disponibile, i giorni di degenza potranno essere attribuiti al reparto di dimissione, tuttavia, questo dato potrebbe non essere rappresentativo di pazienti che “transitano” in Terapia Intensiva.

Metodologia di calcolo

Per garantire un'analisi coerente, il calcolo considera esclusivamente i centri di costo caratterizzati da degenza ordinaria, escludendo i servizi che non generano giornate di degenza standard. Le Unità Operative sono state accorpate seguendo le macroaree indicate dal protocollo ISS (Istituto Superiore di Sanità):

AREA/DISCIPLINA DI DEGENZA				
MEDICA	CHIRURGICA	TERAPIA INTENSIVA	ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICA	ALTRE AREE
Medicina generale e geriatria	Ostetricia e ginecologia	Terapia Intensiva	Ortopedia e traumatologia	Nido e patologia neonatale
Neurologia e chirurgia della colonna	Chirurgia B			Recupero e riabilitazione funzionale
Pneumologia	Chirurgia C			
Cardiologia e UTIC	Urologia			
	Week Surgery			

L'indicatore di consumo incrocia due fonti aziendali ufficiali:

- 1 **Numeratore:** Litri (L) di soluzione idroalcolica ordinati dai singoli centri di costo e forniti dalla Farmacia.
- 2 **Denominatore:** Giornate di degenza ordinaria (GDO) effettive per lo stesso periodo, fornite dal Controllo di Gestione.

Il consumo di soluzione idroalcolica (CSIA) viene normalizzato secondo lo standard internazionale con la seguente formula:

$$CSIA = \frac{L \text{ ordinati}}{GDO} \times 1000$$

Il target minimo di riferimento fissato per le aree non critiche è di **20 L / 1000 GDO**. Sebbene possa sembrare un numero astratto, la sua traduzione operativa rivela che si tratta di un obiettivo minimo ed essenziale.

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.

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 le tendenze epidemiologiche e valutare l'efficacia delle strategie preventive adottate.

I dati microbiologici della sorveglianza delle infezioni CVC-correlate sono inclusi nei dati di sorveglianza dei microrganismi sentinella all'interno del paragrafo dedicato.

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**.
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.

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.

Microrganismi gram negativi			
Microrganismo	Antibiotico monitorizzato	Emocolture	Campioni clinici ²
<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	N. di isolati resistenti ai carbapenemi per 10000 giornate di degenza % isolati resistenti ai carbapenemi sul totale di isolati di

² 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).

		emocolture/totale <i>Enterobacterales</i> in emocolture	<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 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>
Microrganismi gram positivi			
Microrganismo	Antibiotico monitorizzato	Emocolture	Campioni clinici³
<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 Oxacillino 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 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.		

³ 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).

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	2022		2023		2024		2025	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Klebsiella pneumoniae</i>								
R	8	24%	18	24%	12	23%	22	30%
S/I	26	76%	58	76%	41	77%	51	70%
<i>Escherichia coli</i>								
R	13	15%	23	20%	17	15%	25	19%
S/I	71	85%	90	80%	94	85%	109	81%
Altre Enterobacteriaceae								
R	12	19%	26	28%	13	18%	11	18%
S/I	52	81%	66	72%	60	82%	50	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**⁴ (frequenza sul totale di ceppi di *Enterobacterales* isolati da tutti i materiali in esame) è risultata pari a:

Campioni clinici	2022		2023		2024		2025	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Escherichia coli</i>								
R	66	18%	110	21%	85	16%	98	18%
S/I	311	82%	417	79%	436	84%	441	82%
<i>Klebsiella pneumoniae</i>								
R	51	31%	72	30%	61	26%	76	32%
S/I	111	69%	165	70%	177	74%	162	68%

⁴ 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).

Altre Enterobacteriaceae								
R	94	24%	97	19%	99	16%	85	15%
S/I	301	76%	417	81%	503	84%	480	85%

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

Emocolture	2022	2023	2024	2025
<i>Escherichia coli</i>	1,7	2,9	2,1	3,1
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	1,0	2,3	1,5	2,7
Altre <i>Enterobacterales</i>	1,5	3,3	1,6	1,4
Campioni clinici	2022	2023	2024	2025
<i>Escherichia coli</i>	11,21	20,35	16,31	17,62
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	7,60	10,05	9,37	11,09
Altre <i>Enterobacterales</i>	13,79	16,08	16,43	13,43

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	2022		2023		2024		2025	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Escherichia coli</i>								
S/I	84	100%	113	100%	111	100%	134	100%
<i>Klebsiella pneumoniae</i>								
R	6	18%	17	22%	5	9%	12	16%
S/I	28	82%	59	78%	48	91%	61	84%
Altre <i>Enterobacterales</i>								
R	1	3%	0	0%	0	0%	0	0%
S/I	64	100%	92	100%	74	100%	61	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**⁵ (frequenza sul totale di ceppi di *Enterobacterales* isolati da tutti i materiali in esame) è risultata pari a:

Campioni clinici	2022		2023		2024		2025	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Escherichia coli</i>								
R	0	0%	0	0%	1	0%	0	0%
S	377	100%	528	100%	523	100%	539	100%
<i>Klebsiella pneumoniae</i>								
R	22	14%	48	20%	23	10%	25	11%
S	138	86%	187	80%	212	90%	212	89%
Altre <i>Enterobacterales</i>								
R	2	1%	0	0%	0	0%	1	0%
S	390	99%	516	100%	601	100%	564	100%

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

Emocolture	2022	2023	2024	2025
<i>Escherichia coli</i>	0	0	0	0
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	0,77	2,14	0,61	1,48
Altre <i>Enterobacterales</i>	0	0	0	0
Campioni clinici	2022	2023	2024	2025
<i>Escherichia coli</i>	0,0	0,0	0,1	0,0
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	2,8	6,0	2,8	3,1
Altre <i>Enterobacterales</i>	0,3	0,0	0,0	0,1

⁵ 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).

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	2022		2023		2024		2025	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Meropenem								
R	0	0%	1	3%	0	0%	0	0%
S/I	4	100%	28	97%	31	100%	19	100%
Ceftazidime								
R	0	0%	3	10%	0	0%	1	5%
S/I	4	100%	26	90%	31	100%	18	95%
Piperacillina/tazobactam								
R	0	0%	3	10%	1	3%	1	5%
S/I	4	100%	26	90%	30	97%	18	95%

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 clinici⁶ (frequenza sul totale dei ceppi di *P. aeruginosa* isolati) è risultata pari a:

Campioni clinici	2022		2023		2024		2025	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Meropenem								
R	11	7%	4	2%	12	4%	7	3%
S/I	140	93%	209	98%	267	96%	222	97%
Ceftazidime								
R	30	20%	21	10%	38	14%	18	8%
S/I	120	80%	191	90%	241	86%	211	92%

⁶ 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).

Piperacillina/tazobactam								
R	43	28%	46	22%	57	21%	32	14%
S/I	108	72%	167	78%	221	79%	195	86%

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	2022	2023	2024	2025
Meropenem	0	0,13	0,00	0,00
Ceftazidime	0	0,38	0,00	0,12
Piperacillina/Tazobactam	0	0,38	0,12	0,12
Campioni clinici	2022	2023	2024	2025
Meropenem	1,42	0,50	1,46	0,86
Ceftazidime	3,87	2,64	4,62	2,22
Piperacillina/Tazobactam	5,54	5,78	6,94	3,94

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	2022		2023		2024		2025	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Meropenem								
R	3	27%	4	33%	2	20%	0	0%
S/I	8	73%	8	67%	8	80%	11	100%

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	2022	2023	2024	2025
Meropenem	0,39	0,50	0,24	0

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	2022		2023		2024		2025	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Oxacillina MIC								
R	8	17%	8	11%	25	32%	37	30%
S/I	40	83%	63	89%	54	68%	86	70%

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 clinici⁷ (frequenza sul totale dei ceppi di *S. aureus* isolati) è risultata pari a:

Campioni clinici	2022		2023		2024		2025	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Oxacillina								
R	R	73	23%	71	17%	102	21%	114
S/I	S/I	244	77%	350	83%	380	79%	384

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	2022	2023	2024	2025
Oxacillina R	1,03	1,01	3,04	4,56
Campioni Clinici	2022	2023	2024	2025
Oxacillina R	9,41	8,92	12,41	14,05

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:

⁷ 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).

Emocolture	2022		2023		2024		2025	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Vancomicina								
R	3	17%	0	0%	9	32%	3	11%
S/I	15	83%	10	100%	19	68%	25	89%

Nel periodo in esame la frequenza della resistenza alla Vancomicina in ceppi di *E. faecium* isolati da tutti i campioni clinici⁸ (frequenza sul totale dei ceppi di *E. faecium* isolati) è risultata pari a:

Campioni Clinici	2022		2023		2024		2025	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Vancomicina								
R	8	11%	5	7%	22	18%	12	9%
S	66	89%	64	93%	99	82%	119	91%

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

Emocolture	2022	2023	2024	2025
Vancomicina	0,39	0	1,10	0,37
Campioni clinici	2022	2023	2024	2025
Vancomicina	1,03	0,63	2,80	1,60

Clostridium difficile

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

Clostridium difficile	2022	2023	2024	2025
Numero di pazienti positivi	14	21	6	3
Numero di pazienti per 10.000 gg di degenza	1,80	2,64	0,73	0,37

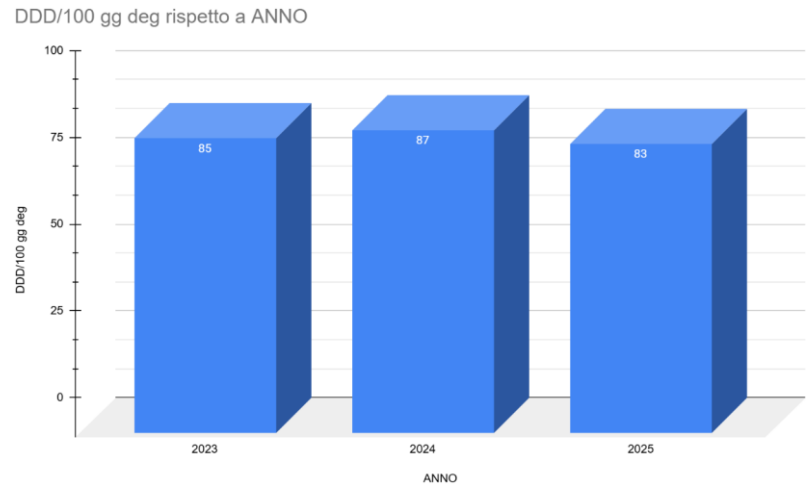
⁸ Emocolture, Tamponi cutanei (da ulcera, da ferita), escreti, broncoaspirati, drenaggi addominali, punta di catetere vascolare, urina (mitto intermedio, catetere vescicale), liquor, liquido sinoviale, liquido pleurico, materiale intraoperatorio (comprese le biopsie ossee).

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.

Nel grafico sottostante è rappresentato l'andamento del consumo di antibiotici all'interno dell'Ospedale P. Pederzoli, espresso in DDD/100 giornate di degenza, negli ultimi tre anni.

Andamento del consumo di antibiotici – triennio 2023-2025.



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	2023	2024	2025
Amoxicillina e inibitore delle Beta-Lattamasi	32,6	29,5	30,7
Piperacillina e inibitore delle Beta-Lattamasi	8,2	9,5	8,7
Ceftriaxone	4,0	4,3	5
Ceftazidima	0,8	0,6	0,7
Cefepima	0,3	0,5	0,3
Meropenem	1,0	0,9	0,7
Ertapenem	0,2	0,3	0,2
Ceftazidima e inibitore delle Beta-Lattamasi	0,1	0,0	0,02
Ceftolozano e inibitore delle Beta-Lattamasi	0,004	0,02	0
Tigeciclina	0,3	0,4	0,4
Levofloxacin	2,2	1,8	1,4
Ciprofloxacina	2,9	3,4	1,7
Sulfametoxazolo e Trimetoprim	1,4	1,6	1,4

Azitromicina	2,5	4,7	4,3
Claritromicina	1,2	2,1	1,6
Vancomicina	1,5	1,0	1,7
Teicoplanina	1,6	1,6	2,5
Linezolid	2,0	1,9	1,1
Daptomicina	0,3	0,2	0,2
Fluconazolo	4,8	4,6	3,3
Caspofungina	0,3	0,2	0,3

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.

Analisi dei trend di consumo

L'analisi complessiva dei dati di consumo per l'anno 2025 mostra un trend generale in **lieve flessione** rispetto all'anno precedente (totale stimato circa 83 DDD/100 gg nel 2025 vs 87 nel 2024), segnando un positivo ritorno verso i valori del 2023, ma con una qualità prescrittiva decisamente migliore grazie alla riduzione delle molecole a maggior impatto ecologico.

Analisi dell'intervento correttivo "Linezolid vs Glicopeptidi"

L'elemento di maggior rilievo nell'analisi annuale concerne l'esito del progetto di ottimizzazione terapeutica volto alla contrazione dell'impiego di Linezolid, molecola in classe "Reserve", in favore dei Glicopeptidi, identificati come opzione di prima scelta qualora il quadro clinico lo consenta. I dati oggettivano una netta riconfigurazione dei profili prescrittivi:

- Linezolid: Si rileva una significativa flessione dei consumi, attestatisi a 1,1 DDD nel 2025 rispetto alle 1,9 DDD del 2024 (e 2,0 del 2023). Tale decremento (pari a circa il -42% su base annua) comprova l'efficacia dell'intervento di governo clinico e un incremento dell'aderenza ai protocolli interni.
- Glicopeptidi: Contestualmente, si osserva un incremento compensativo della Vancomicina (da 1,0 a 1,7 DDD) e della Teicoplanina (da 1,6 a 2,5 DDD).

Diminuzione delle molecole appartenenti alle classi "Watch" e "Reserve"

Un secondo indicatore di rilievo emerge dalla disamina delle classi antibiotiche critiche per la selezione di resistenze batteriche:

- Fluorochinoloni: Si evidenzia una riduzione drastica nell'utilizzo della Ciprofloxacina, passata da 3,4 DDD (2024) a 1,7 DDD (2025), determinando un dimezzamento dei volumi di consumo. Analogamente, la Levofloxacina conferma il trend decrescente (1,4 DDD). Tale risultato risulta

pienamente conforme alle direttive AIFA/EMA inerenti la restrizione d'uso di questa classe farmacologica.

- Carbapenemi: Il consumo di Meropenem registra un ulteriore calo, attestandosi a 0,7 DDD (vs 1,0 del 2023), indicando un impiego progressivamente più selettivo e conservativo di tale risorsa terapeutica.

Monitoraggio dei Beta-lattamici

- Amoxicillina/Acido Clavulanico: Si conferma la molecola a maggior utilizzo assoluto (30,7 DDD), con volumi sostanzialmente stabili rispetto allo storico.
- Piperacillina/Tazobactam: A seguito del picco registrato nel 2024 (9,5 DDD), l'anno 2025 evidenzia una lieve flessione a 8,7 DDD. Sebbene il trend risulti in miglioramento, i volumi permangono elevati, necessitando di un monitoraggio continuo.
- Ceftriaxone: In controtendenza rispetto agli altri indicatori, si segnala un costante incremento del Ceftriaxone, che raggiunge le 5,0 DDD (vs 4,0 del 2023).

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, attualmente 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.

FORMAZIONE AZIENDALE

Nel corso del 2025, è stata organizzata un'ampia offerta formativa con l'obiettivo di rafforzare le conoscenze e le competenze nella prevenzione e gestione del rischio infettivo. I corsi hanno coinvolto diverse figure professionali, tra cui medici, professionisti sanitari, operatori sociosanitari (OSS) e personale ausiliario, affrontando tematiche cruciali sulla sicurezza nei luoghi di lavoro e sulla sicurezza del paziente nell'ambito della prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA).

Sono inoltre stati svolti incontri di addestramento e aggiornamento del personale ausiliario sulle corrette procedure di sanificazione degli ambienti ospedalieri per la riduzione del rischio infettivo.

Progetti e attività svolte

Progetto Regionale di Sorveglianza delle Infezioni del Sito Chirurgico - SNICH2

Al fine di disporre di un dato epidemiologico clinico validato, l'Ospedale ha partecipato attivamente al sistema di sorveglianza regionale SNICH2 con il coinvolgimento dell'Area Ortopedica Traumatologica, focalizzandosi sugli interventi di chirurgia protesica.

- **Metodologia:** Il protocollo ha previsto la raccolta prospettica dei dati clinici e l'esecuzione di un follow-up telefonico strutturato. Il monitoraggio post-dimissione è stato condotto con un tempo medio di osservazione di 147 giorni (circa 5 mesi), superando lo standard minimo dei 90 giorni richiesti per la rilevazione delle infezioni precoci.
- **Casistica:** Nel trimestre di riferimento (Maggio – Luglio 2025) sono stati monitorati 289 interventi complessivi di protesi ortopedica. Il campione ha riguardato prevalentemente una popolazione anziana (età media 70 anni) e con comorbidità (85% dei pazienti in classe ASA 2 o 3).
- **Risultati Clinici:** L'analisi dei dati ha evidenziato performance ottime sia in termini di processo che di esito:
 - **Tasso di Infezione:** Sono state rilevate 2 sole infezioni su 289 procedure, determinando un tasso grezzo complessivo dello 0,69%. Limitando l'analisi alla sola chirurgia elettiva (escludendo le fratture), il tasso di infezione scende allo 0,3% (1 caso su 272).
 - **Profilassi Antibiotica:** Si registra un'aderenza ai protocolli quasi totale (>99%), con la somministrazione dell'antibiotico (Cefazolina nel 91% dei casi) entro i 60 minuti dall'incisione.
 - **Follow-up:** Il sistema di monitoraggio ha garantito un'elevata tracciabilità, con solo 7 pazienti non valutabili (persi al follow-up o deceduti), pari a una perdita minima rispetto al campione totale.

Antisepsi del campo operatorio

Al fine di incrementare l'aderenza ai protocolli di prevenzione delle Infezioni del Sito Chirurgico (ISC) e garantire la tracciabilità del processo di preparazione cutanea, sono stati implementati due interventi strutturali:

- **Tracciabilità Informatica (atto operatorio):** È stata apportata una modifica sostanziale al sistema gestionale di Sala Operatoria, introducendo un campo obbligatorio all'interno dell'Atto Operatorio informatizzato. Tale vincolo di sistema impone all'operatore la selezione specifica del principio attivo utilizzato per la preparazione del campo sterile (es. Clorexidina alcolica, Iodopovidone, ecc.). L'intervento mira a:
 - Responsabilizzare l'équipe chirurgica sulla scelta del disinfettante.
 - Consentire l'estrazione di dati strutturati per audit di appropriatezza.
- **Supporto Decisionale:** A supporto dell'attività clinica, sono state elaborate e distribuite presso i Blocchi Operatori specifiche infografiche (algoritmi decisionali visuali) per guidare la scelta dell'antisettico corretto in base alla tipologia di intervento e al sito anatomico. Le indicazioni ribadiscono che, in conformità con le Linee Guida internazionali (WHO, CDC), il Gold Standard per la preparazione della cute integra è rappresentato dalla Clorexidina al 2% in soluzione alcolica. L'utilizzo di molecole alternative (es. Iodopovidone o Clorexidina acquosa) deve essere limitato esclusivamente a specifiche situazioni cliniche, quali:
 - Allergia documentata alla Clorexidina o all'alcool;
 - Interventi su mucose o aree in cui l'utilizzo di soluzioni alcoliche è controindicato

Sorveglianza MDRO in Terapia Intensiva

Al fine di migliorare il controllo delle infezioni da microrganismi multiresistenti (MDRO) nell'area a maggior rischio dell'ospedale, il protocollo di sorveglianza in Terapia Intensiva è stato significativamente potenziato.

Oltre al già consolidato tampone rettale all'ingresso (fondamentale per intercettare i portatori provenienti dal territorio o da altri reparti), è stato introdotto sistematicamente il tampone rettale di screening settimanale per tutti i degenti.

Tale implementazione consente di:

- Monitorare la "pressione di colonizzazione": Identificare tempestivamente l'insorgenza di nuove colonizzazioni da *Enterobacterales* resistenti ai carbapenemi (CRE/KPC) o VRE durante la degenza.
- Differenziare i casi: Distinguere con certezza tra pazienti colonizzati all'ingresso (importati) e casi di trasmissione crociata avvenuta all'interno del reparto (infezioni/colonizzazioni nosocomiali), permettendo l'attivazione immediata delle misure di isolamento da contatto.

Sistema MicroDTTect per la gestione delle infezioni periprotetiche

Nell'ambito della gestione delle infezioni periprotetiche, è stata acquisita e introdotta nella pratica clinica la **tecnologia MicroDTTect** per l'analisi microbiologica delle componenti protesiche espantate. Questa metodica rappresenta un notevole avanzamento rispetto alla coltura tradizionale dei tessuti periprotetici o del liquido sinoviale, spesso gravata da falsi negativi nel caso di infezioni a bassa carica o "biofilm-correlate".

Il sistema MicroDTTect permette di:

- Analisi diretta dell'impianto: Trattare l'intera componente rimossa (protesi, spaziatori, mezzi di sintesi) all'interno di un sistema chiuso.
- Disgregazione del Biofilm: Attraverso specifici processi meccanici/fisici, il sistema è in grado di disgregare la matrice del biofilm batterico adesa alla superficie del metallo/polietilene, liberando i batteri in sospensione per la successiva coltura.
- Aumento della Sensibilità: Migliorare significativamente il recupero microbiologico, permettendo l'identificazione dell'agente patogeno anche in casi di infezioni croniche, guidando così in modo mirato la terapia antibiotica successiva.

Introduzione dei dispositivi "Port Protector" disinfettanti per prevenire le CR-BSI

Nell'ambito delle strategie per il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA), il Comitato Infezioni Ospedaliere ha approvato e implementato un progetto di miglioramento specifico mirato alla riduzione delle Infezioni del Torrente Ematico Correlate a Catetere (CR-BSI), con particolare attenzione alla gestione dei dispositivi di accesso vascolare (CVC e CVP).

L'analisi dei dati di sorveglianza interna e la revisione della letteratura scientifica confermano che una percentuale significativa di batteriemie nosocomiali origina dalla contaminazione degli hub (i connettori needleless/valvole bidirezionali) dei cateteri venosi. La disinfezione manuale attiva (la tecnica dello scrub the hub con garza e clorexidina o alcool) è operatore-dipendente e spesso risulta inefficace a causa di:

- Tempi di frizione inadeguati (spesso inferiori ai 15 secondi raccomandati);
- Mancato rispetto dei tempi di asciugatura;
- Difficoltà oggettiva di standardizzazione della pratica tra i diversi operatori.

Per ovviare a queste criticità legate al fattore umano, l'ospedale ha introdotto l'uso sistematico dei Port Protector (tappini disinfettanti a protezione passiva) in tutte le aree critiche e ad alto rischio infettivo.

Questi dispositivi consistono in cappucci monouso contenenti una spugnetta saturata con Alcool Isopropilico al 70% (o formulazioni combinate con Clorexidina).

Il loro utilizzo garantisce:

- Disinfezione passiva e continua: Una volta avvitato sull'hub, il tappino deterge la superficie e mantiene un ambiente sterile continuo, bagnando il connettore con la soluzione alcolica.
- Standardizzazione del processo: L'azione disinfettante diventa indipendente dalla compliance dell'operatore ai tempi di frizione. Il connettore risulta pronto all'uso dopo un tempo minimo di contatto (generalmente 1-3 minuti a seconda del produttore) e rimane protetto per diversi giorni (fino a 7) se non rimosso.
- Barriera fisica: Oltre all'azione chimica, il tappino funge da barriera fisica contro la contaminazione ambientale e il contatto accidentale.

Potenziamento dell'offerta diagnostica e aggiornamento dei percorsi per le Arbovirosi

Alla luce dei dati epidemiologici registrati durante la scorsa stagione estiva, che hanno evidenziato un significativo incremento dei casi di arbovirosi e, in particolare, l'insorgenza di un focolaio epidemico di *virus Chikungunya*, l'Ospedale ha ritenuto prioritario un adeguamento strategico della capacità diagnostica nell'ambito delle Arbovirosi. L'armamentario diagnostico è stato pertanto ampliato mediante l'introduzione della sierologia per *Chikungunya*, virus dell'encefalite da zecche (TBE) e *virus Zika*. Tali indagini vanno a completare e integrare il pannello diagnostico già regolarmente in uso per la ricerca dei *virus Dengue* e *West Nile*. Al fine di assicurare la massima appropriatezza prescrittiva e una gestione clinica standardizzata l'intero iter per il paziente con sospetta arbovirosi è stato ridefinito, provvedendo al formale aggiornamento della specifica procedura diagnostico-terapeutica aziendale.

Introduzione dei guanti sterili latex free in blocco operatorio

L'allergia al lattice rappresenta una problematica clinico-organizzativa rilevante: circa il 15% del personale di sala operatoria presenta una sensibilità a questo materiale, con reazioni avverse che vanno dalla dermatite allo shock anafilattico. Ciò comporta rischi per la salute e potenziali ritardi o sospensioni degli interventi. Il passaggio a materiali "latex-free" è quindi fondamentale per azzerare il rischio di sensibilizzazione, tutelare pazienti e operatori, e ottimizzare la gestione organizzativa.

Per rispondere a questa necessità, la Farmacia Ospedaliera e i referenti del Blocco Operatorio hanno attuato un piano per eliminare i guanti in lattice dal reparto. Inizialmente sono state date in prova ai chirurghi tre tipologie di guanti anallergici in neoprene e poliisoprene, valutate positivamente da 23 operatori su 27 per resistenza, ergonomia e sensibilità. Successivamente, è stata redatta e approvata una procedura d'uso che prevede, per alcune procedure chirurgiche, l'utilizzo di un doppio guanto (sotto-guanto verde ed esterno bianco). Dopo un'adeguata formazione di tutto il personale coinvolto, è stato fissato e rispettato il "Giorno Zero", durante il quale i guanti in lattice sono stati ritirati e sostituiti definitivamente con i nuovi dispositivi.

Come prospettive future, su proposta del CIO, si valuterà la rapida sostituzione degli altri dispositivi contenenti lattice ancora in uso (come i cateteri vescicali, per un costo annuo di circa 5.000 euro a parità di consumi), al fine di rendere la sala operatoria interamente "latex-free". La proposta finale è quella di estendere progressivamente questa direttiva a tutto l'ospedale e alle strutture della holding.

Revisione dei processi di pulizia e disinfezione ambientale

L'Ospedale P. Pederzoli ha revisionato i processi di pulizia e disinfezione ambientale a seguito di criticità riscontrate con il precedente sistema di erogazione dei detergenti. Tale sistema, basato su una tecnologia Venturi, faticava a gestire la volatilità dell'ipoclorito di sodio, non garantendo più una titolazione in parti per milione (ppm) costante come da linee guida. Inoltre, la rapida usura delle componenti in plastica aveva generato un notevole incremento e costo degli interventi di manutenzione.

Per superare queste non conformità, sono state installate due nuove macchine di erogazione ad alta precisione per la gestione del disinfettante a base di cloro attivo: una posizionata al piano -2 per servire i reparti e il servizio di pulizie, e una dedicata esclusivamente al Blocco Operatorio. Questa nuova tecnologia consente di titolare con esattezza i ppm di cloro durante la diluizione, erogando in automatico miscele a percentuali differenziate in base al livello di rischio dell'area (basso, medio o alto). Il sistema assicura inoltre elevati standard di tracciabilità e sicurezza tramite lo scarico remoto dei report di prelievo, l'identificazione magnetica dei flaconi e degli operatori abilitati e la compensazione automatica dei dosaggi in caso di variazioni di pressione idrica.

Contestualmente all'aggiornamento tecnologico, è stata effettuata un'ottimizzazione dei prodotti detergenti e disinfettanti impiegati per le attività di pulizia ambientale, riducendo i principi attivi in uso da nove a cinque. In linea con le più recenti linee guida, è stato abbandonato l'uso dei detergenti a base di quaternari d'ammonio (a causa della necessità di risciacquo e del rischio di formazione di biofilm successivo al residuo di prodotto) in favore di prodotti a base di acido lattico. L'approvvigionamento è stato infine standardizzato su cinque specifiche referenze: un detergente-disinfettante clorattivo e uno a base di polifenoli per le aree ad alto rischio, un biocida all'acido lattico per le zone a basso e medio rischio e un disincrostante acido tamponato per i servizi igienici.

Adeguamento al Decreto Ministeriale sui disinfettanti per cute integra

Il quadro normativo relativo ai disinfettanti per la cute integra prima di un trattamento medico ha subito una significativa variazione. In base alle disposizioni del Ministero della Salute, recepite e ribadite dalla Regione del Veneto, gli effetti dell'autorizzazione in deroga all'impiego dei presidi medico-chirurgici a base di clorexidina digluconato al 2% sono cessati il 30 agosto 2025. Di conseguenza, a decorrere dal 31 agosto 2025, per la disinfezione pre-procedurale è consentito l'uso esclusivo di prodotti registrati come specialità medicinali. Tale aggiornamento ha reso necessario un tempestivo adeguamento aziendale per garantire la conformità e la sicurezza nelle procedure ad alto rischio infettivo, quali l'inserimento di cateteri venosi centrali, la preparazione del sito chirurgico e i prelievi per emocolture.

Per ottemperare alle nuove disposizioni, a partire dal 1° settembre l'Ospedale P. Pederzoli si è dotato di preparazioni galenico-magistrali conformi, rese disponibili in formulazione multidose, sia incolore sia colorata. Contestualmente, si è proceduto a una gestione attenta delle giacenze dei prodotti precedentemente in uso, sufficienti per circa quindici giorni e ancora validi per indicazioni diverse dall'antisepsi pre-procedurale. Sebbene l'introduzione delle nuove formulazioni abbia comportato un incremento dei costi, il CIO ha confermato la Clorexidina al 2% come antisettico di prima scelta, in piena aderenza alle principali linee guida internazionali (OMS, CDC). Al fine di ottimizzare le risorse, è stata adottata una strategia aziendale basata sulla stratificazione del rischio: le formulazioni *gold standard* vengono ora riservate alle procedure a più elevato rischio infettivo, mentre per le altre casistiche sono state identificate alternative validate. Infine, per garantire un rigoroso monitoraggio delle pratiche cliniche, è stato implementato un aggiornamento del Verbale Operatorio. È stata introdotta la registrazione obbligatoria dell'antisepsi del sito chirurgico, imponendo al chirurgo primo operatore di indicare a fine procedura la soluzione utilizzata, scegliendo tra quattro opzioni standardizzate: Clorexidina 2% o Iodopovidone 10%, in soluzione alcolica o acquosa.

Gruppi di lavoro

Gruppo di Miglioramento Ospedaliero

Nel corso del 2025, 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.

Il Servizio di Infettivologia dell'Ospedale P. Pederzoli ha partecipato attivamente alla **Task Force regionale**, contribuendo alla stesura delle **linee guida regionali per la terapia antibiotica nel paziente adulto**. Questo lavoro è nato dall'esigenza di fornire indicazioni terapeutiche di "prima linea" basate sulla più recente epidemiologia locale, con l'obiettivo prioritario di migliorare l'appropriatezza prescrittiva e la sicurezza dei pazienti.

Al fine di rendere le nuove linee guida uno strumento realmente utile e di rapida consultazione nella pratica clinica quotidiana, è stata introdotta la piattaforma digitale **Firstline**. Abbandonando la logica del documento statico, *Firstline* si propone come uno strumento interattivo (accessibile via Web e App Mobile) che offre:

- **Rapidità:** Algoritmi decisionali chiari per le principali patologie infettive;
- **Epidemiologia locale:** Scelte terapeutiche calibrate sui dati di resistenza del nostro territorio;
- **Supporto decisionale:** Indicazioni basate sulla classificazione *AWaRe* dell'OMS, per guidare il medico verso l'uso di antibiotici "Access" e limitare le molecole "Watch" e "Reserve".

L'adozione di questo strumento rappresenta un passo fondamentale per standardizzare i comportamenti prescrittivi e monitorare l'aderenza ai protocolli.

Gruppo 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.

QUALITÀ PERCEPITA: ANALISI DELLA CUSTOMER SATISFACTION

INTRODUZIONE

La valutazione della **Customer Satisfaction** rappresenta un pilastro strategico per la Direzione Sanitaria e uno strumento imprescindibile per il monitoraggio e il miglioramento continuo dei servizi offerti dal nostro ospedale. Ascoltare la voce dei pazienti significa spostare il focus dalla semplice erogazione della prestazione sanitaria alla qualità percepita dell'intero percorso di cura. I questionari di soddisfazione non si limitano a misurare l'esito clinico, ma indagano dimensioni altrettanto cruciali come l'accessibilità alle cure, la chiarezza delle informazioni, l'empatia del personale, l'efficienza organizzativa e il comfort degli ambienti. Raccogliere e analizzare sistematicamente questi dati ci permette di mappare i punti di forza su cui consolidare l'organizzazione e, soprattutto, di intercettare le criticità latenti. Solo attraverso questa consapevolezza è possibile pianificare interventi correttivi mirati, ottimizzare l'allocazione delle risorse e garantire un'assistenza che sia realmente e costantemente incentrata sui bisogni del paziente.

Per garantire una valutazione accurata e specifica, i questionari sono stati suddivisi in quattro aree della struttura: Pronto Soccorso, Regime di ricovero, Prestazioni ambulatoriali e Centro Prelievi. I dati quantitativi e qualitativi raccolti sono espressi in valori di risposta ai quesiti a risposta multipla con i relativi valori assoluti e percentuali e con i punteggi medi ai valori su scala Likert da 1 a 5.

PRONTO SOCCORSO

L'analisi relativa all'area del Pronto Soccorso si basa su un campione di **146 questionari**. Di seguito le tabelle di sintesi e la relativa analisi oggettiva dei risultati.

Accessi, triage e gestione clinica

Indicatore	Categoria	Valore assoluto	Percentuale (%)
Modalità di arrivo	Autonomamente	138	94,5%
	In ambulanza	8	5,5%
Codice triage assegnato	Bianco	68	46,6%
	Verde	49	33,6%
	Giallo	14	9,6%
	Arancione	13	8,9%
	Rosso	2	1,4%
Rivalutazione in sala d'attesa	No	98	67,1%
	Sì	48	32,9%
Gestione del dolore	Assenza di dolore	50	34,2%
	Attivazione immediata del personale	40	27,4%
	Mancata presa in considerazione	40	27,4%
	Intervento in ritardo/minimizzazione	14	9,6%
	Altro	2	1,4%

Area di indagine	Quesito	Punteggio medio
Accoglienza/Triage	Disponibilità e cortesia degli operatori	3.60
Attesa	Chiarezza e completezza info sui tempi di attesa	2.48
Fase Clinica	Attenzione ai problemi riferiti	3.11
	Chiarezza e completezza delle info ricevute	3.08
	Attenzione ai problemi riferiti	3.05
	Chiarezza e completezza delle info ricevute	3.05
Logistica	Livello di pulizia degli ambienti	3.84
Dimissione	Informazioni ricevute in fase di dimissione	3.14
Esperienza Globale	Valutazione complessiva del Pronto Soccorso	2.63

REGIME DI RICOVERO

La rilevazione inerente all'area del ricovero ospedaliero si basa su un campione complessivo di **463 questionari**. I dati sono stati ripartiti per analizzare le diverse fasi della degenza, includendo un modulo specifico per la valutazione del percorso materno-infantile. Di seguito le tabelle di sintesi e la relativa analisi oggettiva dei risultati.

Indicatore	Categoria	Valore assoluto	Percentuale (%)
Tipo di ricovero	Programmato con prericovero	305	65,9%
	Da Pronto Soccorso	97	21,0%
	Programmato senza prericovero	27	5,8%
	Ostetricia per parto	25	5,4%
	Altro	9	1,9%
Soddisfazione org. prericovero in giornata <i>(su 314 risposte pertinenti)</i>	Sì	302	96,2%
	No	12	3,8%
Sottoposto a intervento chirurgico <i>(su 421 risposte)</i>	Sì	320	76,0%
	No	101	24,0%
Colloquio post-operatorio con il medico <i>(su 320 pazienti operati)</i>	Sì	295	92,2%
	No	25	7,8%
Gestione del dolore <i>(su 421 risposte)</i>	Attivazione immediata del personale	313	74,3%
	Assenza di dolore	90	21,4%
	Intervento in ritardo/minimizzazione	15	3,6%
	Mancata presa in considerazione	3	0,7%

Area di indagine	Quesito	Punteggio medio
Accoglienza	Chiarezza info su regole reparto, personale e orari	4.50
Assistenza	Disponibilità complessiva personale sanitario	4.61
Assistenza	Disponibilità complessiva personale medico	4.62
Area Chirurgica	Adeguatezza info pre-operatorie (tecniche, esiti, rischi)	4.57
Servizi Alberghieri	Livello di pulizia degli ambienti	4.74
Servizi Alberghieri	Qualità dei pasti	4.26
Dimissione	Completezza info fornite in dimissione (farmaci, stili di vita)	4.56
Esperienza Globale	Valutazione complessiva dell'esperienza di ricovero	4.58

Percorso Materno-Infantile (campione: 25 pazienti)

Indicatore	Risposte / Valutazione	Valore / Punteggio
Frequenza corso preparto	Sì	11 (44,0%)
	No	14 (56,0%)
Valutazione corso preparto	Qualità delle informazioni fornite	4.20 / 5
Assistenza Parto e Neonato	Sostegno ostetrica e ginecologo durante il parto	4.84 / 5
	Disponibilità del personale nell'assistenza al neonato	4.82 / 5
Dimissione	Info e consigli in dimissione riferiti al neonato	4.82 / 5
Esperienza Globale M-I	Val. complessiva Dipartimento Donna e Bambino	4.79 / 5

PRESTAZIONI AMBULATORIALI

L'indagine sulla qualità percepita per l'area ambulatoriale è stata condotta su un campione totale di **544 questionari**. Di seguito le tabelle di sintesi e la relativa analisi oggettiva dei risultati.

Accesso e prenotazione

Indicatore	Categoria	Valore assoluto	Percentuale (%)
Regime di erogazione	Sistema Sanitario Nazionale (SSN)	366	67,3%
	Privato	150	27,6%
	Assicurazione convenzionata	28	5,1%
Modalità di prenotazione	Numero telefonico dedicato	205	37,7%
	Sito internet / App (Prenoting™)	180	33,1%
	Sportello dell'Ospedale	159	29,2%
Difficoltà nella prenotazione	Nessuna difficoltà (No)	510	93,7%
	Riscontrata difficoltà (Sì)	34	6,3%

Valutazione del percorso ambulatoriale (valore medio su scala Likert 1-5)

Area di indagine	Quesito	Punteggio medio
Logistica	Chiarezza delle indicazioni per raggiungere il servizio	4.42
Accettazione	Tempi di attesa per l'accettazione amministrativa	3.93
	Chiarezza e completezza info del personale amministrativo	4.36
Erogazione	Rispetto dell'orario di visita indicato alla prenotazione	3.77
Clinica	Attenzione posta ai problemi riferiti in fase di visita	4.41
	Chiarezza e completezza delle info ricevute dallo specialista	4.46
Esperienza Globale	Valutazione complessiva dell'esperienza ambulatoriale	4.18

CENTRO PRELIEVI

L'indagine sulla qualità percepita inerente al Centro Prelievi è stata condotta su un campione totale di **144 questionari**. Di seguito le tabelle di sintesi e la relativa analisi oggettiva dei risultati.

Accesso e prenotazione

Indicatore	Categoria	Valore assoluto	Percentuale (%)
Modalità di prenotazione	Sito internet / App (Prenoting™)	98	68,1%
	Sportello dell'Ospedale	30	20,8%
	Numero telefonico dedicato	16	11,1%
Difficoltà nella prenotazione	Nessuna difficoltà (No)	136	94,4%
	Riscontrata difficoltà (Sì)	8	5,6%

Valutazione dell'esperienza al Centro Prelievi (valore medio su scala Likert 1-5)

Fase del Percorso	Quesito di valutazione	Punteggio Medio
Logistica	Chiarezza delle indicazioni per raggiungere il Centro	4.40
Accettazione	Tempi di attesa per l'accettazione amministrativa	3.46
	Chiarezza e completezza info del personale amministrativo	4.16
Attesa	Chiarezza sistema numerazione e visibilità monitor	4.24
Erogazione	Tempi di attesa per l'esecuzione del prelievo	3.72
	Disponibilità del personale sanitario durante il prelievo	4.49
Informazione	Chiarezza e completezza del materiale informativo	4.24
	Informazioni su tempi e modalità consegna referto	4.28
Tutela	Rispetto della privacy durante il percorso	4.44
Esperienza Globale	Valutazione complessiva del Centro Prelievi	3.91

UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO: ANALISI DELLE SEGNALAZIONI PERVENUTE

UN ANNO DI ASCOLTO E VICINANZA CONCRETA

Nel corso del 2025, l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) dell'Ospedale Pederzoli ha continuato a svolgere con costanza il proprio ruolo di punto di riferimento per pazienti, familiari e cittadini, promuovendo ascolto, dialogo e mediazione tra utenza e struttura sanitaria.

L'obiettivo principale dell'URP è mettere la persona al centro, accogliere bisogni e osservazioni, e trasformare ogni segnalazione in uno strumento utile per migliorare i servizi e la qualità dell'assistenza. Sempre più, inoltre, l'URP rappresenta un fondamentale filtro informativo e relazionale tra la struttura, il personale medico e paramedico, i pazienti e i loro familiari, facilitando la comunicazione, chiarendo dubbi, orientando le richieste e contribuendo a prevenire incomprensioni o criticità.

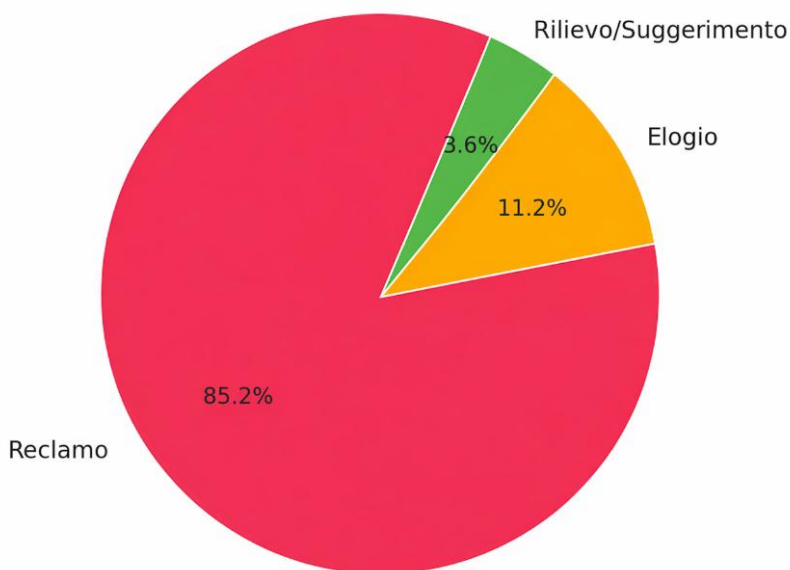
Nel corso dell'anno 2025 sono state registrate complessivamente 304 segnalazioni scritte, rispetto alle 245 dell'anno precedente. Di queste, 259 (85%) hanno riguardato reclami, 34 (11%) elogi e 11 suggerimenti. Numeri che, se da un lato evidenziano aspetti sui quali continuare a lavorare, dall'altro testimoniano l'attenzione e la partecipazione dei cittadini alla vita dell'organizzazione sanitaria.

Va evidenziato che **la maggior parte delle segnalazioni non viene presentata per iscritto, ma emerge verbalmente**, attraverso contatti diretti, colloqui personali o richieste espresse a voce. Si tratta di un'attività spesso non rappresentata nei dati statistici, ma di grande rilievo nella gestione quotidiana del rapporto con pazienti e familiari.

In questi casi, l'URP interviene con tempestività, assicurando una presa in carico immediata delle problematiche segnalate e attivandosi fin da subito per individuare possibili soluzioni.

È proprio questa operatività quotidiana a rappresentare il valore più autentico del servizio: non limitarsi all'ascolto, ma coinvolgere concretamente reparti e servizi competenti, accompagnando il cittadino fino alla risoluzione della criticità. Attraverso una presenza costante, attenta e rapida si rafforza la tutela della persona e si consolida il rapporto di fiducia nei confronti dell'ospedale.

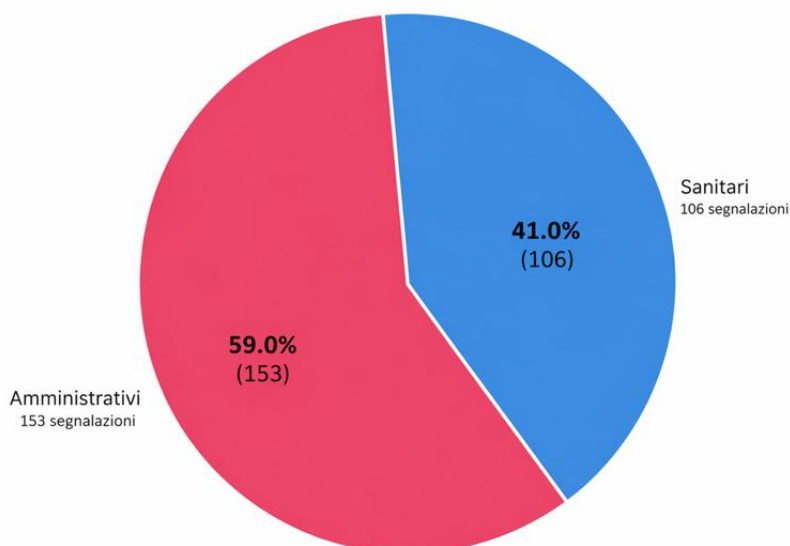
Tipo di segnalazione – anno 2025.



DOVE SI CONCENTRANO LE SEGNALAZIONI

L'analisi della pertinenza delle segnalazioni evidenzia una sostanziale ripartizione tra aspetti **amministrativi**, pari a **153 segnalazioni**, e aspetti **sanitari**, pari a **106 segnalazioni**. Questo dato conferma come il cittadino viva il percorso di cura nella sua interezza, attribuendo importanza non solo alla qualità clinica dell'assistenza ricevuta, ma anche all'efficienza organizzativa, ai tempi di risposta, alla facilità di accesso ai servizi e alla chiarezza delle informazioni fornite.

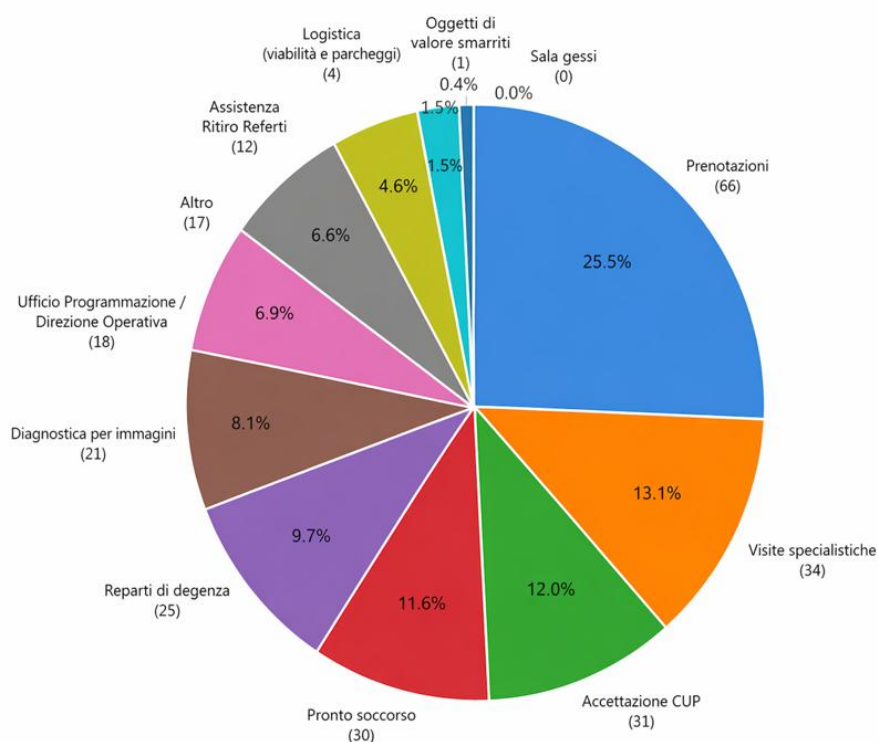
Ambiti di pertinenza della segnalazione – anno 2025.



Dall'analisi delle segnalazioni emergono alcune aree che richiedono maggiore attenzione sotto il profilo organizzativo e relazionale.

- **Prenotazioni:** rappresentano l'ambito più frequentemente segnalato, con **66 reclami pari al 25,5% del totale**. Le principali criticità riguardano i tempi di attesa, la difficoltà di contatto e la disponibilità degli appuntamenti.
- **Accettazione CUP:** con **31 segnalazioni (12%)**, si conferma tra i servizi più sensibili. Le osservazioni riguardano prevalentemente tempi di attesa agli sportelli, gestione dei flussi di utenza e necessità di informazioni più chiare sulle procedure amministrative.
- **Visite specialistiche:** registrano **34 segnalazioni (13,1%)**, spesso correlate a ritardi, riorganizzazioni degli appuntamenti, tempi di accesso e aspetti comunicativi durante il percorso ambulatoriale.
- **Pronto Soccorso:** con **30 segnalazioni (11,6%)**, rappresenta un'area particolarmente delicata, soprattutto per quanto riguarda la gestione delle attese, l'orientamento dell'utenza e la comunicazione con pazienti e familiari, in particolare nei casi classificati come codici minori.

Nel complesso, questi dati evidenziano come le principali aspettative dei cittadini si concentrino sull'accessibilità ai servizi, sulla tempestività delle risposte e sulla qualità della comunicazione lungo tutto il percorso assistenziale.



Nel dettaglio:

- L'area **Prenotazioni**, con 66 segnalazioni complessive, si conferma il settore maggiormente interessato dai reclami e rappresenta uno degli ambiti più sensibili per l'utenza, poiché costituisce il primo punto di accesso al percorso di cura. Le criticità rilevate riguardano soprattutto la possibilità di ottenere una prestazione nei tempi necessari, la facilità di contatto con il servizio e la semplicità delle procedure di prenotazione.

La problematica più ricorrente riguarda l'**impossibilità di prenotare telefonicamente**, con **27 segnalazioni** pari a circa **41%** del totale dell'area. Gli utenti riferiscono prevalentemente linee occupate, tempi di attesa prolungati o difficoltà nel ricevere risposta dagli operatori. Si tratta di una criticità che incide in modo particolare sulle persone meno abituate all'utilizzo degli strumenti digitali o prive di alternative telematiche.

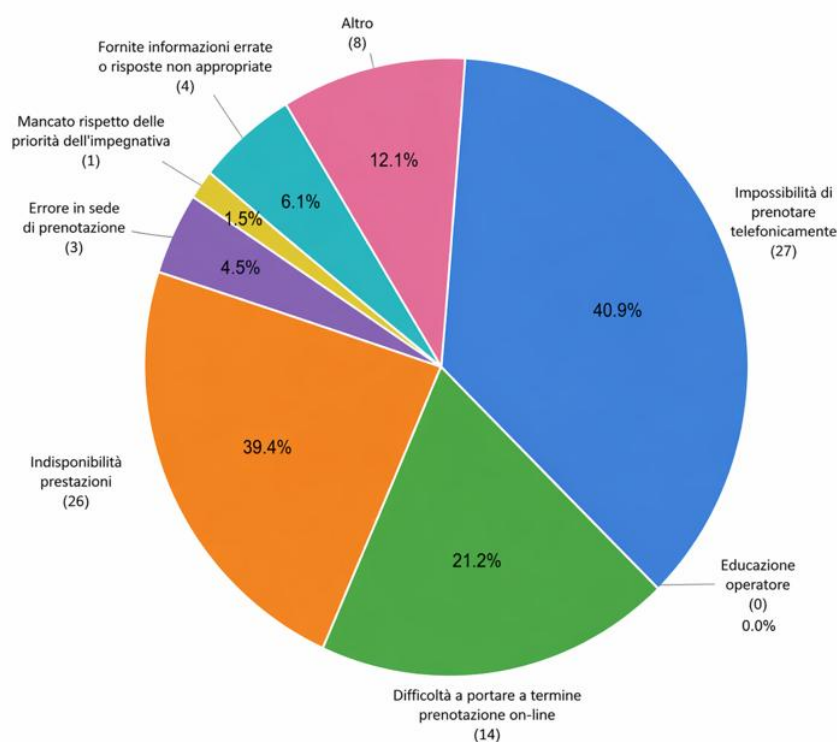
Segue l'**indisponibilità delle prestazioni**, con **26 segnalazioni (39%)**, situazione che esprime il disagio di utenti in possesso di prescrizione medica ma impossibilitati a trovare una data utile per la prestazione richiesta. Tale fenomeno può dipendere da molteplici fattori, tra cui saturazione delle agende, limiti programmatori, elevata domanda o temporanea carenza di disponibilità per alcune tipologie di visite ed esami. La conseguenza è spesso un forte senso di disorientamento e frustrazione, con la necessità per il cittadino di ricercare soluzioni alternative.

Un ulteriore ambito riguarda le **difficoltà nel completare la prenotazione online**, con **14 segnalazioni (21%)**. In questi casi vengono evidenziati problemi tecnici o procedurali, come registrazione dell'account, caricamento dell'impegnativa, accesso alla piattaforma o malfunzionamenti del sistema. Tali ostacoli riducono l'autonomia dell'utente e rendono il servizio percepito come poco immediato e accessibile.

Sono inoltre presenti segnalazioni riferite a **informazioni errate o risposte non appropriate, errori in sede di prenotazione, e mancato rispetto delle priorità indicate nell'impegnativa**.

Nel complesso, i dati confermano come l'area Prenotazioni rappresenti un nodo strategico dell'esperienza del cittadino: migliorare accessibilità, tempestività delle risposte, chiarezza informativa e semplicità dei canali di contatto significa incidere in modo diretto sulla qualità percepita dell'intero percorso sanitario.

Prenotazioni – Dettaglio segnalazioni – anno 2025.



- L'area **Accettazione CUP**, rappresenta uno degli ambiti amministrativi maggiormente sensibili, poiché costituisce un passaggio essenziale nel percorso del paziente all'interno della struttura sanitaria. Le osservazioni raccolte riguardano prevalentemente la qualità della relazione con l'utenza, l'efficienza organizzativa del servizio e la correttezza delle procedure amministrative.

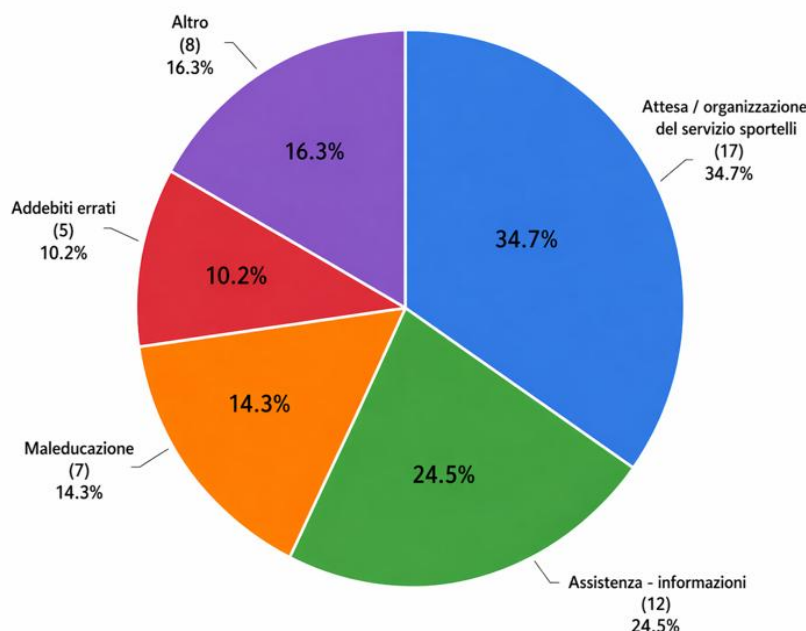
La criticità più frequentemente segnalata riguarda i **tempi di attesa e l'organizzazione del servizio agli sportelli**, con **17 casi**, pari a circa **34,7%** del totale. Gli utenti evidenziano code prolungate, rallentamenti nei flussi e percezione di scarsa fluidità nella gestione delle presenze, con conseguente disagio soprattutto nei momenti di maggiore affluenza.

Segue il tema dell'**assistenza e delle informazioni fornite**. In particolare, vengono riportate difficoltà nell'ottenere indicazioni chiare, complete e tempestive durante le fasi di accettazione o nella gestione delle pratiche amministrative. Questo dato conferma quanto la qualità della comunicazione sia determinante nella percezione complessiva del servizio.

Un ulteriore ambito riguarda i comportamenti percepiti come **maleducazione o scarsa cortesia**. Pur numericamente inferiori rispetto ad altre categorie, tali episodi assumono particolare rilevanza perché incidono direttamente sul rapporto di fiducia tra cittadino e struttura sanitaria, soprattutto in un contesto delicato come quello ospedaliero.

Nel complesso, i dati evidenziano come nell'area Accettazione CUP l'esperienza dell'utente sia influenzata non solo dall'efficienza operativa, ma anche dalla qualità dell'accoglienza, dalla chiarezza delle informazioni e dall'attenzione relazionale dimostrata dal personale. Migliorare questi aspetti significa rafforzare la percezione di affidabilità e professionalità dell'intera organizzazione sanitaria.

Accettazione CUP – Dettaglio segnalazioni – anno 2025.



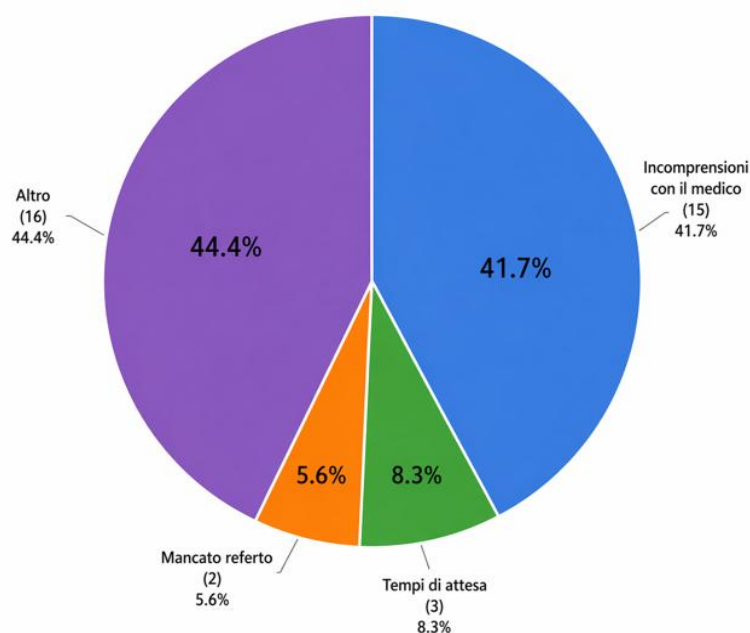
- L'analisi delle segnalazioni relative alle **visite specialistiche**, pari a 36 casi complessivi, evidenzia come la principale area di criticità percepita dagli utenti riguardi la qualità della relazione e della comunicazione durante il colloquio clinico. In un contesto in cui il contatto diretto con il professionista sanitario assume un ruolo centrale, la chiarezza delle informazioni e la capacità di ascolto incidono in modo determinante sulla soddisfazione del paziente.

La voce più rilevante riguarda infatti le **incomprensioni con il medico**, con **15 segnalazioni**, pari a circa **41,7%** del totale. Le osservazioni fanno riferimento a spiegazioni ritenute poco chiare, utilizzo di terminologia eccessivamente tecnica, percezione di scarsa disponibilità all'ascolto o difficoltà nel creare un dialogo efficace e rassicurante. Il dato conferma quanto la comunicazione rappresenti un elemento essenziale della qualità percepita della prestazione sanitaria.

Sono inoltre presenti **3 segnalazioni (8,3%)** riferite ai **tempi di attesa** per l'accesso alla visita. Pur non rappresentando la principale fonte di disagio in questo ambito, il rispetto degli orari programmati resta un indicatore importante di efficienza organizzativa e attenzione verso l'utenza.

Ulteriori **2 segnalazioni (5,6%)** riguardano il **mancato referto**, aspetto particolarmente rilevante poiché può rallentare il percorso diagnostico o terapeutico del paziente e generare incertezza circa gli step successivi di cura.

Nel complesso, i dati mostrano come, nell'ambito delle visite specialistiche, la percezione positiva del servizio dipenda non solo dalla competenza clinica, ma anche dalla capacità di instaurare una relazione chiara, empatica e orientata al bisogno informativo del paziente.



- Le segnalazioni riferite al **Pronto Soccorso**, pari a **43 casi complessivi**, evidenziano come la principale area di criticità percepita dagli utenti riguardi gli aspetti legati alla presa in carico clinica e alla qualità dell'assistenza sanitaria ricevuta. In un contesto caratterizzato da urgenza, fragilità e forte impatto emotivo, il bisogno di ascolto, chiarezza e rassicurazione assume infatti un valore centrale.

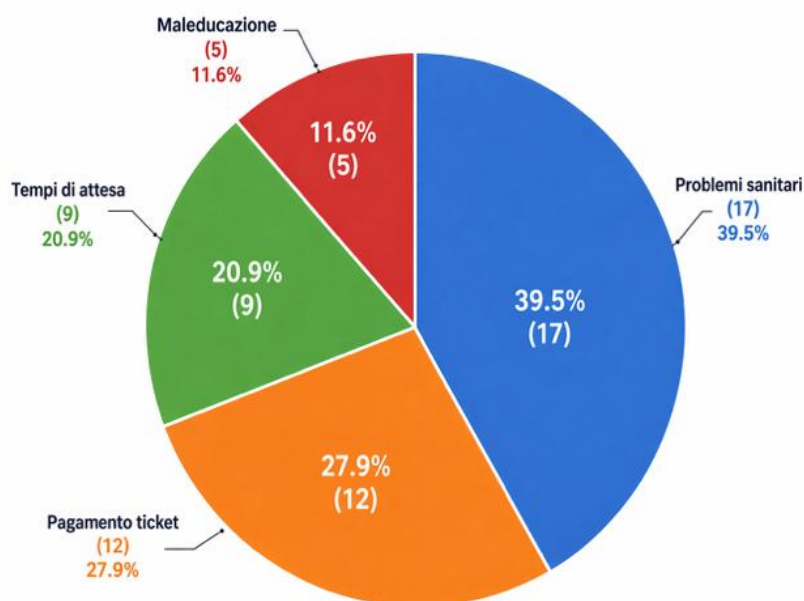
La voce più rilevante riguarda i **problemi sanitari**, con **17 segnalazioni**, pari a circa **39,5%** del totale. Gli utenti riportano insoddisfazione rispetto alla gestione clinica dell'accesso, con riferimento a diagnosi percepite come poco approfondite, mancate prese in carico adeguate o insufficiente attenzione alla propria condizione di salute. Il dato conferma quanto la qualità percepita dell'intervento sanitario rappresenti il principale elemento di valutazione del servizio.

Segue il tema del **pagamento del ticket**, con **12 segnalazioni (27,9%)**. In diversi casi vengono espresse perplessità o disappunto rispetto alla richiesta economica formulata al termine dell'accesso, spesso ritenuta non coerente con le aspettative dell'utente o con la motivazione che ha determinato il ricorso al Pronto Soccorso. Ciò evidenzia l'importanza di una comunicazione preventiva chiara sulle regole di compartecipazione alla spesa sanitaria.

I **tempi di attesa** generano **9 segnalazioni (20,9%)**, confermandosi un elemento sensibile nell'esperienza dell'utenza. Pur essendo fisiologicamente influenzati dalla priorità clinica dei casi in ingresso, i tempi di permanenza vengono percepiti con maggiore tolleranza quando accompagnati da aggiornamenti costanti e adeguata informazione sul percorso assistenziale.

Sono inoltre presenti **5 segnalazioni (11,6%)** riferite a episodi di **maleducazione o scarsa cortesia**, aspetto che incide direttamente sulla percezione complessiva del servizio e sul rapporto di fiducia tra cittadino e operatori, soprattutto in un contesto già segnato da tensione e preoccupazione.

Nel complesso, i dati mostrano come, nell'ambito del Pronto Soccorso, la soddisfazione dell'utente dipenda non solo dalla rapidità dell'intervento, ma soprattutto dalla qualità dell'assistenza clinica, dalla chiarezza delle informazioni fornite e dalla capacità relazionale del personale sanitario e amministrativo.



- L'analisi delle segnalazioni relative ai **reparti di degenza**, che rappresentano circa **il 10% del totale dei reclami**, con una maggiore incidenza nelle aree di **chirurgia e urologia**, evidenzia l'importanza di mantenere costantemente monitorati i processi assistenziali, l'organizzazione interna dei reparti e la qualità della comunicazione tra équipe sanitaria, paziente e familiari.

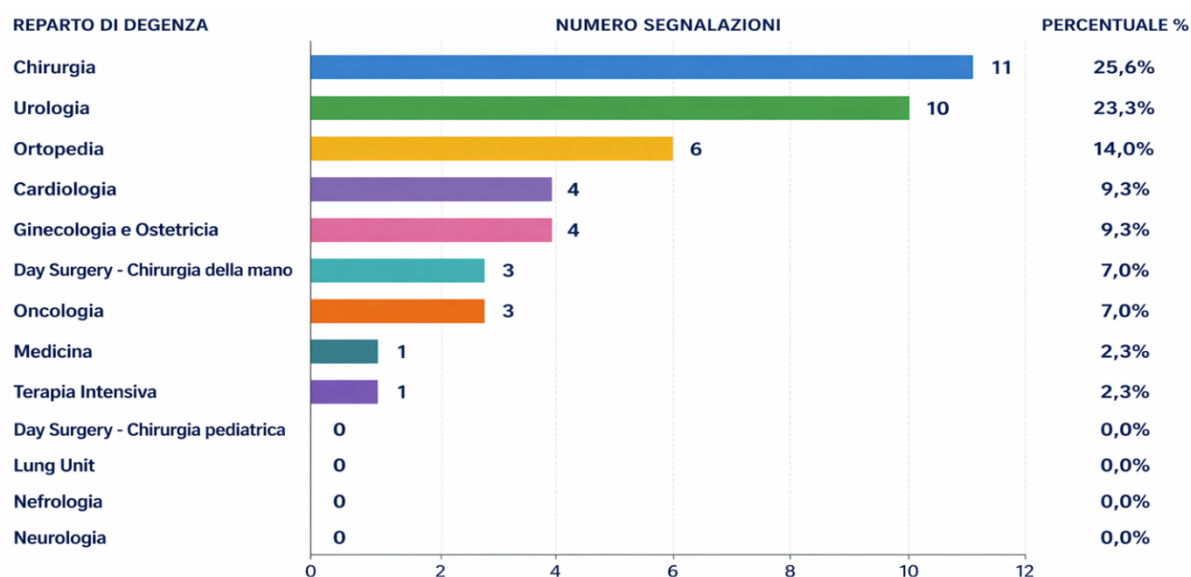
Nel contesto del ricovero, infatti, l'esperienza della persona assistita non dipende esclusivamente dall'esito clinico, ma anche da come viene vissuto l'intero percorso di cura. Per questo motivo, il customer **Satisfaction** assume un ruolo strategico quale indicatore di qualità, in grado di misurare la capacità dell'organizzazione sanitaria di rispondere in modo efficace ai bisogni, alle aspettative e ai diritti del paziente.

In particolare, la soddisfazione durante la degenza risulta strettamente connessa a diversi fattori essenziali, tra cui:

- **accoglienza e umanizzazione delle cure**, attraverso attenzione alla persona e rispetto della dignità individuale;
- **chiarezza, completezza e tempestività delle informazioni ricevute**, sia sul percorso clinico sia sugli aspetti organizzativi del ricovero;
- **empatia, ascolto e disponibilità del personale sanitario**, elementi centrali per instaurare un clima di fiducia e serenità;
- **organizzazione e continuità assistenziale**, con particolare riferimento al coordinamento delle attività di reparto e alla percezione di presa in carico costante.

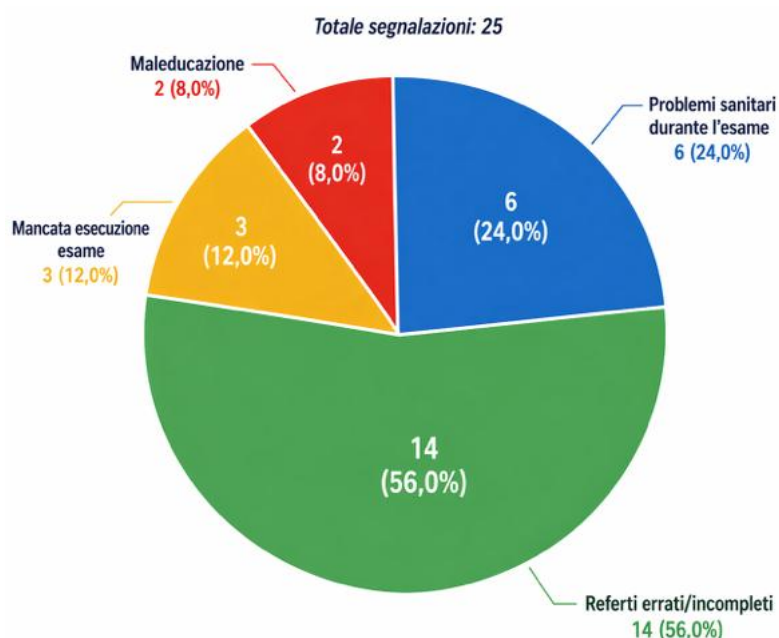
Il monitoraggio continuo di questi aspetti consente di intercettare tempestivamente eventuali criticità e di orientare interventi di miglioramento concreti, finalizzati a rendere l'esperienza di ricovero sempre più qualificata, sicura e centrata sulla persona.

Reperti di degenza – Dettaglio segnalazioni – anno 2025.



- Nell'ambito della **diagnostica per immagini**, la criticità più frequente riguarda i **problemi sanitari durante l'esecuzione dell'esame**. Le segnalazioni fanno riferimento soprattutto a disagi fisici, scarsa attenzione percepita da parte del personale o spiegazioni non sufficientemente chiare durante la procedura. Seguono i reclami relativi a **referti errati o incompleti**, con cinque segnalazioni. Nel complesso, i dati confermano che, oltre alla qualità tecnica dell'esame, risultano fondamentali la chiarezza delle informazioni, l'attenzione alla persona e la correttezza della refertazione.

Diagnostica per immagini – Dettaglio segnalazioni – anno 2025.



AZIONI IMPLEMENTATE NEL 2025 SU IMPULSO DELL'URP

Nel corso del 2025, l'Ufficio Relazioni con il Pubblico ha svolto un ruolo attivo e strategico nel raccogliere i bisogni espressi dai cittadini e nel trasformare le segnalazioni ricevute in occasioni concrete di miglioramento organizzativo. Attraverso un costante lavoro di raccordo con i servizi aziendali, l'URP ha contribuito a promuovere numerosi interventi orientati a rendere l'esperienza del paziente più semplice, chiara ed efficace. Le principali azioni realizzate nel corso dell'anno hanno riguardato i seguenti ambiti:

- ✓ **Potenziamento del sistema di prenotazione digitale**, con l'introduzione di una nuova piattaforma online che consente agli utenti di prenotare, spostare o annullare appuntamenti in autonomia. L'URP ha accompagnato la fase di avvio offrendo supporto diretto agli utenti e assistenza personalizzata, in particolare alle persone meno avvezze agli strumenti digitali.
- ✓ **Supporto informativo su prestazioni convenzionate e a pagamento**, area frequentemente oggetto di richieste e chiarimenti, specialmente in merito alla nuova TAC a Fotoni. L'URP ha fornito risposte dirette ai cittadini e favorito una maggiore comprensione delle alternative disponibili, soprattutto nei casi di temporanea indisponibilità delle prestazioni SSN.
- ✓ **Collaborazione nella stesura dei contenuti del sito aziendale**, resi più chiari, accessibili e coerenti con le domande più frequenti ricevute dall'utenza.
- ✓ **Rafforzamento del collegamento tra reparti di degenza e familiari dei pazienti**, soprattutto nelle aree maggiormente sensibili. L'URP ha favorito una comunicazione più fluida tra équipe sanitarie e caregiver, contribuendo a contenere il disorientamento dei familiari durante il ricovero.
- ✓ **Mediazione tempestiva delle criticità segnalate**, con presa in carico immediata di numerose problematiche espresse verbalmente da pazienti e familiari, spesso risolte in tempi brevi grazie al diretto coinvolgimento dei servizi competenti.

Queste azioni confermano il valore dell'URP non solo come ufficio di ascolto e tutela, ma come motore di miglioramento continuo, capace di trasformare il punto di vista del cittadino in interventi concreti a beneficio dell'intera organizzazione sanitaria.

OBIETTIVI STRATEGICI E LINEE DI SVILUPPO PER IL 2026

Nel corso del 2026, l'Ufficio Relazioni con il Pubblico intende rafforzare il proprio ruolo di riferimento per cittadini, pazienti e familiari, promuovendo una sanità sempre più orientata alla **persona**, alla **trasparenza**, alla **qualità relazionale** e all'**innovazione digitale**.

L'analisi delle segnalazioni del 2025 ha evidenziato la necessità di intervenire su accessibilità dei servizi, chiarezza delle informazioni, tempi di risposta e qualità dell'accoglienza. Per questo motivo, le principali linee di sviluppo saranno:

- **Sviluppare ulteriormente il format di registrazione delle segnalazioni** per avere informazioni più dettagliate.
- **Potenziare l'assistenza sui servizi digitali**, incentivando prenotazioni online, self check-in e supporto agli utenti meno digitalizzati.
- **Rafforzare la qualità relazionale**, con percorsi formativi rivolti al personale sanitario e amministrativo su ascolto, empatia e gestione del rapporto con il cittadino.
- **Monitorare costantemente le criticità**, tramite report periodici e confronto con i servizi maggiormente interessati dalle segnalazioni.
- **Sviluppare maggiormente la Customer Satisfaction**, con questionari digitali, QR code e sistemi di feedback immediato.
- **Valorizzare l'analisi dei dati**, utilizzando strumenti evoluti per individuare tendenze e priorità di intervento.

Attraverso queste azioni, l'URP intende confermarsi nel 2026 come strumento di ascolto, tutela e miglioramento continuo, contribuendo a una struttura sanitaria sempre più vicina ai bisogni delle persone.