

	RELAZIONE ANNUALE SUGLI ACCADIMENTI IN MATERIA DI RISCHIO CLINICO E AZIONI DI MIGLIORAMENTO 2025	06/03/2026
---	---	-------------------

O.P.A. Sol et Salus - Viale S. Salvador, 204 47922 Torre Pedrera RN

Redatto da	Verificato da	Approvato da
Pantazis Pantazopoulos (Responsabile rischio clinico Sol et Salus)	Simona Bertini (Responsabile Gestione Qualità)	Massimo Montesi (Direttore Sanitario Sol et Salus)
06/03/2026		

RELAZIONE ANNUALE SUGLI ACCADIMENTI IN MATERIA DI RISCHIO CLINICO E AZIONI DI MIGLIORAMENTO 2025

RISULTATI ANNO 2025

RISK MANAGER Dott. PANTAZIS PANTAZOPOULOS

	RELAZIONE ANNUALE SUGLI ACCADIMENTI IN MATERIA DI RISCHIO CLINICO E AZIONI DI MIGLIORAMENTO 2025	06/03/2026
---	---	-------------------

Indice generale

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO.....	2
2. DATI DI PRODUZIONE.....	4
3. POLITICA E OBIETTIVI PER LA SICUREZZA E LA QUALITA' DELLE CURE.....	6
4. LEGGI, NORME, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA E RACCOMANDAZIONI APPLICABILI.....	7
5. ORGANIZZAZIONE E MATRICE DELLE RESPONSABILITA'.....	8
6. RENDICONTAZIONE DELLA GESTIONE PROATTIVA E REATTIVA REALIZZATA NEL CORSO DEL'ANNO 2023. .	8
6.1 INCIDENT REPORTING.....	8
6.2 DISPOSITIVOVIGILANZA.....	10
6.3 FARMACOVIGILANZA.....	11
6.4 EMOVIGILANZA.....	11
6.5 SINISTRI.....	12
6.6 RECLAMI/SUGGERIMENTI.....	12
6.7 CADUTE.....	13
6.8 LESIONI DA PRESSIONE.....	13
6.9 RISCHIO INFETTIVO E INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA.....	14
7. SAFETY WALK ROUND.....	15
7.1 UFFICIO QUALITÀ: SEGNALAZIONI DI NON CONFORMITÀ NEL 2023 E GESTIONE DEL SISTEMA QUALITÀ.....	15

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

Sol et Salus nasce nel 1949 come centro di riabilitazione convenzionato con il Ministero della Sanità per fornire cure mediche, chirurgiche e riabilitative. Nel 1978 con l'introduzione del servizio sanitario nazionale Sol et Salus viene riconosciuta come casa di cura medica e riabilitativa. Nel 1996 la regione Emilia Romagna accredita Sol et Salus al Servizio Sanitario Nazionale per 140 posti letto nelle specialità della medicina fisica e riabilitazione funzionale.

Nel 2003, nell'Ospedale Privato Accreditato Sol et Salus viene attivata un'unità operativa di chirurgia ortopedica e generale dotata di 2 sale operatorie e di un ambulatorio chirurgico.

Dal 1996 al 2000, in previsione della istituzione della rete per le gravi cerebrolesioni della regione Emilia Romagna (GRACER) l'unità operativa di neuroriabilitazione di Sol et Salus viene sottoposta a un intenso programma formativo dei suoi medici ed operatori sanitari congiuntamente alla ridefinizione dei percorsi dei pazienti e all'adeguamento procedurale e della strumentazione. Nel luglio 2004, a realizzazione del sistema Hub and Spoke per la rete GRACER, la regione Emilia Romagna attribuisce a Sol et Salus 25 posti letto di neuroriabilitazione in cod. 75 (alta specialità) a seguito del rilievo della disponibilità di una dotazione "... di strutture, personale ed expertise adeguati alla presa in carico omnicomprensiva delle persone con GCA (grave cerebrolesione acquisita), con articolazione organizzativa specificamente dedicata. ...". Componente essenziale dell'unità per le gravi cerebrolesioni acquisite è l'unità operativa di semintensiva ad alta valenza riabilitativa, di cui Sol et Salus dispone già dal 2001, in grado di garantire, "... accanto ad un'assistenza internistica intensiva, un più strutturato ed assiduo trattamento riabilitativo nonché un contatto quotidiano del paziente con i suoi familiari. Il passaggio in quest'area, collegata alla rianimazione e dotata di una organizzazione specifica degli spazi e del lavoro, avviene non appena superati i problemi relativi alla

	RELAZIONE ANNUALE SUGLI ACCADIMENTI IN MATERIA DI RISCHIO CLINICO E AZIONI DI MIGLIORAMENTO 2025	06/03/2026
---	---	-------------------

garanzia della sopravvivenza del paziente ed è possibile una iniziale e parziale autonomizzazione dei sistemi di assistenza respiratoria. ...".

Dal 1996 Sol et Salus dispone di un attivo laboratorio di analisi del movimento e biomeccanica impegnato oltre che per le esigenze cliniche (valutazioni strumentali e trattamento della spasticità), in attività di ricerca con università regionali ed extraregionali. Dal 2006 il laboratorio opera in stretta collaborazione con il team di neuro-ortopedia composto da chirurgo neuro-ortopedico, fisiatra, fisioterapista e ingegnere biomedico. Le valutazioni e gli interventi di neuro-ortopedia (detta anche chirurgia funzionale), praticata in pochissimi altri centri italiani, per l'esperienza accumulata e per i risultati clinici ottenuti dal team di Sol et Salus, sono rivolti oltre a pazienti provenienti dalla regione Emilia Romagna, anche a quelli di molte altre regioni italiane.

Dal 1991 Sol et Salus dispone di un servizio di terapia occupazionale con palestra dedicata e dalla istituzione della rete GRACER di un servizio di logopedia (attivo già dal 1983) operante congiuntamente a quello di neuropsicologia clinica e di foniatra.

Dal 2012 Sol et Salus ha acquisito la strumentazione robotica rivolta alla riabilitazione specifica dell'arto superiore e alla verticalizzazione con stepping per i pazienti con lesione neurologica centrale nell'immediata post-acuzie.

Negli ultimi anni si è visto un incremento importante dell'attività di chirurgia funzionale. Si tratta di una branca della neuro-ortopedia, una super specializzazione che si propone di correggere le deformità agli arti inferiori e/o superiori dovuta a lesioni del sistema nervoso centrale (ictus, trauma cranico, mielo-lesione, paralisi cerebrale infantile).

L'intervento di chirurgia funzionale è il risultato di un programma nell'ambito di un progetto riabilitativo definito da un team competente composta da medico fisiatra, chirurgo neuro-ortopedico, fisioterapista, paziente e i suoi familiari.

Tali trattamenti possono essere eseguiti su spalla, gomito, mano, anca, ginocchio, piede e femore.

Sono previsti, ove necessari, controlli per il monitoraggio del risultato chirurgico sia di tipo clinico-strumentale, presso il Laboratorio di Analisi del Movimento e Biomeccanica, sia di tipo chirurgico.

Fin dal 2002 l'ospedale Sol et Salus ha iniziato e progressivamente applicato la gestione in qualità dei suoi processi e dal 2005 tutti i reparti e servizi operano in certificazione UNI EN ISO 9001:2015 regolarmente rinnovata ad ogni prevista scadenza.

L'Ospedale Privato Accreditato ha una struttura articolata su tre piani e così distribuita:

- **Piano Terreno:** sono qui ubicati gli ingressi di accoglienza e i servizi per l'accettazione amministrativa per le prestazioni ambulatoriali e per i pazienti in ricovero, vi si trovano inoltre gli ambulatori specialistici con il Punto Prelievi, i Servizi di Diagnostica per immagini, il Laboratorio di Analisi del Movimento, la Palestra per riabilitazione Move different interni ed esterni, il reparto di degenza di Riabilitazione Chirurgia funzionale dell'età evolutiva, il Blocco Operatorio, il Bar, la cucina ed infine gli Uffici di Direzione Sanitaria;
- **Piano Primo:** si trova il reparto di Neuroriabilitazione Alta specialità, il reparto di degenza di Riabilitazione Chirurgia funzionale dell'adulto, le Palestre di riabilitazione Sole, terapia occupazionale, i servizi di NPS, logopedia, psicologia;
- **Piano Secondo:** si trova la U.O. di Chirurgia e di Chirurgia funzionale, il reparto di Semintensiva AVR

Nel mese di luglio 2016, è stato stipulato un contratto di rete con la Casa di Cura Montanari OPA Sol et Salus S.P.A. al fine di realizzare una rete di imprese denominata "Rete della Salute" per la aggregazione delle dotazioni di posti letto ed il raggiungimento della soglia minima necessaria per l'accreditamento secondo quanto previsto dal dm 70/2015, ma anche nell'intento di creare una alleanza cooperativa in grado di ampliare le Potenzialità di generare valore per gli utenti, tramite il confronto sistematico dei professionisti e la integrazione di competenze e risorse complementari.

2. DATI DI PRODUZIONE

Periodo di riferimento: gennaio/dicembre 2024- 2023-2022

AZIENDE	2025		2024		2023	
AREA VASTA ROMAGNA	casi	gg	casi	gg	casi	gg
ANESTESIA	0	0	0	0	0	0
Chirurgia ortopedica	802	2.337	820	2289	817	2302
Chirurgia GENERALE	17	17	10	10	15	15
Chirurgia AMBULATORIALE	874	0	795	0	643	0
GRACER	39	2.746	43	2935	39	3915
Riab. Neurologica	135	6.045	135	6194	129	5366
Riab. Ortopedica	0	0	4	105	16	215
Riab. Elettivi	0	0	0	0	0	0
MEDICINA (emerg.Covid-)	0	0	0	0	0	0
Ex Villa Salus	0	0	0	0	0	0
Day-Hospital	25	34	48	77	41	69
AREA VASTA ROMAGNA	1.892	11.179	1855	11610	1700	11882
Resto della REG.	casi	gg	casi	gg	casi	gg
ANESTESIA	0	0	0	0	0	0
Chirurgia ortopedica	94	247	83	296	78	351
Chirurgia GENERALE	2	2	2	2	0	0
Chirurgia AMBULATORIALE	92	0	99	0	96	0
GRACER	0	0	0	0	0	0
Riab. Neurologica	26	719	19	607	19	588
Riab. Ortopedica	0	0	0	0	2	14
Riab. Elettivi	0	0	0	0	0	0
MEDICINA (emerg.Covid-)	0	0	0	0	0	0
Ex Villa Salus	0	0	0	0	0	0
Day-Hospital	12	19	4	5	12	14
TOT. Resto REG.	226	987	207	910	207	967
EXTRA REGIONE	casi	gg	casi	gg	casi	gg
ANESTESIA	0	0	0	0	0	0
Chirurgia ortopedica	1.381	3.460	1378	3512	1236	3433
Chirurgia GENERALE	12	12	7	7	8	8
Chirurgia AMBULATORIALE	972	0	968	0	1006	0
GRACER	14	1.296	10	1067	20	2040
Riab. Neurologica	572	15.747	479	13506	427	12385
Riab. Ortopedica	0	0	2	37	10	203
Riab. Elettivi	0	0	0	0	0	0

MEDICINA (emerg.Covid-)	0	0	0	0	0	0
Ex Villa Salus	0	0	0	0	0	0
Day-Hospital	125	196	125	197	144	228
TOT.EXTRA REG.	3.076	20.711	2969	18326	2851	18297
TOT. GENERALE	casi	gg	casi	gg	casi	gg
ANESTESIA	0	0	0	0	0	0
Chirurgia ortopedica	2.277	6.044	2281	6097	2131	6086
Chirurgia GENERALE	31	31	19	19	23	23
Chirurgia AMBULATORIALE	1.938	0	1862	0	1745	0
GRACER	53	4.042	53	4002	59	5955
Riab. Neurologica	733	22.511	633	20307	575	18339
Riab. Ortopedica	0	0	6	142	28	432
Riab. Elettivi	0	0	0	0	0	0
MEDICINA (emerg.Covid-)	0	0	0	0	0	0
Ex Villa Salus	0	0	0	0	0	0
Day-Hospital	162	249	177	279	197	311
TOT. GENERALE	5.194	32.877	5031	30846	4758	31146

AREA CONTINUITA' DELLE CURE – ESITO DEL

RICOVERO	2025	2024	2023
% Dim. ordinarie	80,60%	82,08%	82,7%
% Decessi	0,09%	0,06%	0,13%
% Trasferimento per acuti	1,15%	1,56%	1,5%
% Trasf. int	15,83%	14,28%	14,3%
% Dim. Prot.	0,45%	0,37%	0,22%
% Dim Volontaria	0,30%	0,37%	0,22%
% Dim. ADI	0	0	0
% Dim. RSA	0	0	0
% Dim. Verso Riab	1,57%	1,28%	0,93%
% Allontanamento	0	0	0

QUALITA' SICUREZZA E RISCHIO CLINICO

	2025	2024	2023
Gestione del rischio – utilizzo I.R.	100	100	100%
Numero nuovi decubiti/tot. pazienti	41/5194=0,8%	11/5031=0,22%	0
numero cadute/totale giornate di degenza	28/32877=0,08	26/30.846=0,08%	24/31.146=0,08%
% rilevazione dolore in cartella	100	100	100
Richieste di sangue conformi/numero delle richieste	100	100	100

AREA COMUNICAZIONE E SODDISFAZIONE DELLA UTENZA

rilevazione della soddisfazione dell'utenza (indice soddisfazione ≥ 80%)	si	si	si
---	----	----	----

	RELAZIONE ANNUALE SUGLI ACCADIMENTI IN MATERIA DI RISCHIO CLINICO E AZIONI DI MIGLIORAMENTO 2025	06/03/2026
---	---	-------------------

3. POLITICA E OBIETTIVI PER LA SICUREZZA E LA QUALITA' DELLE CURE

Il sistema per la gestione dei processi di risk management supporta la clinical governance affinché la Sol et Salus sia in grado di operare in una visione per processi orientata al miglioramento continuo dei propri servizi e della salvaguardia degli standard di cura e di assistenza.

Gli elementi alla base della politica sono la definizione di una esplicita azione per la tutela della salute, che punti all'efficacia clinica e all'efficienza organizzativa, nel rispetto di tutte le parti interessate al buon funzionamento dell'azienda: i pazienti, gli utenti, i dipendenti, il governo regionale, i fornitori e le istituzioni del territorio.

Il primo impegno la Direzione Strategica della Sol et Salus l'assume nei confronti del contesto esterno ed interno entro cui agisce, costituiti, sotto il primo aspetto, da fattori: politici, demografici, economici e quello aziendale, dalle risorse umane, strutturali e tecnologiche; riconoscendo e garantendo la centralità dell'essere umano, prendendosi cura della persona, realizzando così il ruolo fondante che un'azienda sanitaria deve avere nella propria mission. Questo fondamentale impegno trova materiale realizzazione attraverso un sistema organizzativo basato sulla riprogettazione dei processi aziendali, da: pianificare, realizzare, controllare e migliorare, avvalendosi di strumenti già consolidati, quale è il ciclo PDCA (Plan Do Check Act) e una metodologia sul "Risk-based thinking". Infatti, se il miglioramento dei processi è l'obiettivo, l'analisi del rischio, intesa come valutazione dei pericoli potenziali e contestuale riduzione dell'incertezza, è lo strumento per il raggiungimento di quest'obiettivo.

La Direzione Strategica della Sol et Salus ha la piena consapevolezza che conoscere i processi di un Azienda, saper valutare il rischio, significa comprenderne tutti gli aspetti che la compongono: da quelli programmatici, agli attuativi, ai controlli necessari, sia quelli costanti che i periodici. Perché solo conoscendo i contesti entro i quali si opera e ci si radica, dalle attività realizzate attraverso i loro legami, agli aspetti incerti o pericolosi, ma anche alle opportunità da considerare e sviluppare e fare crescere, si possono utilizzare al meglio le risorse, minimizzando i costi, massimizzando il valore dell'Azienda.

4. LEGGI, NORME, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA E RACCOMANDAZIONI APPLICABILI

- D. Lgs. 502/92: Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.
- D.P.R. 14/01/1997: Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.
- D. Lgs 229/99: Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419.
- D. Lgs 254/00: Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari.

- D. Lgs 81/08: Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro - Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.
- Circolare Ministeriale n.52/1985: "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
- Circolare Ministeriale n. 8/1988: "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza".
- D.M. 24 luglio 1995: "Contenuti e modalità degli indicatori di efficienza nel Servizio sanitario nazionale" GU n. 263, 10 Novembre 1995.
- PSN 2003-2005, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie trasmissibili prevenibili con la vaccinazione, la sorveglianza delle infezioni nosocomiali e di quelle a trasmissione iatrogena;
- PSN 2006-2008, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie infettive, la sorveglianza e il controllo delle complicanze infettive legate all'assistenza sanitaria;
- Piano Nazionale di contrasto all'antibiotico resistenza 2017-2020.
- Legge 8 marzo 2017, n. 24. "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie". (17G00041) (GU n.64 del 17-3-2017)
- Leggi e Delibere regionali in materia di sicurezza e qualità delle cure
- Standard Joint Commission International per l'accreditamento degli ospedali – 7° edizione

5. ORGANIZZAZIONE E MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

La realizzazione del piano annuale risk management riconosce sempre almeno due specifiche responsabilità:

- Quella del Risk Manager che lo redige e ne monitorizza l'implementazione;
- Quella dell'Alta Direzione che si impegna ad adottarlo ed a fornire al Risk Manager e all'organizzazione aziendale le risorse e le opportune direttive, per la concreta realizzazione delle attività in esso previste.

All'interno di Sol et Salus è stato istituito una unità operativa denominata Governo clinico formata da: Risk manager, Responsabile Qualità e Accreditamento e Addetto alla formazione al fine di governare in maniera sinergica ed efficace gli aspetti legati al rischio clinico ed eventuali eventi correlati.

6. RENDICONTAZIONE DELLA GESTIONE PROATTIVA E REATTIVA REALIZZATA NEL CORSO DEL'ANNO 2025

6.1 INCIDENT REPORTING

Scheda descrittiva degli strumenti/fonti informative disponibili sulla sicurezza delle cure e dei relativi interventi per la prevenzione e riduzione del rischio clinico	
Tipologia	INCIDENT REPORTING
Letteratura/Normativa di riferimento	- DM 2 aprile 2015 n°70 - Legge stabilità 2016 (Legge n. 208 del 28 dicembre 2015, art 1 comma 539) - DGR 1943/2017 (6° criterio dell'accreditamento)
Descrizione dello strumento/flusso informativo	Definizione: sistema di segnalazione nato nelle organizzazioni ad alto rischio poi trasferito in sanità. Lo strumento consente ai professionisti sanitari di descrivere o comunicare eventi avversi o quasi eventi near miss. Vedi dossier ASSR n 250/2015 pag. 15-16 Incident reporting utilizzando sito aziendale Talete web nella apposita sezione Rischio clinico
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Sono state segnalate 21 schede di incident reporting così suddivise: - 2 aggressioni - 9 eventi avversi - 10 near miss
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	A seguito delle segnalazioni sopra riportate sono realizzate: - 4 audit clinici/sea - 2 azione correttive
Valutazione risultati e prospettive future	Per la <u>gestione delle 2 aggressioni</u> sono state eseguite le relative indagini dal risk manager e dal RSPP in collaborazione con il personale di reparto e ufficio qualità. Trattasi di aggressioni verbali correttamente gestite, di entità minore. <u>Per la gestione degli 9 eventi avversi:</u> - 1 SEA sulla gestione delle LDD dal quale emerge che: Carente comunicazione interna. Non presente una descrizione esaustiva nel diario clinico dell'evoluzione della lesione da parte dell'infermiere ne nel report report delle ldd. E' necessario che gli infermieri descrivano in maniera più puntuale lo stato delle lesioni e la loro evoluzione e che vengano previsti momenti di briefing con il medico in cui si segnalino le variazioni/evoluzioni delle lesioni da pressione. Deve essere sempre descritta la lesione al momento dell'insorgenza con caratteristiche e

dimensione. E' necessario aggiornare il diario clinico per rendere evidente l'evoluzione della lesione.

- **1 Azioni correttiva** tutt'ora incorso che prevede la revisione del protocollo sulla gestione della CPE

- **1 Azione correttiva** che prevedeva l'acquisto del braccialetto con GPS per la prevenzione dell'allontanamento del paziente e revisione della relativa procedura.

Le restanti segnalazioni sono state gestite attraverso riunioni formalizzate o incontri tra risk manager, responsabile qualità e UO coinvolte.

Per la gestione dei 10 near miss:

- **1 Audit (006/2025):** errata comunicazione interna, modifica delle modalità di richiesta degli spaziatori antibiotati

- **1 Audit (per gestire due near miss)** rilevate difficoltà organizzative per quanto riguarda i trasferimenti interni. *Apertura di una azione per il 2026 in collaborazione con risorse umane, controllo di gestione, risk manager, direttore sanitario, coordinatori uo e resp medici per la definizione del corretto percorso di dimissione/trasferimento interno dei pazienti di chirurgia funzionale*

Le restanti segnalazioni sono state gestite attraverso riunioni formalizzate o incontri tra risk manager, responsabile qualità e UO coinvolte.

6.2 DISPOSITIVO VIGILANZA

Scheda descrittiva degli strumenti/fonti informative disponibili sulla sicurezza delle cure e dei relativi interventi per la prevenzione e riduzione del rischio clinico

Tipologia	DISPOSITIVO VIGILANZA
Letteratura/Normativa di riferimento	- Autovalutazione ed accreditamento delle Strutture Sanitarie: linee guida liste di verifica, requisiti specifici. - Norme CEI 62-5, CEI 64-8 e norme particolari - DL 81/08 e successive modificazioni - Regolamento Dispositivi Medici (UE) 2017/745 - Regolamento (UE) 2023/607 - Determinazione Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali n. 13141/2008: Linee di indirizzo in materia di vigilanza sui dispositivi medici, sui dispositivi medici impiantabili attivi e sui dispositivi medico-diagnostici in vitro - RM09 - RACCOMANDAZIONE PER PREVENZIONE EVENTI AVVERSI CONSEQUENTI A MALFUNZIONAMENTO DI DISPOSITIVI

Descrizione dello strumento/flusso informativo	Incident reporting utilizzando sito aziendale Talete web nella apposita sezione Rischio clinico
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Dal 2022 è stato introdotto l'obbligo di effettuare le segnalazioni per malfunzionamento di apparecchiature sul sistema informativo gestionale aziendale Talete. Questo ha permesso il tracciamento di tutti gli interventi. Il Servizio di Ingegneria Clinica, in collaborazione con Ufficio Qualità e Accredimento, informa tempestivamente, tramite piattaforma Talete web, gli utilizzatori delle tecnologie sanitarie di tutti gli avvisi di sicurezza ogni qualvolta che vengono inviati dal Ministero e/o dal fornitore. Nel corso del 2025 sono state effettuate complessivamente 359 verifiche di sicurezza e 275 interventi di manutenzione programmata, per un totale di oltre 634 controlli sulle apparecchiature elettromedicali in uso presso la clinica. Tali attività hanno consentito di mantenere un elevato livello di controllo sul parco tecnologico, garantendo la continuità operativa dei dispositivi e la sicurezza dei pazienti e degli operatori. Le manutenzioni straordinarie correttive eseguite sono state 193, in incremento rispetto alle 154 registrate nell'anno 2024. L'aumento delle richieste di intervento è principalmente correlato al significativo numero di segnalazioni relative ai letti GIVAS 43, con particolare riferimento alla non perfetta integrità dei comandi e delle ruote, per le quali è stato avviato un monitoraggio dedicato e, ove necessario, richieste di intervento al fornitore. .
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	L'aumento delle richieste di intervento anno 2024 vs 2025 è principalmente correlato al significativo numero di segnalazioni relative ai letti GIVAS (43), con particolare riferimento alla non perfetta integrità dei comandi e delle ruote, per le quali è stato avviato un monitoraggio dedicato e, ove necessario, richieste di intervento al fornitore.
Valutazione risultati e prospettive future	E' stata redatta una nuova procedura per gli acquisti, la quale avrà l'obiettivo di integrare il grado di obsolescenza delle tecnologie nella formulazione del piano degli investimenti. Questa procedura si propone di garantire che le decisioni di acquisto siano allineate non solo alle esigenze economiche, ma anche alle richieste cliniche espresse dai vari reparti sulla base dei principi HTA (Health Technology Assessment).

6.3 FARMACOVIGILANZA

Scheda descrittiva degli strumenti/fonti informative disponibili sulla sicurezza delle cure e dei relativi interventi per la prevenzione e riduzione del rischio clinico	
Tipologia	FARMACOVIGILANZA
Letteratura/Normativa di riferimento	Regolamento UE 1235/2010, la cui applicazione è operativa dal 2 luglio 2012, e della Direttiva 2010/84/UE, attualmente in fase di recepimento.
Descrizione dello strumento/flusso informativo	On-line sul sito AIFA tramite la nuova piattaforma della Rete Nazionale di Farmacovigilanza; compilando la scheda di segnalazione e inviandola al Responsabile di farmacovigilanza della propria struttura di appartenenza dal sito aziendale Talete web nella apposita sezione di segnalazione
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Nessuna segnalazione eseguita on line sul sito.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Esecuzione di Audit interni con la logica del Safety Walk Around nell'UO Blocco Operatorio per il monitoraggio della corretta applicazione della P19 Gestione farmaci e P58 Gestione stupefacenti
Valutazione risultati e prospettive future	Tutte le Non Conformità emerse sono state gestite in collaborazione con ufficio qualità e risolte. Continuo monitoraggio della corretta applicazione della procedura con esecuzione di audit mirati anche per il 2026

6.4 EMOVIGILANZA

Scheda descrittiva degli strumenti/fonti informative disponibili sulla sicurezza delle cure e dei relativi interventi per la prevenzione e riduzione del rischio clinico	
Tipologia	EMOVIGILANZA
Letteratura/Normativa di riferimento	Sistema informativo dei servizi trasfusionali (SISTRA) (DM 21 dicembre 2007)
Descrizione dello strumento/flusso informativo	SISTRA il sistema di emovigilanza, coordinato dal Centro nazionale sangue, che raccoglie le segnalazioni, i dati e le informazioni. Incident reporting utilizzando sito aziendale Talete web nella apposita sezione Rischio clinico
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Nessuna segnalazione
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Nessun intervento
Valutazione risultati e	Nessun intervento

	RELAZIONE ANNUALE SUGLI ACCADIMENTI IN MATERIA DI RISCHIO CLINICO E AZIONI DI MIGLIORAMENTO 2025	06/03/2026
---	---	------------

prospettive future

6.5 SINISTRI

Scheda descrittiva degli strumenti/fonti informative disponibili sulla sicurezza delle cure e dei relativi interventi per la prevenzione e riduzione del rischio clinico	
Tipologia	SINISTRI
Letteratura/Normativa di riferimento	LEGGE 8 marzo 2017, n. 24
Descrizione dello strumento/fluxo informativo	Segnalazione alla direzione sanitaria tramite richiesta di risarcimento
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Vedi tabella sotto riportata
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Istituzione Comitato Valutazione Sinistri dal novembre 2023
Valutazione risultati e prospettive future	Eventuali azioni di miglioramento a seguito dell'analisi dei sinistri

Tabella sinistri

Anno	Sinistri occorsi	Sinistri risarciti	Aperti	Chiusi a Zero	Importi liquidati
2025	6	0	6	0	0
2024	7	0	7	0	0
2023	11	0	11	0	67.866,46
2022	9	1	8	0	55.000
2021	3	0	3	0	0

6.6 RECLAMI/SUGGERIMENTI

Scheda descrittiva degli strumenti/fonti informative disponibili sulla sicurezza delle cure e dei relativi interventi per la prevenzione e riduzione del rischio clinico	
Tipologia	RECLAMI/SUGGERIMENTI
Letteratura/Normativa di riferimento	Accreditamento istituzionale

	RELAZIONE ANNUALE SUGLI ACCADIMENTI IN MATERIA DI RISCHIO CLINICO E AZIONI DI MIGLIORAMENTO 2025	06/03/2026
---	---	-------------------

Descrizione dello strumento/flusso informativo	Segnalazione cartacea/verbale/telefonica ed inserimento della segnalazione nel gestionale aziendale Talete web
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	40 reclami presi in carico dalla direzione sanitaria con risposta entro 30 giorni
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Risposte tempestive della Direzione sanitaria ad ogni reclamo pervenuto con identificazione del segnalante
Valutazione risultati e prospettive future	Efficace presa in carico dei reclami

6.7 CADUTE

Scheda descrittiva degli strumenti/fonti informative disponibili sulla sicurezza delle cure e dei relativi interventi per la prevenzione e riduzione del rischio clinico	
Tipologia	CADUTE
Letteratura/Normativa di riferimento	Linee di indirizzo per la gestione delle cadute in ospedale – dicembre 2016 RM13 - RACCOMANDAZIONE PER PREVENZIONE E GESTIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE
Descrizione dello strumento/flusso informativo	Incident reporting utilizzando sito aziendale Talete web nella apposita sezione Rischio clinico
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Sono state segnalate 29 cadute così suddivise: - 2 UO Chirurgia e riabilitazione ortopedica - 10 UO Neuroriabilitazione Alta Specialità - 2 Palestra Sole - 1 Palestra Giove - 6 Riabilitazione chirurgia funzionale nell'adulto - 7 Riabilitazione chirurgia funzionale nell'età evolutiva - 1 Semintensiva
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Dalle indagini condotte dal Risk manager su tutte e 29 le cadute emerge che si tratta di situazioni correttamente gestite dal personale e che non hanno provocato danni al paziente.
Valutazione risultati e prospettive future	Audit programmati con Governo clinico per monitorare l'adesione alla procedura aziendale e alla raccomandazione ministeriale

	RELAZIONE ANNUALE SUGLI ACCADIMENTI IN MATERIA DI RISCHIO CLINICO E AZIONI DI MIGLIORAMENTO 2025	06/03/2026
---	---	-------------------

6.8 LESIONI DA PRESSIONE

Scheda descrittiva degli strumenti/fonti informative disponibili sulla sicurezza delle cure e dei relativi interventi per la prevenzione e riduzione del rischio clinico	
Tipologia	LESIONI DA PRESSIONE
Letteratura/Normativa di riferimento	Le medicazioni avanzate per il trattamento delle ferite acute e croniche allegato 1 Protocollo di trattamento delle lesioni da pressione – Regione Emilia-Romagna
Descrizione dello strumento/fluxo informativo	File excel condiviso con coordinatori di UO e Governo clinico in cui vengono segnalati pazienti che entrano con LDD, a cui insorge una LDD e che vengono dimessi con LDD con relativo grado di lesione
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	UO chirurgia e riabilitazione ortopedica: - 0 LDD insorte durante il ricovero - 0 pazienti entrano con LDD e 0 dimessi con LDD ancora presente UO Riabilitazione chirurgia funzionale libra e orione: - 5 LDD insorte durante il ricovero - 18 pazienti entrano con LDD e 5 dimessi con LDD ancora presente UO Riabilitazione chirurgia funzionale Villette - 34 LDD insorte durante il ricovero - 25 pazienti entrano con LDD e 8 dimessi con LDD ancora presente UO Neuroriabilitazione - 2 LDD insorta durante il ricovero - 18 pazienti entrano con LDD e 4 dimessi con LDD ancora presente UO Semintensiva - 0 DD insorta durante il ricovero - 7 pazienti entrano con LDD e 5 dimessi con LDD ancora presente
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Audit clinico per insorgenza LDD durante il ricovero e apertura AC per compilazione registro delle LDD
Valutazione risultati e prospettive future	Riunione con i coordinatori per valutare i risultati del 2025 e intraprendere eventuali ulteriori azioni per il 2026

6.9 RISCHIO INFETTIVO E CIO PER LE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

Da Novembre del 2022 il risk manager è stato nominato dal Direttore Sanitario anche responsabile del CIO (Comitato Infezioni Ospedaliere) e sono stati nominati anche i suoi membri con provenienza da tutte le UO dell'ospedale oltre che il responsabile qualità e il referente della formazione. Nel 2023 sono stati formati 6 infermieri sul tema del lavaggio delle mani e relativo sistema di monitoraggio presso l'ospedale Infermi di Rimini in modo da diffondere le buone pratiche di prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza presso il nostro nosocomio.

Nel corso del 2025 il CIO di Presidio si è riunito 6 volte affrontando diversi temi:

- revisione protocollo per la gestione del catetere vescicale che ha prodotto una revisione del documento già presente in struttura e l'emissione di 4 nuove Istruzioni
- nomina referente infezioni correlate all'assistenza e delega al recepimento dei dati microbiologici provenienti dal laboratorio analisi di riferimento
- definizione dei dati da attenzionare nell'analisi delle tabelle sulle infezioni correlate all'assistenza
- revisione del protocollo CPE ancora in corso
- revisione protocollo per la gestione del catetere venoso periferico eseguita a settembre 2025
- programmazione formazione per operatori su lavaggio delle mani per il 2026
- analisi del Decreto del Ministero della Salute del 26/2/25 per la definizione del disinfettante da utilizzare in collaborazione con il servizio farmaceutico e infettivologo.
- revisione del protocollo PR40 MISURE DI PREVENZIONE DELLE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO entro marzo 2026
- revisione del Piano Programma per la prevenzione delle Infezioni correlate all'assistenza nel dicembre 2025.
- rendicontazione sui giri di controllo eseguiti nel corso del 2025 e pianificazione per il 2026
- modifica del protocollo per la profilassi pre operatoria (PR10) entro marzo 2026

7. SAFETY WALK ROUND

Nel corso del 2025 il monitoraggio della corretta applicazione dei protocolli e procedure è stata valutata in sede di audit interni programmati dall'ufficio qualità in cui il gruppo di verifica è stato formato per analizzare diversi aspetti del percorso del paziente in sinergia con gli altri sistemi di gestione aziendale (RSPP, Risorse Umane, Controllo di gestione, Direzione sanitaria).

7.1 UFFICIO QUALITÀ: SEGNALAZIONI DI NON CONFORMITÀ NEL 2024 E GESTIONE DEL SISTEMA QUALITÀ

- 49 segnalazioni di non conformità prese in carico e trattate

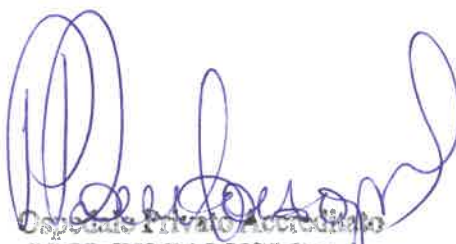
	RELAZIONE ANNUALE SUGLI ACCADIMENTI IN MATERIA DI RISCHIO CLINICO E AZIONI DI MIGLIORAMENTO 2025	06/03/2026
--	---	-------------------

- Complessivamente 60 documenti/procedure/IO revisionate
- Distribuiti internamente 4.098 documenti a destinatari interni
- 39 audit interni effettuati

Il Referente Aziendale Rischio Clinico

Risk Manager

Dott. P.Pantazopoulos



Ospedale Privato Accreditato
"SOL ET SALUS" S.p.A.
 Specialista Anestesiologia e Rianimazione
 Dott. Pantazis Pantazopoulos