



SAN GIACOMO
OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO
UU.FF. OMNICOMPRESIVE
DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA

Casa di Cura Privata S. Giacomo S.r.l.
Via San Bono, 3 - 29028 Ponte dell'Olio (PC)
tel. 0523 871 811 fax 0523 878 908
Cap. Soc. I.V. € 260.000,00
C.F., P. IVA e iscr. RI 00211100334
www.san-giacomo.it
info@san-giacomo.it
pec.san-giacomo@legalmail.it

RELAZIONE SUGLI ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE CURE

Anno 2025

DATA	AUTORIZZAZIONI		
	REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO
31/03/2026	Risk Manager Dott.ssa Daturi Lucia RSPP e Resp. Sistema Qualità Dr.ssa C. Bernini	RSPP e Resp. Sistema Qualità Dr.ssa C. Bernini	Direttore Sanitario Dott. A. Brandonisio



SAN GIACOMO
OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO
UU.FF. OMNICOMPRESIVE
DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA

Casa di Cura Privata S. Giacomo S.r.l.
Via San Bono, 3 - 29028 Ponte dell'Olio (PC)
tel. 0523 871 811 fax 0523 878 908
Cap. Soc. I.V. € 260.000,00
C.F., P. IVA e iscr. RI 00211100334
www.san-giacomo.it
info@san-giacomo.it
pec.san-giacomo@legalmail.it

1.0 DESCRIZIONE DEL CONTESTO DI RIFERIMENTO

1.1 CONTESTO ORGANIZZATIVO

La Casa di Cura Privata San Giacomo si trova a Ponte dell'Olio in provincia di Piacenza.

Dal 1994, si configura come "Unità Operativa Omnicomprensiva di Riabilitazione Intensiva ed Estensiva" e diventa riferimento regionale ed interregionale per la diagnosi e la cura di patologie di competenza riabilitativa.

Accreditata al Sistema Sanitario Regionale, opera in convenzione con l'Azienda USL di Piacenza, le cui strutture sanitarie di maggior rilievo sul territorio sono gli Ospedali di Piacenza, Bobbio, Fiorenzuola d'Arda e Castel San Giovanni, dai quali vengono inviati pazienti post-acuti con necessità di riabilitazione intensiva. Sono inoltre operanti rapporti di collaborazione per la gestione di percorsi riabilitativi dei pazienti con altre strutture ospedaliere regionali ed extra-regionali.

L'Ospedale San Giacomo svolge la propria attività nell'ambito delle seguenti discipline:

- riabilitazione cardiovascolare MDC 5
- riabilitazione neurologica MDC 1
- riabilitazione ortopedica MDC 8

Tali attività vengono svolte in regime di ricovero ordinario e in regime di solvenza ; è inoltre attivo un servizio di Day Hospital Neurologico La San Giacomo risulta un centro di eccellenza per la riabilitazione delle seguenti patologie:

- Riabilitazione del Paziente amputato d'arto inferiore
- Riabilitazione del Paziente affetto da Piede diabetico
- Riabilitazione del Paziente Oncologico
- Riabilitazione Cardiologica e Vascolare

Viene inoltre svolta attività ambulatoriale polispecialistica sia in regime di convenzione (visite cardiologiche e fisiatriche) sia in regime privato, comprendente anche la diagnostica strumentale (



SAN GIACOMO
OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO
UU.FF. OMNICOMPRESIVE
DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA

Casa di Cura Privata S. Giacomo S.r.l.
Via San Bono, 3 - 29028 Ponte dell'Olio (PC)
tel. 0523 871 811 fax 0523 878 908
Cap. Soc. I.V. € 260.000,00
C.F., P. IVA e iscr. RI 00211100334
www.san-giacomo.it
info@san-giacomo.it
pec.san-giacomo@legalmail.it

radiologia tradizionale, ecografia , MOC) e un Punto Verde , ambulatorio di medicina generale per patologie a bassa intensità di cura.

L' Ospedale San Giacomo esercita la propria missione svolgendo l'attività sanitaria nel rispetto della dignità della persona umana ed avendo come principi ispiratori la tutela della vita, la promozione della salute, il recupero delle risorse fisiche compromesse, la migliore assistenza al paziente ed il miglior confort, l'attenzione ai diritti del malato e dei suoi familiari attraverso anche una adeguata informazione.

La filosofia aziendale è volta alla ricerca della qualità delle prestazioni offerte: l'impegno appare evidente nel continuo miglioramento della struttura recettiva, delle attrezzature sanitarie, delle tecnologie diagnostiche, nella qualificazione del personale, nella pianificazione, misurazione e nel miglioramento dei processi, per minimizzare i rischi ed ottimizzare i risultati al fine di conseguire "il successo durevole" attraverso il soddisfacimento delle esigenze e delle aspettative di tutte le parti interessate.

L' Ospedale San Giacomo ha una struttura articolata su sei piani e così distribuita:

1. Piano Semi interrato: spogliatoio del personale , area smistamento farmaci, archivio cartelle cliniche, lavanderia, deposito ausili;
2. 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 alcuni ambulatori specialistici, il Servizio di Diagnostica per immagini per Radiologia e Ecografia, locale MOC, i locali del Servizio di Terapia Fisica, le palestre dedicate alle Unità Neuromotoria I e II, gli Uffici di Direzione Sanitaria,, Ufficio Ricoveri, Ufficio contabilità. Presenti a questo livello anche la Biblioteca a disposizione degli utenti, la Sala Congressi ed il locale bar/ristorazione, dotato anche di dehors all'aperto
3. Piano Primo: si trova la U.O. di Riabilitazione Cardiologica, con annessi 40 posti letto per le degenze, la palestra riabilitativa.e la sala dedicata per il consumo dei pasti . Al piano si trovano inoltre Ambulatori Medici (ivi compreso quello per l'idrocolon terapia e l'ossigeno-ozono terapia) , i Servizi di Psicologia, Neuropsicologia e Logopedia e gli Ambulatori Prove da Sforzo e Ecocardiogramma. Inoltre vi sono ubicati l'Ufficio Gestione del Personale e l'Ufficio Qualità Accreditamento e Prevenzione.
4. Piano Secondo: si trova la U.O. di Riabilitazione Neuromotoria I con annessi i 46 posti letto



SAN GIACOMO
OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO
UU.FF. OMNICOMPRESIVE
DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA

Casa di Cura Privata S. Giacomo S.r.l.
Via San Bono, 3 - 29028 Ponte dell'Olio (PC)
tel. 0523 871 811 fax 0523 878 908
Cap. Soc. I.V. € 260.000,00
C.F., P. IVA e iscr. RI 00211100334
www.san-giacomo.it
info@san-giacomo.it
pec.san-giacomo@legalmail.it

per le degenze e la sala dedicata per il consumo dei pasti.

5. Piano Terzo: si trova si trova la U.O. di Riabilitazione Neuromotoria II con annessi i 44 posti letto per le degenze e la sala dedicata per il consumo dei pasti..
6. Piano Quarto: si trova il Laboratorio analisi, e un'area in fase di ristrutturazione per la realizzazione di nuovi posti letto di degenza destinati ai Pazienti Solventi.

1.1 DATI DI PRODUZIONE

Periodo di riferimento: gennaio / dicembre 2025

	2025
AREA DELLA PRODUZIONE – VOLUMI E APPROPRIATEZZA	
N° ricoverati	1498
N° ricoveri ASL Piacenza	750
N° ricoveri da altre ASL	748
N° pazienti ricoverati con patologie cardiache (MdC5)	364
N° pazienti ricoverati con patologie neurologiche (MdC1)	142
N° pazienti ricoverati con patologie ortopediche (MdC8)	944
Altri (MdC23)	48
Degenza pazienti con patologie cardiache (MdC5)	23,08
Degenza pazienti con patologie neurologiche (MdC1)	43,70
Degenza pazienti con patologie ortopediche (MdC8)	24,12
AREA CONTINUITA' DELLE CURE – ESITO DEL RICOVERO	
Ordinarie al domicilio	1304
Dimissioni protette in strutture extraospedaliere	5
Trasferimento in rep. acuti	149
Dimissione volontaria	15
Deceduti	4
Trasferimento altro regime stesso istituto	21
Altro	0

1.2 POLITICA E OBIETTIVI PER LA SICUREZZA E LA QUALITA' DELLE CURE



SAN GIACOMO
OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO
UU.FF. OMNICOMPRESIVE
DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA

Casa di Cura Privata S. Giacomo S.r.l.
Via San Bono, 3 - 29028 Ponte dell'Olio (PC)
tel. 0523 871 811 fax 0523 878 908
Cap. Soc. I.V. € 260.000,00
C.F., P. IVA e iscr. RI 00211100334
www.san-giacomo.it
info@san-giacomo.it
pec.san-giacomo@legalmail.it

La politica per la sicurezza e la qualità adottata è coerente e riflette la mission e la vision della Casa di Cura e si propone quale strumento a sostegno degli obiettivi e valori permanenti e fondanti della organizzazione.

La gestione del rischio ospedaliero è intesa come un processo sistematico di identificazione, valutazione e trattamento di eventi potenzialmente dannosi, con l'obiettivo di aumentare la sicurezza dei pazienti, migliorare gli indici di outcome e, indirettamente, ridurre i costi limitando i motivi di contenzioso.

Nell'anno 2004 si realizzarono per la prima volta due eventi ECM estesi agli Operatori e focalizzati in tal senso, dal titolo "La gestione del Rischio Clinico nelle strutture Sanitarie" (settembre/ottobre 2004)

A partire dal 2008 è stato avviato il **Gruppo di Coordinamento di Gestione del Rischio** come articolazione organizzativa e approdo finale del Progetto di Sviluppo di un Sistema Integrato di Gestione del Rischio, deputato a individuare le azioni efficaci per ridurre al minimo il rischio clinico dei pazienti. Il Gruppo di Gestione del Rischio analizza tutte le informazioni inerenti problematiche potenzialmente in grado di produrre eventi avversi e danni per il paziente, con il conseguente compito di proporre eventuali soluzioni volte al miglioramento delle criticità.

Il Progetto negli ultimi anni:

- 1) ha realizzato la Mappatura del rischio dei principali settori nei quali i pazienti, nella nostra Struttura, possono andare incontro a rischio clinico (danni conseguenti alla degenza).
- 2) ha identificato i componenti del gruppo, le fonti di informazione da analizzare e i dati da monitorare per proporre azioni volte a contenere il rischio.

Nel corso del 2009 e del 2010 sono state implementate le attività previste secondo la tempistica attuativa pre-definita; il risultato finale ottenuto è stato il sistema di gestione del rischio attualmente attivo, i cui punti salienti sono i seguenti:

- Attività strutturata del **Gruppo di Coordinamento per il monitoraggio e la gestione del rischio clinico** e codifica delle modalità organizzative che regolamentano l'invio e l'analisi dei flussi informativi connessi al rischio (scheda di segnalazione spontanea degli eventi (incident reporting), non conformità, lamenti verbali e scritti, audit su specifici settori di rischio clinico



SAN GIACOMO
OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO
UU.FF. OMNICOMPRESIVE
DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA

Casa di Cura Privata S. Giacomo S.r.l.
Via San Bono, 3 - 29028 Ponte dell'Olio (PC)
tel. 0523 871 811 fax 0523 878 908
Cap. Soc. I.V. € 260.000,00
C.F., P. IVA e iscr. RI 00211100334
www.san-giacomo.it
info@san-giacomo.it
pec.san-giacomo@legalmail.it

ritenuti di importanza prioritaria in rapporto al contesto locale, ecc.). I Verbali delle Riunioni del Gruppo sono disponibili per consultazione e verifica annuale delle attività svolte.

- Controllo del **Rischio connesso alla Gestione di Farmaci**. L'introduzione della Cartella Clinica Elettronica (anno 2012) in tutte le Unità Funzionali della Struttura ha contribuito a limitare significativamente il rischio connesso alla gestione dei farmaci; in particolare ha escluso i rischi legati alla somministrazione della terapia al paziente sbagliato (l'identificazione è certa poiché avviene tramite fotografia, visibile sul terminale che gli Operatori utilizzano durante la somministrazione), i rischi connessi alla calligrafia poco leggibile delle prescrizioni e quelli derivanti dalle trascrizioni dei Fogli Unici di Terapia.
- **Controllo e Gestione Infezioni Ospedaliere**. Dal 2007 è attivo il C.I.O - Comitato Infezioni Ospedaliere - deputato a monitorare il consumo degli antibiotici, la frequenza di infezioni ospedaliere ed in grado di identificare eventuali problematiche.
- Da segnalare poi l'attività del Gruppo multidisciplinare per il **monitoraggio ed il controllo della Legionellosi** con definizione del Programma di sorveglianza e controllo dedicato.
- Monitoraggio e controllo **delle Lesioni da Decubito**
- **Stesura ed implementazione di Protocolli attinenti alle attività di prevenzione e contenimento del rischio clinico.**



SAN GIACOMO
OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO
UU.FF. OMNICOMPRESIVE
DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA

Casa di Cura Privata S. Giacomo S.r.l.
Via San Bono, 3 - 29028 Ponte dell'Olio (PC)
tel. 0523 871 811 fax 0523 878 908
Cap. Soc. I.V. € 260.000,00
C.F., P. IVA e iscr. RI 00211100334
www.san-giacomo.it
info@san-giacomo.it
pec.san-giacomo@legalmail.it

2. SCHEDE DESCRITTIVE DEGLI STRUMENTI/FONTI INFORMATIVE DISPONIBILI SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO

SCHEDE DESCRITTIVE DELLO STRUMENTO/FONTE INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO	
Tipologia	Scheda di segnalazione spontanea degli eventi (incident reporting)
Letteratura/Normativa diriferimento	DM 2 aprile 2015, n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera” (Standard generali di qualità per i presidi ospedalieri – Gestione del Rischio clinico). Legge di Stabilità 2016 (Legge n. 208 del 28 dicembre 2015, art. 1 comma 539). DGR 1943/2017 “Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell’accreditamento delle strutture sanitarie” (6° Criterio Appropriatezza clinica e sicurezza). Legge 24/2017 “ Obbligo di gestione del rischio clinico e monitoraggio degli eventi avversi”
Descrizione dello strumento/ flussoinformativo	L’Incident Reporting è un sistema di segnalazione che da la possibilità ad operatori sanitari e non, di comunicare e descrivere in modo volontario e anonimo sia “quasi eventi” (near miss), sia eventi accaduti durante le attività lavorative, potenzialmente in grado di causare un evento avverso. Il sistema di segnalazione si basa sulla compilazione di una scheda cartacea che, dopo essere stata inviata in Regione , va ad alimentare un flusso informativo nazionale di monitoraggio degli eventi avversi e degli eventi avvesi sentinella. Lo scopo principale di questo sistema di segnalazione volontaria è quello di apprendere dall’esperienza, di acquisire informazioni indispensabili per la gestione del rischio e di adottare misure idonee a ridurre e/o a prevenire il ripetersi degli eventi. Fondamentali elementi quindi sono la diffusione della cultura della non colpevolizzazione del singolo professionista, la solidità del sistema delle segnalazioni e la capacità di apprendimento e risposta dell’organizzazione.
Analisi del rischio ed eventualicriticità/aree di intervento	Nel 2025 il flusso di Incident Reporting segnalati dai Professionisti è stato di 140 Schede (+23 schede rispetto al 2024). La tipologia di evento maggiormente rappresentata è la caduta del paziente (134 schede). Oltre alle cadute nel 2025 sono state registrate: 3 segnalazioni relative a “Inadeguata preparazione/prescrizione/somministrazione farmaco”; 1 segnalazioni relative a “ decubito” 1 segnalazione relativa a “Ritardo di prescrizione/ somministrazione farmaco” 1 segnalazione di “ altro evento” Tutte le segnalazioni sono state regolarmente trasmesse secondo il flusso informativo ministeriale. In alcuni casi sono stati adottati azioni/accorgimenti successivi all’evento. La Casa di Cura ha messo a disposizione dei Professionisti un’analisi degli accadimenti descritti tramite il Sistema di Segnalazione aziendale Incident



SAN GIACOMO
OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO
UU.FF. OMNICOMPRESIVE
DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA

Casa di Cura Privata S. Giacomo S.r.l.
 Via San Bono, 3 - 29028 Ponte dell'Olio (PC)
 tel. 0523 871 811 fax 0523 878 908
 Cap. Soc. I.V. € 260.000,00
 C.F., P. IVA e iscr. RI 00211100334
www.san-giacomo.it
info@san-giacomo.it
pec.san-giacomo@legalmail.it

	Reporting (Report annuale).
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Monitoraggio delle segnalazioni e del livello di rischio Formazione del personale per l'allineamento delle strutture sanitarie private e convenzionate alla piattaforma di segnalazione Segnal er
Valutazione risultati e prospettive future	Per il 2026 si pianifica : <ul style="list-style-type: none"> • Monitoraggio delle segnalazioni. • Introduzione di una nuova scheda di segnalazione spontanea degli eventi. • Implementazione ed allineamento con il sistema di segnalazione regionale SEGNAL ER, valevole per near miss, eventi avversi ed eventi sentinella. • Revisione ed aggiornamento delle procedure di riferimento.

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

Tipologia	FARMACOVIGILANZA
Letteratura/Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ D.P.R. 309/90 Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza. ▪ Legge 21.02.06, 49/2006 Testo unico in materia di sostanze stupefacenti e psicotrope (modifiche al DPR 309/90), ▪ DL 178/91 art. 25 - Recepimento delle direttive della Comunità economica europea in materia di specialità medicinali ▪ Decreto Legislativo 30.12.1992, n. 541. "Attuazione della direttiva 92/28/CEE concernente la pubblicità dei medicinali per uso umano". ▪ Legge 23.12.1996, n. 648 - Conversione in legge del decreto-legge 21 ottobre 1996, n. 536, recante misure per il contenimento della spesa farmaceutica e la rideterminazione del tetto di spesa per l'anno 1996. ▪ Legge 8.04.1998, n. 94 - Conversione in legge, con modificazioni,



SAN GIACOMO
OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO
UU.FF. OMNICOMPRESIVE
DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA

Casa di Cura Privata S. Giacomo S.r.l.
Via San Bono, 3 - 29028 Ponte dell'Olio (PC)
tel. 0523 871 811 fax 0523 878 908
Cap. Soc. I.V. € 260.000,00
C.F., P. IVA e iscr. RI 00211100334
www.san-giacomo.it
info@san-giacomo.it
pec.san-giacomo@legalmail.it

	<p>del decreto-legge 17 febbraio 1998, n. 23, recante disposizioni urgenti in materia di sperimentazioni cliniche in campo oncologico e altre misure in materia sanitaria.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Decreto Ministero della Sanità del 3 agosto 2001 – Approvazione del registro di carico e scarico delle sostanze stupefacenti e psicotrope per leunità operative.▪ Decreto del Presidente della Repubblica 15.07.2003, n. 254 - Regolamentorecante la disciplina della gestione dei rifiuti sanitari, a norma dell'articolo 24 della legge 31 luglio 2002, n. 179.▪ DGR n 896 del 20 maggio 2003 “Finanziamento del servizio sanitario regionale per l’anno 2003. Linee di indirizzo per la programmazione delleattività delle aziende sanitarie”.▪ Decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219 2 Attuazione della direttiva2001/83/CE (e successive direttive di modifica) relative ad un codice comunitario concernente i medicinali per uso umano, nonché della direttiva 2003/94/CE”.▪ DGR n. 1540 del 6 novembre 2006 “Organizzazione del sistema preposto alla scelta dei farmaci da utilizzare nelle strutture delle Aziende Sanitarie edegli istituti di Ricovero e Cura di Carattere Scientifico della Regione EmiliaRomagna”.▪ DGR n. 946 del 25 giugno 2007 “Adozione del Prontuario TerapeuticoRegionale ai sensi della DGR 1540/2006”.▪ Legge 27 dicembre 2006, n. 296 (Legge finanziaria 2007)▪ Legge 24 Dicembre 2007, n. 244 (Legge finanziaria 2008) <p>La normativa in materia di farmacovigilanza è stata modificata a livello europeo con l’adozione nel 2010 del Regolamento UE 1235/2010, la cuiapplicazione è operativa dal 2 luglio 2012 e con l’attuazione della Direttiva 2010/84/UE</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Decreto del Ministero della Salute 30 aprile 2015▪ Linee Guida della American Society of Hospital Pharmacy Guidelines onPreventing Medication Errors in Hospitals. www.ahsp.org (Am J Hosp Pharm 1993; 50: 30).▪ Raccomandazioni del National Coordinating Council for Medication ErrorReporting and Prevention. Recommendations from the National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. 19.03.1999 www.nccmerp.org▪ Ministero della Salute. Commissione tecnica sul rischio Clinico (DM 5/3/2003): Risk management in Sanità. Il problema degli errori. Marzo2004 www.ministerosalute.it▪ Raccomandazione del Ministero della Salute n. 14 – Ottobre 2012 per laprevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici▪ Regione Emilia Romagna – Sicurezza nella terapia farmacologica “Gestionesicura dei farmaci antineoplastici”▪ Raccomandazione Regionale per la sicurezza nella terapia farmacologica n.3, novembre 2013▪ Linee di indirizzo per la gestione clinica dei farmaci Regione EmiliaRomagna (rev. 4/2014)▪ Raccomandazione n. 1, Marzo 2008 del Ministero della Salute - Correttoutilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio▪ Raccomandazione n. 7, Marzo 2008 del Ministero della Salute - Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapiafarmacologica▪ Raccomandazione n. 12, Agosto 2010 del Ministero della Salute
--	--



	<ul style="list-style-type: none">- Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "look-alike/sound alike"▪ Raccomandazione n. 17, Dicembre 2014 del Ministero della Salute -Riconciliazione della terapia farmacologica▪ Raccomandazione n. 18, Settembre 2018 del Ministero della Salute -Abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli▪ Raccomandazione n. 19, Ottobre 2019 del Ministero della Salute -Manipolazione forme farmaceutiche orali solide▪ Regolamento (UE) 2017/745 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 5 aprile 2017, relativo ai dispositivi medici, che modifica la direttiva 2001/83/CE, il regolamento (CE) n. 178/2002 e il regolamento (CE) n. 1223/2009 e che abroga le direttive 90/385/CEE e 93/42/CEE del Consiglio UE▪ "Manuale per la gestione in sicurezza della terapia farmacologica" ottobre 2022 – Regione Emilia Romagna
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	La farmacovigilanza è l'insieme delle attività finalizzate all'identificazione, valutazione, comprensione e prevenzione degli effetti avversi o di qualsiasi altro problema correlato all'uso dei medicinali, al fine di assicurare un rapporto beneficio/rischio favorevole per la popolazione.
Analisi del rischio ed eventualità criticità/aree di intervento	Controllo su gestione delle soluzioni concentrate di Potassio, di farmaci e stupefacenti nelle Unità Operative. La corretta identificazione del paziente, strettamente correlata alla possibilità di accadimento di eventi avversi nella somministrazione di terapia farmacologica, viene effettuata tramite la fotografia del paziente presente in Cartella Clinica. Nel 2025 ci sono state : <ul style="list-style-type: none">- 3 segnalazioni per "Inadeguata preparazione/prescrizione/somministrazione farmaco";- 1 segnalazione relativa a "Ritardo di prescrizione/ somministrazione farmaco"
Interventi/azioni correttive e dimiglioramento effettuate nel periodo di riferimento	<ul style="list-style-type: none">• Completa revisione ed aggiornamento della procedura gestionale aziendale 09 "Gestione farmaci e stupefacenti"• Verifica dell'elenco di farmaci "Look-alike/sound-alike" finalizzato alla prevenzione degli errori in terapia• Verifica dell'applicazione di quanto contenuto raccomandazioni per l'utilizzo di abbreviazioni, acronimi, Revisione ed aggiornamento della procedura di segnalazioni eventi correlati al farmaco
Valutazione risultati e prospettive future	Gli obiettivi per l'anno 2026 prevedono: <ul style="list-style-type: none">• Verifiche sul campo per la corretta gestione di farmaci e stupefacenti.• Adeguamento della procedura 09 ad eventuali nuove linee guida.• Rivalutazione Istruzione operativa n 04 (Conservazione farmaci e DM)• Analisi delle eventuali criticità emerse relativamente alla gestione del farmaco, dall'approvvigionamento alla somministrazione mediante audit.• Implementazione ed adesione alle modalità di segnalazione ministeriale tramite Segnal ER sia a livello operativo e sia rispetto all'adeguamento procedurale.



SAN GIACOMO
OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO
UU.FF. OMNICOMPRESIVE
DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA

Casa di Cura Privata S. Giacomo S.r.l.
Via San Bono, 3 - 29028 Ponte dell'Olio (PC)
tel. 0523 871 811 fax 0523 878 908
Cap. Soc. I.V. € 260.000,00
C.F., P. IVA e iscr. RI 00211100334
www.san-giacomo.it
info@san-giacomo.it
pec.san-giacomo@legalmail.it

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

Tipologia	EMOVIGILANZA
Letteratura/Normativa di riferimento	<p>Decreto ministeriale del 26 aprile 2007 - Istituzione del Centro nazionale sangue (CNS)</p> <p>DM 21 dicembre 2007 – Sistra: istituzione del sistema informativo per l'emovigilanza</p> <p>Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010 Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sui requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle attività sanitarie dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta e sul modello per le visite di verifica.</p> <p>Accordo Stato Regioni del 20 marzo 2008 - Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano recante i principi generali ed i criteri per la regolamentazione dei rapporti tra le Regioni e le Province autonome e le Associazioni e Federazioni di donatori di sangue.</p> <p>DM 2 novembre 2015 - Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti.</p> <p>DM 15 marzo e 18 gennaio 2018: normative tecnica, sicurezza e informazione ai donatori</p> <p>Linee di indirizzo per reporting – SISTRA (2023)</p>
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	L'emovigilanza è il sistema di procedure volte alla rilevazione e al monitoraggio delle reazioni gravi e degli eventi avversi gravi relativi al processo trasfusionale e comprende anche la sorveglianza delle malattie infettive trasmissibili con la trasfusione.
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	La Procedura Aziendale risulta in linea con la Procedura del Servizio di Immunematologia e Medicina Trasfusionale dell'Asl di Piacenza. Nel 2025 non ci sono stati eventi relativi.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	<ul style="list-style-type: none">• Controllo della procedura aziendale 08 :“Gestione della terapia trasfusionale di emocomponenti e plasmaderivati e monitoraggio della corretta applicazione della stessa.• Inserimento nella documentazione aziendale dell'Istruzione operativa n 57 per le modalità di segnalazione dell'evento dentinella legato a reazione trasfusionale ABO.
Valutazione risultati e prospettive future	Monitoraggio della corretta applicazione della procedura aziendale (procedura n°08 ed IO 57)



SCHEMA DESCRITTIVO DELLO STRUMENTO/FONTE INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO

Tipologia	DISPOSITIVO VIGILANZA
Letteratura/Normativa di riferimento	<p>Art. 11, D.Lgs. 507/92 “Attuazione della direttiva 90/385/CEE concernente il ravvicinamento della legislazione degli Stati membri relative ai DM impiantabili attivi”</p> <p>Artt. 9 e 10, D.Lgs. 46/97 “Attuazione della direttiva 93/42/CEE, concernente i DM</p> <p>Art. 11, D.Lgs. 332/00 “Attuazione della direttiva 98/79/CE relativa ai dispositivi medico diagnostici in vitro</p> <p>Circolare del Ministero della Salute 27 luglio 2004 “Vigilanza sugli incidenti con dispositivi medici”</p> <p>Decreto ministeriale 15 novembre 2005 “Approvazione dei modelli di schede di segnalazioni di incidenti o mancati incidenti, che coinvolgono dispositivi medici e dispositivi medico-diagnostici in vitro”</p> <p>DGR 1523/2008, Deliberazione di Giunta Regionale RER inerente alla definizione del sistema regionale dei dispositivi medici</p> <p>Linea Guida sul sistema di vigilanza dei DM - Direzione Generale Impresa e Industria della Commissione Europea - MEDDEV 2.12-1 rev. 7, marzo 2012</p> <p>D. Lgs. 37/10 “Attuazione della direttiva 2007/47/CE che modifica le direttive 90/385/CEE per il ravvicinamento delle legislazioni degli stati membri relative ai dispositivi medici impiantabili attivi, 93/42/CE concernente i dispositivi medici e 98/8/CE relativa all'immissione sul mercato dei biocidi”</p> <p>UNI EN ISO 14155:2012 Indagine clinica dei dispositivi medici per soggetti umani – Buona pratica clinica</p> <p>Ministero della Salute Decreto 31 marzo 2022 Istituzione della rete nazionale per la dispositivo-vigilanza e del sistema informativo a supporto della stessa.</p> <p>Circolare del Ministero della Salute dell'11 ottobre 2022 Indicazioni in materia di vigilanza ai sensi degli artt. 87, 88, 89 e 90 del Regolamento UE 745/2017 e dell'art.10 del Decreto legislativo 5 agosto 2022, n. 137</p> <p>Commissione Regionale Dispositivi Medici - Rete Regionale Referenti Vigilanza Dispositivi Medici Linee di indirizzo in materia di vigilanza sui dispositivi medici - Aggiornamento novembre 2022</p> <p>Regolamento (UE) 2017/745</p> <p>Circ. Min.Sal nr. 87235 29.11.2022 - Indicazioni in materia di vigilanza su dispositivi medici</p> <p>D.M. 26/01/2023 “termini e modalità di segnalazione dei reclami che coinvolgono dispositivi medici da parte di operatori sanitari, utilizzatori profani e dei pazienti”</p> <p>Lettera RER prot. PG/2024/218017</p> <p>Decreto Ministeriale del 31 marzo 2022, n.905 – “Istituzione della rete nazionale per la dispositivo-vigilanza e del sistema informativo a supporto della stessa”; i</p> <p>Decreti Legislativi del 5 agosto n. 137 e 138 e Circolare del Ministero della Salute dell'11 ottobre 2022</p> <p>“Dispositivo vigilanza : normative e gestione delle segnalazioni sui dispositivi medici e diagnostico in vitro” www.self-pa.net RER</p> <p>Procedura per la gestione delle richieste di segnalazione di</p>



	incidente da parte del ministero, a seguito di segnalazioni dal fabbricante. RER 01-08-2025 Decreto ministeriale salute 1° luglio 2025 (circ. AIOP 117/2025)
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	<p>Nel sistema di vigilanza sui dispositivi medici, gli utilizzatori sono i primi soggetti a rilevare gli incidenti che possono verificarsi con l'utilizzo di un dispositivo medico.</p> <p>In Emilia-Romagna è attiva la "RETE REGIONALE DEI REFERENTI DISPOSITIVO VIGILANZA" che presenta un'articolazione omogenea su tutto il territorio e si interfaccia con la Rete Nazionale coordinata dal Ministero della Salute.</p> <p>La rete della vigilanza fa parte del sistema di vigilanza, inteso come l'insieme delle attività volte a garantire la circolazione di dispositivi sicuri ed efficaci per utenti, pazienti e operatori sanitari.</p> <p>Tale obiettivo viene ricercato mediante la valutazione degli incidenti segnalati e la divulgazione di informazioni che consentano di prevenire altri incidenti dello stesso tipo.</p> <p>Il sistema di vigilanza si basa sulla collaborazione di tutti i professionisti coinvolti nel processo di acquisizione, utilizzo e smaltimento dei dispositivi medici al fine di migliorare la qualità delle prestazioni erogate.</p> <p>Gli operatori sanitari che utilizzano dispositivi medici e medico-diagnostici in vitro sono tenuti a segnalare incidenti, incidenti gravi e reclami.</p> <ul style="list-style-type: none">• Incidenti gravi: devono essere segnalati al Ministero della Salute, al fabbricante e in Regione entro 10 giorni dal momento in cui si viene a conoscenza dell'evento.• Incidenti: devono essere segnalati al fabbricante e alla Regione e possono essere segnalati al Ministero della Salute entro 30 giorni.• Reclami: devono essere segnalati al Ministero della Salute e al fabbricante. <p>Gli obiettivi della vigilanza sui dispositivi medici sono: → incrementare la protezione della salute e sicurezza dei pazienti e degli utilizzatori, riducendo la probabilità che lo stesso tipo di incidente si ripeta in posti diversi in tempi successivi; → permettere la condivisione delle informazioni tra l'Autorità competente (Ministero della Salute) e i fabbricanti, in modo tale da rendere quanto più tempestiva possibile l'applicazione delle azioni correttive.</p>
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	<p>Le modalità di segnalazione inerenti le attività di vigilanza sui dispositivi medici è disciplinata dalla Istruzione Operativa 45 (Segnalazione dispositivi medici)</p> <p>Il processo di segnalazione del singolo operatore sanitario e/o dell'utilizzatore finale consente di individuare precocemente e tempestivamente eventuali problemi dei dispositivi medici che possono mettere a rischio la sicurezza di pazienti ed operatori, ed avviare le opportune azioni correttive da parte del fabbricante e/o dell'Autorità Competente (Ministero della Salute). Lo strumento della segnalazione può ridurre la probabilità che lo stesso tipo di incidente si ripeta in luoghi diversi in tempi successivi.</p> <p>I problemi correlati ai dispositivi medici possono essere</p>



	<p>difetti/malfunzionamenti di lieve entità oppure incidenti o mancati incidenti che hanno compromesso o rischiato di compromettere gravemente la sicurezza dei pazienti o degli operatori. Nei casi di lieve entità le non conformità vengono segnalate direttamente alla ditta produttrice/fornitrice. Nel caso di eventi di elevata gravità i Rapporti di incidente/mancato incidente vengono notificati al Ministero della Salute. Quando l'operatore sanitario rileva, durante l'utilizzo di un dispositivo medico, un incidente e/o malfunzionamento tale da mettere in pericolo la sicurezza propria o quella del paziente, deve compilare l'apposita Scheda ministeriale.</p> <p>Nel 2025 il numero di schede compilate è stato pari a zero</p>
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Revisione completa dell'Istruzione Operativa di riferimento (IO45) Monitoraggio della corretta applicazione della Procedura Aziendale
Valutazione risultati e prospettive future	Creazione di un I.O. per l'introduzione in uso dei POCT Allineamento I.O.45 all'introduzione dell'utilizzo dei POCT Monitoraggio dell' corretta applicazione della procedura Migliorare la sensibilità del personale nei confronti della puntuale segnalazione delle problematiche dovute a dispositivi medici.

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

Tipologia	SINISTRI
Letteratura/Normativa di riferimento	<p><u>Legge regionale 7 novembre 2012, n.13</u> - "Norme per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli Enti del Servizio Sanitario Regionale</p> <p><u>Legge 8 marzo 2017 n.24</u> - Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie</p> <p>Linee di indirizzo Regionali per la definizione delle procedure per la gestione dei sinistri in sanità (2016)</p> <p>DGR 603/2016 Gestione diretta dei sinistri. Indicazioni in ordine al rimborsodelle spese legali con oneri a carico della Regione Emilia-Romagna Determinazione GR 4955 del 10/04/2014 Approvazione del documento"Relazione fra aziende sanitarie sperimentatrici, Responsabile dell'attuazione del Programma regionale e Nucleo Regionale di Valutazione"</p> <p>DGR 2079/2013 Approvazione del "Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile nelle aziende sanitarie"</p> <p>DGR 561/2014 Individuazione di ulteriori Enti ammessi alla sperimentazione regionale</p> <p>Decreto 232/ 2023 Termine di adeguamento della legge Gelli Bianco.</p>
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	Rilevazione di ogni accadimento che ha causato un danno, o ne aveva le potenzialità, nei riguardi di un utente/soggetto terzo non dipendente ovvero ogni evento che riguardi il malfunzionamento, danneggiamento,



	perdita di attrezzature o di proprietà, ovvero ogni evento che potrebbe dar luogo ad un contenzioso.												
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	<p>La gestione dei sinistri rientra nell'ambito del sistema di "sicurezza delle cure", nell'ottica dello sviluppo e promozione di un intervento sistemico sul rischio clinico. Riconoscere gli effetti indesiderati delle cure, mettendo in atto non solo strategie di prevenzione (attraverso strumenti di studio ed analisi del fenomeno e di trattamento delle criticità rilevate), ma anche di presa in carico degli eventi avversi - attraverso il ristoro economico del danno patito - consente di affrontare in modo più appropriato il rischio complessivamente inteso insito nell'attività sanitaria.</p> <table border="1"><thead><tr><th>Anno</th><th>Sinistri risarciti</th></tr></thead><tbody><tr><td>2021</td><td>0</td></tr><tr><td>2022</td><td>0</td></tr><tr><td>2023</td><td>0</td></tr><tr><td>2024</td><td>0</td></tr><tr><td>2025</td><td>0</td></tr></tbody></table>	Anno	Sinistri risarciti	2021	0	2022	0	2023	0	2024	0	2025	0
Anno	Sinistri risarciti												
2021	0												
2022	0												
2023	0												
2024	0												
2025	0												

Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Monitoraggio dell'andamento dei sinistri Istituzione mediante nomina formale del Comitato Valutazione Sinistri .
Valutazione risultati e prospettive future	Verifica ed adeguamento di quanto richiesto dall'art. 10 della L 24/2017 in termini di obbligo di stipulazione di polizza assicurativa professionale per gli Operatori Sanitari . I risultati della gestione sinistri sono soddisfacenti sotto l'aspetto quantitativo ed economico.



SCHEMA DESCRITTIVA DELLO STRUMENTO/FONTE INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO	
Tipologia	RECLAMI/SUGGERIMENTI SUL RISCHIO CLINICO
Letteratura/Normativa diriferimento	<p><u>Decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29</u> "Razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego"</p> <p><u>Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 11 ottobre 1994</u> "Direttiva sui principi per l'istituzione ed il funzionamento degli URP"</p> <p><u>Legge 7 giugno 2000, n. 150</u> "Disciplina delle attività di informazione e comunicazione delle pubbliche amministrazioni"</p> <p><u>Decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165</u> "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche" <u>D.P.R. 21 settembre 2001, n. 422</u> "Regolamento recante norme per l'individuazione dei titoli professionali del personale da utilizzare presso le pubbliche amministrazioni per le attività di informazione e di comunicazione e disciplina degli interventi formativi"</p> <p><u>Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica 7 febbraio 2002</u> "Attività di comunicazione delle Pubbliche Amministrazioni"</p> <p><u>Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica 24 marzo 2004</u> "Misure finalizzate al miglioramento del benessere organizzativo nelle P.A."</p> <p><u>Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica 24 marzo 2004</u> "Rilevazione della qualità percepita dai cittadini"</p> <p><u>Legge 11 febbraio 2005, n. 15</u> "Modifiche ed integrazioni alla legge 7 agosto 1990, n.241, concernenti norme generali sull'azione amministrativa" <u>Decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82</u> "Codice dell'Amministrazione digitale"</p> <p><u>Legge regionale 6 settembre 1993, n. 32</u> "Norme per la disciplina del procedimento amministrativo e del diritto di accesso", modificata con la <u>Legge regionale 23 dicembre 2016 n. 25</u> "Disposizioni collegate alla Legge regionale di stabilità per il 2017"</p>
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	Nel contesto sanitario, i reclami, i suggerimenti e gli elogi rappresentano precisi indicatori del giudizio dell'utente sulla qualità dei servizi che, se opportunamente letti ed analizzati dall'Azienda come "sensori" e "segnali" permettono l'individuazione di aspetti critici e di punti di forza in ambito professionale, relazionale ed organizzativo e l'attuazione quindi di percorsi di miglioramento.
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Sono stati analizzati i flussi dei reclami e non sono emerse criticità inerenti la sicurezza delle cure. I reclami raccolti nel 2025 sono prevalentemente relativi all'area alberghiera ed alla gestione della temperatura degli ambienti. Sono presenti alcune segnalazioni relative alle prestazioni sanitarie. Particolare attenzione viene sempre rivolta alla comunicazione nel percorso di cura tra utente/familiare e operatore.



Interventi/azioni correttive e dimiglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Prosegue il monitoraggio delle segnalazioni al fine di ridurre eventuali criticità.
Valutazione risultati e prospettive future	Monitoraggio continuo.

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

Tipologia	CADUTE
Letteratura/Normativa di riferimento	RACCOMANDAZIONE N. 13, novembre 2011 "Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie", Ministero della salute Linee di Indirizzo su prevenzione e gestione delle cadute del paziente in Ospedale - Regione Emilia Romagna-Dicembre 2016
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	<p>Ai fini della prevenzione e del contenimento del rischio la Struttura utilizza la scheda di Incident reporting dove possono essere segnalate cadute con conseguenze di qualsiasi entità, anche senza esito.</p> <p>La scheda di segnalazione viene compilata dal personale sanitario in servizio al momento dell'evento, raccogliendo il massimo numero di informazioni, al fine di rendere la segnalazione il più esaustiva possibile.</p> <p>Se l'evento avverso segnalato dovesse avere un esito tale da rientrare in quelli che lo classificano come evento avverso sentinella, il Risk Manager e il DS effettuano la segnalazione secondo quanto previsto dalla Procedura Az. 01.</p> <p>Obiettivi: la segnalazione dell'evento attiva un processo finalizzato all'analisi ed alla prevenzione dei rischi di cadute, che supporta i professionisti nell'individuare le situazioni e/o i comportamenti precipitanti che ne possono aumentare notevolmente il rischio.</p>
Analisi del rischio ed eventualità criticità/aree di intervento	<p>Le cadute rappresentano il più comune evento avverso negli ospedali e possono determinare conseguenze dannose, immediate e tardive, anche gravi. La valutazione del paziente e l'attuazione di interventi mirati alla riduzione dei fattori di rischio personali e ambientali sono utili per prevenire e contenere il rischio caduta. La capacità di una gestione tempestiva del paziente caduto e l'attuazione di un'assistenza appropriata sono gli altri fattori rilevanti da non perdere di vista. E' fondamentale che operatori, pazienti e familiari/caregiver la consapevolezza del rischio di caduta e collaborino in modo integrato, costante e attento all'applicazione di strategie multifattoriali.</p> <p>Per ogni paziente viene effettuata una valutazione multifattoriale del rischio cadute, documentata in CCE e riaggiornata al verificarsi di eventi significativi</p> <p>Nel 2025 ci sono state 134 schede di segnalazione di cadute, con entità di danno conseguente che varia da "assente a moderato (= "osservazioni, monitoraggi , visita del medico/ nessun danno occorso/ trattamenti medici minori)</p>



Interventi/azioni correttive e dimiglioramento effettuate nel periodo di riferimento	<p>Negli anni sono state implementate le seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none">• individuazione dei pazienti a rischio di caduta tramite valutazione multi professionale e compilazione della cartella clinica nella sezione "fattori rischio caduta";• adozione di misure preventive:<ul style="list-style-type: none">➤ cintura di sicurezza applicata ai pazienti durante gli spostamenti in carrozzina➤ depliant consegnato a tutti i pazienti relativo a "consigli utili per la prevenzione delle cadute durante la degenza" e relativa cartellonistica appesa nei Reparti e nelle aree comuni➤ segnaletica colorata applicata all'ausilio per identificare l'autonomia/non autonomia negli spostamenti➤ incontri educazionali settimanali per prevenire le cadute rivolti a tutti i pazienti• identificazione delle principali cause di caduta;• monitoraggio relativo al numero e cause di caduta• adozione dell'intervento più opportuno in caso di caduta;• contenimento dell'incidenza delle cadute nei pazienti ricoverati• condivisione ed analisi delle cadute• individuazione gli eventuali ambiti di miglioramento;• attenta gestione della relazione con i pazienti e con i familiari a seguito della caduta, anche per prevenire - attenuare eventuali contenziosi• monitoraggio degli indicatori che misurano l'incidenza di tutte le cadute occorse.• Formazione del personale, mediante corso Fad sulla piattaforma Selfpa.net.
Valutazione risultati e prospettive future	<p>Per l'anno 2026 sono previste le seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none">• Consolidare gli strumenti preventivi per la valutazione del rischio caduta adottati e l'adesione alle buone pratiche implementate.• Proseguire il monitoraggio e l'analisi degli indicatori che misurano l'incidenza di tutte le cadute occorse• Implementare i canali informativi relativi al rischio cadute a pazienti, care givers e visitatori esterni, sia relativamente alle aree interne che esterne e cortilizie.• .Revisionare l'istruzione operativa di riferimento (I.O 13)• Redigere un Piano Prevenzione cadute in base a quanto richiesto dalle normative Regionali .• Adeguarsi ed implementare la modalità di segnalazione delle cadute rispetto all' introduzine della piattaforma Segnal ER



SCHEDA DESCRITTIVA DELLO STRUMENTO/FONTE INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO	
Tipologia	INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA - ICA
Letteratura/Normativa diriferimento	<p>DGR 318/2013 - Linee di indirizzo alle Aziende per la gestione del rischio infettivo: infezioni correlate all'assistenza e uso responsabile di antibiotici</p> <p>DET 3828/2011 - Nomina dei componenti della Commissione tecnico-scientifica regionale per l'uso responsabile di antibiotici e la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza di cui alla DGR n. 7/2011</p> <p>DGR 7/2011 - Istituzione di una Commissione tecnico-scientifica regionale per l'uso responsabile di antibiotici e la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza</p> <p>Raccomandazione del Consiglio Europeo Del 9 giugno 2009 - sicurezza dei pazienti, comprese la prevenzione e il controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria</p> <p>Decreto Legislativo D.lgs. 9 aprile 2008, n. 81. Testo unico sulla sicurezza sul lavoro</p>
Descrizione dello strumento/ flussoinformativo	Monitoraggio insorgenza infezioni correlate all'assistenza.
Analisi del rischio ed eventualicriticità/aree di intervento	Misurare l'adesione alle raccomandazioni dei protocolli aziendali sulla prevenzione e controllo delle ICA (infezioni correlate all'assistenza) Nel 2025 non ci sono state segnalazioni in merito.
Interventi/azioni correttive e dimiglioramento effettuate nel periodo di riferimento	<ul style="list-style-type: none">• Costituzione di un gruppo aziendale sul controllo Infezioni composto da: Direttore Sanitario, Risk Manager, RSPP e RSQ, Consulente Infettivologo, Coordinatrice Infermieristica Biologiche di laboratorio, con l'obiettivo di effettuare interventi correttivi e proposte per ridurre la trasmissione di microrganismi multiresistenti e migliorare l'adesione alle precauzioni da contatto.• Partecipazione del Direttore Sanitario a incontri organizzati dall'Asl di Piacenza all'interno del "Nucleo strategico per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza e all'uso responsabile degli antibiotici".• Formazione continua degli operatori sul corretto lavaggio mani.• Corsi di formazione proposti dalla RER della collana E - LLaiber• Report periodici relativi a ICA e consumo antibiotici• Completa revisione della procedura n 19 " Sorveglianza gestione e controllo dell ICA: misure da adottare nelle unità funzionali."• Inserimento nella documentazione aziendale della Procedura di sicurezza 07 relativa alla corretta gestione dei DPI nei momenti di indosso e rimozione.
Valutazione risultati e prospettivefuture	Per il 2026 sono previste le seguenti attività : <ul style="list-style-type: none">• Gestione del rischio infettivo con particolare riguardo alla diffusione degli enterobatteri produttori di carbapenemasi;



	<ul style="list-style-type: none">• Incontri formativi frontali rivolti agli operatori sulla corretta Igiene delle mani;• Adesione al progetto regionale di monitoraggio del consumo di gel idroalcolico• Monitoraggio della corretta diffusione , comprensione ed applicazione delle procedure di riferimento (pr. N 19 e pr, sic 07)• Adeguamento della PR 19 ad eventuali nuove linee guida Min.• Implementazione delle segnalazioni di pertinenza, mediante la piattaforma Signal er
--	--

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

Tipologia	LESIONI DA PRESSIONE
Letteratura/Normativa diriferimento	<ol style="list-style-type: none">1. Panel for Prediction and Prevention of Pressure Ulcers in Adults, Pressure Ulcers in Adult: prediction and prevention, Clinical Practice Guideline N°3, AHCPR Pub. Nà42-00972. Prevenzione e cura delle lesioni da decubito. Guida per una corretta assistenza a domicilio. A cura dell' AISLEC, 19993. Pressure Ulcer Risk Assessment and Prevention, National Institute for Clinical Excellence, London, April 20014. Protocollo infermieristico per il trattamento delle lesioni da decubito. Azienda Ospedaliera di Parma, Maggio 20005. Linee Guida per la prevenzione ed il trattamento delle lesioni da pressione. Azienda USL Bologna Nord, 20006. Pressure Ulcer Risk Assessment and Prevention, Clinical Practice Guideline. Royal College of Nursing. June 2000, London7. Dossier 94 Regione Emilia Romagna8. Ulcere da pressione: prevenzione e trattamento. Linee guida della Regione Toscana inserite nel Piano Nazionale Linee Guida, ottobre 2005
Descrizione dello strumento/ flussoinformativo	Monitoraggio insorgenza di decubiti e valutazione decubiti già presenti mediante l'utilizzo della scala Braden , registrata in CCE .
Analisi del rischio ed eventualicriticità/aree di intervento	<p>Il personale infermieristico effettua sui pazienti ricoverati una valutazione del rischio di lesione da pressione al fine di identificare velocemente i pazienti a rischio, suggerire interventi preventivi, eliminare le pratiche dannose o inefficaci, ridurre l'insorgenza delle lesioni, intervenire precocemente nella cura delle lesioni sviluppate o presenti .</p> <p>Nello specifico ed in termini di efficacia, gli obiettivi sono duplici:</p> <ul style="list-style-type: none">- garantire ai pazienti ricoverati con lesioni da decubito all'ingresso la valutazione del miglioramento delle lesioni (livello/grado stabile o ridotto) con applicazione del piano di mobilizzazione e delle medicazioni.- ridurre il rischio di insorgenza di lesioni da decubito durante la degenza nel 50% pazienti con Braden score ≤ 16 (rischio medio/alto) attraverso l'applicazione del piano di mobilizzazione



	e delle medicazioni. Nel 2025 c'è stata UNA segnalazione in merito.
Interventi/azioni correttive e dimiglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Monitoraggio delle segnalazioni Individuazione di una figura aziendale referente per l'ambito di pertinenza quale Referente aziendale per le Lesioni Cutanee (RALC)
Valutazione risultati e prospettive future	Per il 2026 si prevede: <ul style="list-style-type: none">- Revisione programmata della procedura interna n * 15 " Gestione lesioni cutanee"- Implementazione della piattaforma regionale Segnal Er quale modalità di segnalazione dell 'evento.- Monitoraggio delle segnalazioni di pertinenza

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

Tipologia	CONTENZIONE
Letteratura/Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none">• Costituzione Italiana (art. 13, art. 32)• Legge 180/78• Legge 833/78 art. 34-35• Codice Deontologico del Medico (art. 5)• Codice Deontologico dell'Infermiere (art. 2, art. 30)• Art. 54 C.P. Stato di necessità• Art. 571 C.P. Abuso di mezzi di correzione• Art. 572 C.P. Maltrattamenti• Art. 605 C.P. sequestro di persona• Art. 610 C.P. violenza privata
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	Monitoraggio delle segnalazioni di pertinenza e segnalazione nella CCE
Analisi del rischio ed eventualità/aree di intervento	Ogni pratica di contenzione fisica comporta l'attuazione in sequenza delle seguenti fasi: <ul style="list-style-type: none">a) Analisi degli elementi per il ricorso alla contenzioneb) Individuazione delle Indicazioni al ricorso alla contenzione e Prescrizione della contenzionec) Modalità operative di attuazione della contenzioned) Conclusione della contenzione Nell'analisi degli elementi da valutare preliminarmente all'adozione di un provvedimento di contenzione sono essenzialmente i seguenti: <ul style="list-style-type: none">- valutazione del rischio oggettivo per il paziente o per le persone che con lui devono interagire:- valutazione dell'inefficacia di mezzi alternativi:- sbilanciamento rischio-beneficio- scelta del mezzo di contenzione in modo che sia adeguato e proporzionato al bisogno, e che risulti il meno possibile restrittivo della libertà del soggetto



	Nel 2025 non ci sono state segnalazioni in merito.
Interventi/azioni correttive e dimiglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Monitoraggio delle segnalazioni Individuazione di una figura aziendale referente per l'ambito di pertinenza quale Referente aziendale per le Contenzioni
Valutazione risultati e prospettive future	Per il 2026 si prevede: <ul style="list-style-type: none">- Revisione programmata del Protocollo Assistenziale Interna n * 07 "Modalità di utilizzo dei mazzi di contenzione".- Implementazione della piattaforma regionale Segnal Er quale modalità di segnalazione dell'evento.- Monitoraggio delle segnalazioni di pertinenza

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

Tipologia	ALLONTANAMENTO
Letteratura/Normativa di riferimento	RER, «Linee di indirizzo su prevenzione e gestione dell'allontanamento del paziente preso in carico da strutture sanitarie», Luglio 2015
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	Monitoraggio delle segnalazioni di pertinenza e segnalazione nella CCE
Analisi del rischio ed eventualità criticità/aree di intervento	La gestione dell'allontanamento è definita seguendo una progressione che prevede le seguenti fasi: evidenza di allontanamento, preallarme, allarme, ricerca, sospensione e chiusura delle ricerche .La Struttura ha definito 3 momenti, all'interno della giornata di degenza, dedicati al controllo, da parte del personale infermieristico e assistenziale, della presenza dei pazienti presso le Unità Funzionali: <ul style="list-style-type: none">- pranzo presso la Sala da pranzo o al letto del paziente (ore 12.00)- cena presso la Sala da pranzo o al letto del paziente (ore 18.30)- controllo al letto del paziente prima del riposo notturno (22.10/22.30) Qualora si rilevi l'assenza del paziente dalla Struttura in una delle 3 fasi di verifica sopra elencate, Il personale di reparto effettua la valutazione del rischio correlato all'allontanamento che prevede la raccolta di informazioni relative a: <ul style="list-style-type: none">- Condizioni Cliniche- Situazioni Ambientali- Caratteristiche giuridico-sociali



	Nel 2025 non si sono verificati episodi di allontanamento dei pazienti.
Interventi/azioni correttive e dimiglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Monitoraggio del rispetto dell' istruzione operativa di riferimento I. O n* 32
Valutazione risultati e prospettive future	Per il 2026 si prevede: <ul style="list-style-type: none">- Revisione programmata dell' istruzione operative interna n * 32 " Prevenzione e Gestione dell'allontanamento del paziente dalla Struttura "- Implementazione della piattaforma regionale Segnal Er, quale modalità di segnalazione dell' evento.- Monitoraggio delle segnalazioni di pertinenza

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

Tipologia	ATTI DI VIOLENZA VERSO OPERATORE
Letteratura/Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none">• Raccomandazione Ministero della Salute n. 8: Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari, novembre 2007;• Raccomandazione per la prevenzione della violenza a danno degli operatori sanitari, Regione Emilia-Romagna, 2010 D.M. 11 dicembre 2009• Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità "SIMES";• D. Lgs 81/2008 Testo Unico sulla sicurezza sul lavoro.• Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, "Circolare in ordine alla approvazione delle indicazioni necessarie alla valutazione del rischio da stress lavoro correlato di cui all'art. 28, comma 1-bis del D. Lgs n. 81 del 09/04/2008 e successive modifiche e integrazioni", novembre 2010.• Accordo Quadro Europeo sulle molestie e sulla violenza sul luogo di lavoro, 2007• "Violenza e molestie sul luogo di lavoro: un quadro europeo", Eu-Osha – 2011
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	Scheda di segnalazione dedicata " Modulo segnalazione di violenza su operatori sanitari" MOD 68.03 Comunicazione dell'episodio secondo le modalità previste dal flusso Regionale. Nel caso la conseguenza dell'evento avesse un esito tale da essere classificabile quale Evento sentinella, vi è l'obbligatorietà di segnalazione secondo procedura dedicate (Pr. Az 01) in competenza al RM o al DS



Analisi del rischio ed eventualicriticità/aree di intervento	<p>A prescindere dalla natura e gravità del danno occorso, l'operatore vittima di episodio di violenza deve tempestivamente segnalare l'evento al Direttore Sanitario tramite la compilazione dell'apposita scheda di segnalazione .</p> <p>Il Direttore Sanitario o suo delegato, informato dell'evento, comunica tempestivamente l'accaduto e trasmette la scheda di segnalazione compilata dall'operatore che ha subito l'episodio di violenza al Risk Management e al Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale.</p> <p>L'iter operativo di gestione dell'episodio è descritto neii Istruzione Operativa aziendale n 33.</p> <p>Nel 2025 vi è stata una sola segnalazione in merito.</p>
Interventi/azioni correttive e dimiglioramento effettuate nel periodo di riferimento	<p>Monitoraggio del rispetto della procedura di segnalazione IO 33</p> <p>Integrazione nel DVR aziendale del rischio coirrelato a Violenza su operatore.</p>
Valutazione risultati e prospettivefuture	<p>Per il 2026 si prvevde:</p> <ul style="list-style-type: none">- Stesura di un piano prevenzione per gli Atti di violenza contro operatore, da allegare al Doc. "Piano Programma per la sicurezza delle cure" per 'anno di riferimento"- Sostituzione della scheda di segnalazione dell'evento MOD 68.03 con l' unica "scheda di segnalazione spontanea degli eventi – incident reporting " (MOD 68.02), aggiornata secondo le indocazioni regionali.- Implementazione della piattaforma regionale Segnal Er, quale modalità di segnalazione dell' evento.- Monitoraggio delle segnalazioni di pertinenza

3.0 Conclusioni

La Casa di Cura San Giacomo ha mantenuto per l'anno 2025 l'obiettivo di monitorare l'area della Sicurezza delle Cure attraverso i relativi indicatori e aggiornando costantemente procedure, protocolli, istruzioni operative, informative e moduli divisi per ambiti di riferimento, garantendo così un sistema qualità efficace ed efficiente.

In tema di gestione del rischio, con la predisposizione del relativo Piano, la Direzione assume ogni anno un preciso impegno articolato in obiettivi prioritari, in azioni e interventi per la tutela della sicurezza dei pazienti e degli operatori.

Come nel passato è proseguita la raccolta dei dati sui rischi e sugli eventi avversi rilevati attraverso le fonti informative disponibili: Incident reporting - Segnalazioni caduta - Segnalazione di eventi sentinella – Analisi reclami e tutte le segnalazioni di rilevanza per il rischio clinico.



SAN GIACOMO
OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO
UU.FF. OMNICOMPRESIVE
DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA

Casa di Cura Privata S. Giacomo S.r.l.
Via San Bono, 3 - 29028 Ponte dell'Olio (PC)
tel. 0523 871 811 fax 0523 878 908
Cap. Soc. I.V. € 260.000,00
C.F., P. IVA e iscr. RI 00211100334
www.san-giacomo.it
info@san-giacomo.it
pec.san-giacomo@legalmail.it

Il monitoraggio di tali fonti informative ha confermato un quadro generale di rischio molto moderato e che l'evento "caduta" è quello più frequentemente registrato. Dall'analisi dei dati è emerso che l'evento caduta si manifesta prevalentemente a causa di fattori favorevoli legati alle caratteristiche clinico-patologiche intrinseche al paziente e/o alla scarsa aderenza alle indicazioni terapeutiche e comportamentali impartite al paziente dal personale sanitario.

Gli eventi avversi avvenuti nel 2025 non hanno avuto conseguenze tali da portarli ad essere considerati eventi sentinella. Per questo motivo, non sono state fatte segnalazioni in merito.