



**casa di cura
parco dei tigli**

Casa di cura privata
Parco dei Tigli S.r.l.
CF/PI 02011180284 - R.E.A. 196831

Sistema Gestione Qualità
UNI EN ISO 9001:2015

via Monticello, 1
I-35037 Villa di Teolo /PD
T +39 049 9997511
F +39 049 9997549
info@parcotigli.it
parcodeitigli@nipecc.it

ATTIVITA' PER IL CONTROLLO DEL RISCHIO CLINICO ED IL MIGLIORAMENTO QUALITATIVO ANNO 2025

ATTIVITA' DI RICOVERO

Il numero dei ricoveri (dimessi, compresi i paganti in proprio) avvenuti negli ultimi 8 anni sono i seguenti:

Anno 2018: 1263

Anno 2019: 1292

Anno 2020: 1145

Anno 2021: 1338

Anno 2022: 1396

Anno 2023: 1305

Anno 2024: 1301

Anno 2025: 1355 (gg degenza: 41.739)

ANALISI DEL RISCHIO

Le attività di gestione del rischio clinico sono state nel 2025 le seguenti:

1. Analisi degli incident reporting (statistiche);
2. Analisi di singoli episodi;
3. Audit clinici sistematici;
4. Osservazioni dirette tramite i giri della sicurezza (lavaggio delle mani, identificazione del paziente, utilizzo delle calzature antiscivolo, altre osservazioni).

Tali attività hanno permesso di individuare le criticità principali, di analizzarne le cause e di scegliere e mettere in atto le azioni di miglioramento.

Analisi degli incident report, anno 2025, visione generale.

Elenchiamo, negli anni dal 2009 al 2025, il numero dei pazienti ricoverati (dimessi, compresi i solventi in proprio), il numero delle segnalazioni di incidente e la % delle segnalazioni sui pazienti. La definizione di incidente è molto estensiva; nei primi anni venivano segnalate solo le cadute, oggi vengono di fatto segnalati tutti gli scostamenti dalla “norma”, comprese le violazioni del regolamento della Casa di Cura ed i near miss.

A partire dai primi mesi del 2026 vengono usate nuove schede di segnalazione, pensate in linea con quelle in uso nella Regione Veneto

Tab.1. Andamento delle segnalazioni di “incidente”, dal 2009 al 2025, in rapporto al numero dei ricoveri

ANNI	N° pazienti	N° verbali incidenti	% incidenti su pz
2009	1441	70	4,86
2010	1418	84	6.32
2011	1356	83	6.12
2012	1305	84	6.44
2013	1326	84	6,33
2014	1309	173	13,21
2015	1263	175	13,85
2016	1123	164	14,6
2017	1154	141	12,22
2018	1263	184	15,57
2019	1292	239	18,5
2020	1145	196	17.12
2021	1338	177	13,23
2022	1396	308	22,06
2023	1305	233	17,85
2024	1301	186	14,30
2025	1355	185	13,65

Tab. 2. Segnalazioni di incidente (Incident reports) 2023, 2024 e 2025; percentuali sul totale degli incidenti segnalati: suddivisione per tipo.

Tipologia	2023		2024		2025	
	n. re- port	% su tot	n. re- port	% su tot	n. re- port	% su tot
Cadute	134	58%	106	57%	110	59%
Atti autolesivi	31	13%	19	10%	18	10%
Atti di etero aggressività	36	15%	29	16%	30	16%
Atteggiamenti non adeguati/infrazioni al regolamento della CdC	13	6%	14	8%	11	6%
Errori di somministrazione di farmaci	3	1%	2	1%	1	0,5%
Allontanamenti	2	1%	3	2%	2	1%
Altri	13	6%	13	6%	13	7,5%
Totale dei report	233		186		185	

Anche nel 2025 i principali eventi avversi e i quasi eventi segnalati sono state le cadute (59%), gli atti di etero aggressività (16%), gli atti autolesivi (10%) e gli atteggiamenti non adeguati/infrazioni al regolamento della CdC (6%), in proporzioni simili agli anni precedenti (Tabella 2). La distribuzione degli eventi secondo l'orario di accadimento mostra un picco il pomeriggio e una notevole frequenza anche nelle ore notturne; i luoghi di accadimento sono soprattutto la stanza, il bagno, il corridoio e il giardino.

Tab 3. Distribuzione degli eventi avversi secondo l'orario di accadimento e il luogo.

ORARIO	Numero	LUOGO	Numero
Mattino (6-11,59)	47	Stanza	59
Pomeriggio (12-18,59)	55	Bagno	26
Sera (19-23,59)	36	Corridoio	22
Notte (24-5,59)	28	Giardino	27
Non indicato	19	Scale	7

		Altri luoghi	44
Tot	185		185

a) Incident report delle cadute: visione generale, anno 2025

Tab 4. Cadute anno 2025, suddivisione per tipo.

TIPOLOGIA DI INCIDENTE	N.	% sul totale delle cadute
Caduto dal letto	14	13%
Caduto dalla posizione eretta	80	74%
Caduto dalla posizione seduta	7	6%
Caduta scendendo le scale	2	1%
Scivola, inciampa, perde equilibrio	7	6%
	110	

Le cadute sono la principale causa di evento avverso a carico delle persone ricoverate nella Casa di Cura Parco dei Tigli; i fattori di rischio principali appaiono legati alle caratteristiche dei pazienti, con problemi di mantenimento dell'equilibrio dovuti sia alle patologie da cui sono affetti sia ad alcune terapie farmacologiche. Gli accessi in PS dovuti a caduta sono stati 23 nel 2024, 20 nel 2025, 3 dei quali con esito in piccole fratture.

Il 10 gennaio 2026 è avvenuta una caduta di una paziente, nelle scale che portano in giardino, con esito in emorragia cerebrale e conseguente decesso (vedi audit).

Le cause ambientali sono costantemente monitorate. Nel corso delle ristrutturazioni del secondo e del terzo piano della Casa di Cura, che si è conclusa nell'ottobre 2025, sono state **sistematicamente installate nei bagni pavimentazioni antidrucciolo**.

Nel corso del 2021 è stato eseguito, a cura del Servizio Professioni Sanitarie, uno studio di validazione di una nuova scala di misurazione del rischio di caduta (IPFRAT) (studio pubblicato nel 2023) che si è dimostrata più sensibile e specifica della scala Conley; la scala IPFRAT è entrata nell'uso da parte degli infermieri nei primi mesi del 2023. In percentuale sulle giornate di degenza nel 2024 si è avuta una riduzione, rispetto al 2022, di circa il 26%, riduzione che si è mantenuta anche nel 2025.

Nel giugno 2025 è stata rivista la procedura di Prevenzione e Gestione delle Cadute del paziente, articolata negli interventi ambientali, organizzativi e clinico/assistenziali.

Nel luglio 2025 è stato realizzato un audit di uno dei principali fattori di rischio prevenibili delle cadute: la polifarmacoterapia (vedi anche Analisi FMEA del rischio cadute e progetto prevenzione cadute).

La pianificazione e la valutazione delle azioni di prevenzione delle cadute del paziente sono descritte nel progetto relativo.

b) Incident report: analisi degli atti autolesivi e atti di aggressività relativi all'anno 2025.

Tab.5. Atti autolesivi: serie storica dal 2012 al 2025, in rapporto al numero di segnalazioni di incidente (verbali) e al numero dei ricoveri.

ANNO	N° GESTI AU-TOLESIVI	% SUL TOTALE DEGLI INCI-DENT REPORT	% SUI RICO-VERATI
2012	2	2,4	0,2
2013	2	2,4	0,2
2014	7	4,1	0,5
2015	3	1,7	0,2
2016	5	3,0	0,4
2017	2	1,4	0,2
2018	8	4,3	0,6
2019	18	7,5	1,4
2020	25	12,8	2,2
2021	33	18,6	2,5
2022	53	17,2	3,8
2023	31	13,3	2,3
2024	19	10,2	1,5
2025	18	9,7	1,3

Tab.6: tipologia di atti aggressivi, anno 2025

TIPOLOGIA DI COMPORAMENTI AGGRESSIVI,	N.
Aggressività verbale verso il personale	13
Aggressività verbale verso altro paziente	9
Aggressione fisica verso altri pazienti	8
	30

Tab 7. Numero di cadute e numero di atti autolesivi, rapportati al numero delle giornate di degenza, negli anni 2022 – 2025.

	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025
Cadute n.	155	134	106	110
% su giornate di degenza (SSN+solventi calcolate sui di-messi)	0,34	0,31	0,25	0,26
Atti autolesivi n.	55	31	19	18

% su giornate di degenza (SSN+solventi calcolate sui di- messi)	0,12	0,07	0,05	0,04

Per un'analisi dettagliata vedi report complessivo di analisi dei gesti autolesivi contenuto nella procedura di prevenzione del suicidio in ospedale (marzo-aprile 2022, aggiornata 2026).

Le segnalazioni degli atti autolesivi dei pazienti sono aumentate nel corso degli anni dal 2012 al 2022 per l'aumento della sensibilità degli operatori di assistenza rispetto al fenomeno. Come evidenziato nella tabella 6, nel 2024 abbiamo osservato una riduzione degli atti autolesivi, in rapporto alle giornate di degenza, rispetto al 2022, pari quasi al 60%, riduzione che si è mantenuta anche nel 2025.

Tali atti vengono usati come indicatori del rischio di suicidio, sia a livello individuale che di comunità. Negli audit delle cartelle cliniche viene sistematicamente verificata la corretta effettuazione della valutazione di equipe del rischio individuale di suicidio dei pazienti, come previsto nella Procedura di prevenzione del suicidio in ospedale. Nel 2026 è previsto anche un rinforzo formativo sulla prevenzione del rischio di suicidio rivolto a tutti gli operatori sanitari e socio sanitari.

Gli allontanamenti dalla Casa di Cura sono stati nel 2023 n. 2, 3 nel 2024, 2 nel 2025.

Nel 2023 è stato realizzato un corso di formazione di tutto il personale sulla prevenzione e il controllo della violenza sugli operatori sanitari. Come conseguenza le segnalazioni di atti aggressivi verso il personale o altri pazienti (comprese quelle solo verbali) sono aumentate e nel corso del 2023 sono state 36, 29 nel 2024, 30 nel 2025, tutte senza danni gravi a persone o cose.

La pianificazione e la valutazione delle azioni di prevenzione degli attivi autolesivi/suicidio del paziente e delle aggressioni sono descritte nei relativi progetti.

Analisi degli invii in Pronto Soccorso dei pazienti; anni 2023-2025.

Tabella 8. Invii in Pronto Soccorso, anni 2023-2025, analizzati secondo la destinazione, il mezzo di trasporto, la diagnosi.

	Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025
Struttura:			
PS Abano	50	49	48
PS Padova o Schiavonia	19	20	16
Mezzo trasporto (costo):			
118	46 (44 euro)	45	49
Taxi	20 (715 euro)	18 (924 euro)	13
Croci	3 (245 euro)	6 (297 euro)	2
Diagnosi:			
Traumi/cadute	16	20	17
Fratture da caduta	7	3	3
Intossicazione da farmaci	3	1	1
Sintomi internistici	24	28	32
Sintomi psichiatrici gravi	7	11	3

Iperkaliemia	2	1	2
Piccoli interventi/suture	7	2	3
Non determinato	3	3	3
Totali	69	69	64

c) Singoli eventi avversi analizzati nel 2025.

I singoli eventi sottoposti ad analisi per la ricerca delle cause (Significant Event Audit) sono stati 4 nel 2025, dei quali due per comportamento inadeguato di pazienti, un gesto autolesivo e un atto di aggressività tra pazienti.

Audit sistematici dei PDTA (Percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali), delle procedure e controlli interni (anni 2023-2027).

Le attività di verifica e miglioramento continuo dell'aderenza alle linee guida e alle procedure interne relative ai PDTA riabilitativi e di verifica dell'efficacia dei PDTA sono descritte nei 4 progetti di miglioramento qualitativo in corso nel 2026 ed esposti nell'ultimo paragrafo del presente documento.

Modello del nuovo PRI (Progetto Riabilitativo Individuale) integrato.

In vista dell'accreditamento della Casa di Cura Parco dei Tigli per i ricoveri riabilitativi, avvenuto nel 2023, si è reso necessario sviluppare un nuovo modello di Piano Riabilitativo Individuale, il quale, attraverso il coinvolgimento del paziente, della famiglia e di tutta l'equipe, preveda la valutazione dei problemi del paziente, la definizione degli obiettivi riabilitativi, la pianificazione degli interventi e la valutazione dei risultati di salute ottenuti (outcomes). Il percorso di miglioramento è iniziato con lo studio effettuato nel dicembre 2021, in collaborazione con la Fondazione Zancan (Studi Zancan, n.6/2023), che ha messo a punto il modello concettuale di riferimento. Le fasi successive sono state:

- Ottobre 2022-marzo 2023: Definizione dei PDTA riabilitativi (Depressione maggiore, Psicosi, Disturbi gravi borderline, Disturbo Bipolare) con e senza dipendenza (doppia diagnosi).
- Ottobre 2022 -maggio 2023: sperimentazione in la Unità di Cura e successiva applicazione in tutte la Unità di Cura della Cartella Infermieristica Integrata, che prevede la individuazione dei problemi del paziente e degli obiettivi assistenziali per tutti i ricoverati.
- Marzo 2023: costituzione di un gruppo di lavoro (Lazzaretto, Telli, Rapazzini, Dorz, Toffanin) per la definizione di una scheda integrata per la definizione ed il monitoraggio da parte dell'equipe degli obiettivi riabilitativi.
- Maggio 2023: Introduzione della Scheda HONOS per la valutazione dei problemi di salute dell'assistito, che viene compilata all'inizio ed alla fine del ricovero riabilitativo, fornendo così, insieme alle scale specifiche della patologia, elementi per la identificazione dei problemi dell'assistito e la valutazione dei risultati del ricovero.
- Agosto 2023: nuovo PAI informatizzato in Cartella OPERA, che consente la programmazione

da parte del medico delle attività diagnostiche e cliniche.

- Analisi su 71 cartelle di dimessi con codice 56 nel mese di novembre: misura della intensità della assistenza riabilitativa (12-16 ore/settimana di medico, psicologo, infermiere, motricista); verifica dell'uso delle scale di valutazione (CGI, GAF e HONOS) e dei punteggi medi all'ingresso e alla dimissione (GAF al T0: 19,2, al T100: 65,9; HONOS al T0: 13,7, al T100: 6,4).
- Nel novembre 2023 è stato istituito un gruppo di lavoro regionale, al quale partecipa la Primaria della Casa di Cura dott.ssa Lazzaretto, per la definizione dei criteri di accreditamento dei ricoveri per doppia diagnosi (psichiatrica e dipendenza), con precisazione dei criteri di valutazione dei progetti riabilitativi (DGR 685 del 18 giugno 2024).
- Gennaio 2024: inizio della sperimentazione della scheda integrata per la definizione ed il monitoraggio da parte dell'equipe degli obiettivi riabilitativi.
- Anno 2024: a seguito della sperimentazione, modifica della scheda con suddivisione schede specifiche per successiva integrazione informatica;
- In corso: presentazione e sperimentazione del nuovo format
- Entro fine 2026: implementazione con SW informatico, almeno di parti del PAI.
- Febbraio 2026: formazione su riabilitazione psichiatrica con medici, psicologi e infermieri, allo scopo di aumentare la capacità di individuare e valutare gli obiettivi riabilitativi. (eseguito con dott. Cibin e dott. Mioni giovedì 26 febbraio)

I “Giri della sicurezza”.

Nel gennaio 2025 sono stati inaugurati i “Giri per la sicurezza”, eseguiti da una Coordinatrice Infermieristica e dalla Responsabile dell'Ufficio Tecnico, nel corso dei quali, oltre alle consuete osservazioni sui comportamenti degli operatori sanitari, vengono rilevati anche altri fattori di rischio ambientali od organizzativi.

Tab 11. Rilevazioni effettuate nei Giri della sicurezza; 28 e 29 gennaio; 3 febbraio 2025.

COMPORTEMENTO OSSERVATO	RISULTATI	AZIONI DI MIGLIORAMENTO	VERIFICA
Piano 3° 28/01/2025 Piano I° 29/01/2025 Piano 2° 03/02/2025			
Lavaggio sociale (acqua e sapone detergente per almeno 40 sec.)	Corretto in 40 osservazioni su 40 (100%)	I Coordinatori ribadiranno periodicamente la necessità di lavarsi le mani.	Annuale
Uso dei guanti e frizione alcoolica	Corretto in 12 osservazioni su 12 (100%)	Come sopra	Annuale
L'Infermiere entra nella stanza per somministrare la terapia	Corretto in 12 osservazioni su 12 (100%)	I Coordinatori ribadiranno periodicamente la procedura prevista	Annuale
L'Infermiere applica	Corretto in 12	I Coordinatori ribadiranno	Annuale

correttamente la I.O. per l'identificazione del paziente, chiedendo nome, cognome e data di nascita	osservazioni su 12 (100%)	periodicamente la procedura prevista	
L'Infermiere ha con sé il telefono di reparto	Corretto (non ha il telefono) in 12 osservazioni su 12	I Coordinatori ribadiranno periodicamente la procedura prevista	Annuale
Utilizzo da parte dei pazienti delle pantofole antiscivolo chiuse posteriormente (consigliate)	Piano 3° 28/01/2025 Corridoio: 7/15 Sala TV: 2/10 Parco: 25/30 Piano 1° 29/01/2025 Corridoio: 3/10 Piano 2° 03/02/2025 Corridoio: 5/12	Rendere obbligatorio l'uso delle calzature antiscivolo dal momento del ricovero negli spazi comuni.	Annuale

Altri fattori di rischio rilevati nel corso del Giro della sicurezza sono stati:

Sversamento d'acqua nei bagni causato dalla inadeguatezza delle tende paraschizzi	È in programma la loro sostituzione con piastrelle antiscivolo R11, nei lavori di ristrutturazione; allo studio la sostituzione delle tende paraschizzi con box doccia	Verifica dopo la conclusione dei lavori
Vassoi del pranzo lasciati incustoditi nei salottini di piano (2° e 3°)	Prevista raccomandazione del Servizio Infermieristico	Verifica tra tre mesi

Tab 12. Rilevazioni effettuate nel Giro della sicurezza; 22 gennaio 2026.

COMPORAMENTO OSSERVATO	RISULTATI	AZIONI DI MIGLIORAMENTO	VERIFICA
Lavaggio sociale (acqua e sapone detergente per almeno 40 sec.)	Corretto in 43 osservazioni su 43 (100%)	I Coordinatori ribadiranno periodicamente la necessità di lavarsi le mani.	Annuale
Uso dei guanti e frizione alcoolica	Corretto in 8 osservazioni su 8 (100%)	Come sopra	Annuale
L'Infermiere entra nella stanza per somministrare la terapia	Corretto in 12 osservazioni su 12 (100%)	I Coordinatori ribadiranno periodicamente la procedura prevista	Annuale
L'Infermiere applica correttamente la I.O. per l'identificazione del paziente, chiedendo nome, cognome e data di nascita	Corretto in 12 osservazioni su 12 (100%)	I Coordinatori ribadiranno periodicamente la procedura prevista	Annuale
L'Infermiere ha con sé il telefono di reparto	Corretto (non ha il telefono) in 12 osservazioni su 12	I Coordinatori ribadiranno periodicamente la procedura prevista	Annuale
Utilizzo da parte dei	Piano 1°	Rinforzo del massaggio	Annuale

pazienti delle pantofole antiscivolo chiuse posteriormente (obbligatorie)	Corridoio, salottino, zona fumatori: 15/15 Piano 2° Corridoio, salottino, zona fumatori: 5/10 Piano 3° Salottino, corridoio, zona fumatori: 0/10	tramite i Coordinatori del 2° e 3° piano.	
---	---	---	--

Altri fattori di rischio rilevati nel corso del Giro della sicurezza sono stati:

A seguito sei lavori di ristrutturazione, terminati nell'ottobre 2025, sono stati utilizzati per la pavimentazione piastrelle e resine di tipo R11; sono stati installati i box doccia nelle camere ove possibile; sono stati verificati i lumen nel vano scale che porta dai piani al parco (OK), deciso di installare i sensori di movimento nello stesso vano scale.

I Giri della Sicurezza sono integrati dalla continua vigilanza dei clinici, in particolare rispetto al rischio di comportamenti autolesivi; nel mese di aprile 2026, su segnalazione della Primaria dott.ssa Lazzaretto, previa consultazione con la Responsabile dell'Ufficio Tecnico Signora Parrella, sono stati rimossi tutti gli specchi dagli ascensori.

Monitoraggio delle Raccomandazioni (AGENAS) per la prevenzione degli eventi sentinella: situazione al 31 dicembre 2025 nella Casa di Cura Parco dei Tigli.

Racc n.	Testo	Monitoraggio al 31 dicembre 2025	
Racc n°3	Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura (introdotta il 01/03/2008)	PR: 2020 Formazione 1° rev: 2023	Monitoraggio annuale con i Giri della sicurezza (vedi)
Racc n°4	Raccomandazione per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale (introdotta il 01/03/2008)	PR: 2022; Formazione: 2022 2° rev: 2022; 3° rev 2026	Monitorare l'applicazione annualmente; nuova formazione nel 2026
Racc n°7	Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica (introdotta il 01/03/2008)	PR: 2023 (14° rev)	Da inserire nella nuova procedura del processo unico del farmaco, prevista nel 2026.
Racc n°8	Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari (introdotta il 01/11/2007)	IO: 2023. Eseguita formazione di tutti gli operatori sani-	Da completare con modulo segnalazione ad hoc nel 2026

		tari e di accoglienza nell'ottobre 2023.	
Racc n°12	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike" (introdotta il 01/08/2010)	IO: 2019	Aggiornato nel 2025 elenco in SGQ
Racc n°13	Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie (introdotta il 01/11/2011)	IO (flow chart): 2016 Modulo informativo: 2018 Scala IPFRAT: 2023 Bagni antisdruc-ciolo realizzati 2025.	Monitoraggio uso delle calzature anti-scivolo; approfondimento polifarmacoterapia con evento formativo nel 2026
Racc n°17	Raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica (introdotta il 01/12/2014)	PR Gestione ricovero e dimissioni: 2021	Da inserire nella nuova procedura del processo unico del farmaco, prevista nel 2026.
Racc n°18	Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli.		Da inserire nella nuova procedura del processo unico del farmaco, prevista nel 2026.
Racc N°19	Manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide		Da inserire nella nuova procedura del processo unico del farmaco, prevista nel 2026.

Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza.

Il CIO si riunisce con cadenza annuale. Nel 2023 sono state formulate dal CIO le seguenti raccomandazioni:

- Segnalare alla Direzione Sanitaria le Infezioni Correlate all'Assistenza utilizzando la scheda di rilevazione presente in SGQ (vedi I.O. Infezioni Correlate all'Assistenza);
- Preferire, nelle infezioni urinarie, l'utilizzo della nitrofurantoina rispetto alla ciprofloxacina;
- Evitare di prescrivere urinocolture non necessarie, in persone asintomatiche;
- Segnalare alla Direzione Sanitaria l'isolamento dei microorganismi sentinella, secondo quanto previsto dalla I.O. Sorveglianza microorganismi sentinella presente in SGQ.

Nell'incontro del 19 febbraio 2026 sono state analizzati: il consumo degli antibiotici, secondo la classificazione OMS AWaRe (access, watch, reserve) (Tab 13), anche alla luce del recente documento della Regione del Veneto "Documento di indirizzo sulla corretta gestione e smaltimento dei farmaci antibiotici", le urinocolture e le resistenze batteriche del 2025 ed i risultati dei Giri della sicurezza (vedi tabelle 11 e 12). Nel 2025 non si sono verificate infezioni correlate all'assistenza.

Tab. 13. Andamento del consumo di antibiotici negli anni 2023 – 2025.

	2023		2024		2025	
	Quantità	Valore	Quantità	Valore	Quantità	Valore
Access	1.504	474	1.804	486	1.886	459
	Di cui Nitrofurantoina 160		Di cui Nitrofurantoina 280		Di cui Nitrofurantoina 280	
Watch	1.246	737	1.106	625	1.245	727
Uso locale e altro (antivirali e antifungini)	398	910	226	1.075	235	823
Totale	3.148	2.121	2.500	1.847	3.366	2.009

Le urinocolture richieste sono state: 75 nel 2022, 37 nel 2023, 59 nel 2024, 36 nel 2025, delle quali solo 10 positive. L'esame delle resistenze agli antibiotici conferma l'utilità di usare, nelle infezioni urinarie, la nitrofurantoina (nessuna resistenza evidenziata nel 2023, 2024 e 2025; nel 2025 abbiamo avuto l'isolamento di 1 enterococcus fecalis, e 5 di escherichia coli, tutti con sensibilità al 100% alla nitrofurantoina). Negli incontri periodici con i medici della CdC verranno ribadite le raccomandazioni emanate nel 2023, tutt'ora valide.

Sicurezza d'uso dei farmaci.

Nel settembre 2022 sono stati definiti i nuovi prontuari farmaceutici, psichiatrico e internistico, con introduzione dei farmaci generici.

Gli errori segnalati della somministrazione della terapia sono stati:

- n. 3 nel 2022
- n. 3 nel 2023
- n. 2 nel 2024
- n. 1 nel 2025.

Tutti gli episodi sono stati sottoposti ad audit (vedi).

Farmaci LASA: Istruzione Operativa del 2019 ancora valida; l'elenco è stato aggiornato nel 2023 e nuovamente nel 2024 e nel 2025.

La Commissione Farmaceutica interna alla CdC ha in corso di elaborazione la “Procedura per la sicurezza del processo unico del farmaco” ed in particolare le fasi della prescrizione e della somministrazione, che fino ad oggi erano incomplete e frammentate in altre procedure.

Ad introduzione della procedura la Commissione ha effettuato una analisi dei rischi del processo del farmaco in Casa di Cura Parco dei Tigli, secondo il metodo FMEA semplificato.

Il completamento della elaborazione è previsto entro il primo semestre 2026.

Altri problemi legati alle terapie farmacologiche affrontati dalla Commissione sono stati:

- La polifarmaco terapia: è stato promosso e realizzato un audit nel settembre 2025 (vedi sopra) ed è previsto un evento formativo nel 2026 (vedi piano formativo)
- L'uso dei farmaci off-label: è noto che l'utilizzo off-label dei farmaci è frequente nei nostri pazienti; l'audit realizzato lo scorso anno ha evidenziato che circa la metà dei pazienti ricoverati viene trattata con farmaci off label. Anche per questo aspetto è previsto un evento formativo al quale potranno seguire precise istruzioni operative. (eseguito il 7 maggio 2026)
- L'utilizzo dei farmaci generici (equivalenti): possibili modifiche di efficacia negli switch.
- Utilizzo razionale degli integratori alimentari.

Sicurezza del lavoro

La formazione sulla sicurezza del lavoro è puntualmente verificata e programmata dalla Responsabile dell'Ufficio Tecnico. Gli infortuni sul lavoro registrati con procedura INAIL sono stati, negli anni 2023 – 2025, n. 3, tutti di lieve entità.

1. 21.02.2023. Una OSS, mentre accompagnava una paziente nella propria stanza, è stata lievemente graffiata ad un occhio, con esito di 3 giorni di disabilità temporanea. Vedi audit descritto nella Relazione del Rischio Clinico relativa all'anno 2023.
2. 27.06.2023. Un addetto dell'Ufficio Tecnico, mentre usava una lima manuale per levigare una chiave, ha ricevuto un corpo estraneo nell'occhio sinistro con esito di 1 giorno di disabilità temporanea.
3. 27.01.2025. Una dipendente è caduta a terra mentre stava scendendo dall'auto nella propria carrozzina, di fronte all'ingresso della Casa di Cura: lieve contusione della colonna con 1 giorno di inabilità temporanea.

Prevenzione del tabagismo

Il fumo di tabacco è estremamente diffuso tra i pazienti psichiatrici, con prevalenze molto superiori al resto della popolazione ed è considerato il principale responsabile della aumentata mortalità e della ridotta aspettativa di vita di questi pazienti (12-15 anni di vita in meno, a parità di età e sesso). **Il fumo è considerato inoltre un importante fattore di rischio, in particolare per la possibilità di causare incendi** e di infiammare i vestiti o i capelli del paziente, con ustioni anche gravi. D'altro canto, è nota la difficoltà di intervenire in ambito psichiatrico con decise politiche di divieto del fumo, anche se la maggioranza (70%) dei medici e degli infermieri delle SPDC riterrebbe utile una politica antifumo in psichiatria, poiché “Il fumo nuoce alla salute e il ricovero deve avere una funzione rieducativa” (Corsini et al. 2025).

Negli ultimi mesi dello scorso anno, la Primaria dott.ssa Lazzaretto ha sperimentato con successo nel suo reparto il divieto di fumare nelle ore notturne, dalle ore 12 alle ore 5,30 del mattino; inoltre negli ultimi anni alcune colleghe, in particolare le dott.sse Civiero, Rossato, Rascio

e Rapazzini, si sono impegnate nelle iniziative per la disassuefazione dal fumo, con i gruppi di educazione per smettere di fumare e per uno stile di vita sano. I gruppi per smettere di fumare sono stati lo scorso anno interrotti per scarsa frequenza.

Accanto agli interventi su descritti, sono state date le seguenti disposizioni:

- La responsabile dell'Ufficio Tecnico ha di recente ribadito il divieto di utilizzare in tutta la Casa di Cura gli accendini a fiamma libera; accendini a resistenza elettrica sono in vendita a basso prezzo presso il bar della CdC;
- Il divieto di fumare nelle ore notturne è stato inserito nel regolamento della Casa di Cura: lo scopo, oltre a dare un segnale sulla pericolosità del fumo, è quello di evitare l'accesso dei pazienti nell'area fumatori, che non è presidiata nelle ore notturne.

Altre iniziative sono allo studio e vengono proposte alla discussione ai dipendenti e ai pazienti della CdC; esse potrebbero, a nostro avviso, contribuire a connotare positivamente il ruolo e l'immagine della Casa di Cura Parco dei Tigli, all'interno della rete dei servizi per la salute mentale, come struttura riabilitativa psichiatrica:

- Inserimento del fumo di tabacco e dei suoi effetti sulla salute nei percorsi formativi sia dei medici che degli infermieri (vedi anche effetti della cessazione del fumo sulla salute mentale, interazioni del fumo con i farmaci antipsicotici, ecc.);
- Attenzione agli atteggiamenti e comportamenti riguardo al fumo di tutti gli operatori della Casa di Cura: impegno di tutti a non fumare con/davanti ai pazienti?
- Definizione di un modulo per avviare percorsi di disassuefazione dal fumo, da proseguire dopo la dimissione e da aggiungere agli attuali moduli educativi sugli stili di vita;
- Messaggi educativi positivi, tramite posters ecc.
- Questionario sulle opinioni e atteggiamenti dei pazienti verso il fumo;
- Altre eventuali.

Interventi strutturali con impatto sulla sicurezza del paziente e degli operatori.

Nell'ottobre 2025 è stata completata la ristrutturazione dei piani secondo e terzo della Casa di Cura, nel corso della quale sono stati aggiornati vari sistemi di sicurezza dei pazienti e degli operatori; a titolo di esempio:

- Pavimenti antidrucciolo nei bagni;
- I serramenti alle finestre con dispositivi anti-defenestramento;
- Sistema di chiamata e di comunicazione rapida dalle stanze alle guardiole;
- I ricambi d'aria nelle stanze di degenza;
- Soffioni doccia fissi e con disegno che ne impedisca l'appiglio; adeguamento degli infissi e degli arredi alla prevenzione del suicidio;
- L'allargamento delle porte per uno spostamento più agevole dei letti.

È stato realizzato come previsto nel 2023 il miglioramento della illuminazione delle zone del parco accessibili agli ospiti. È ancora in corso invece l'analisi della utilità e fattibilità di un impianto di videosorveglianza in aree non presidiate o critiche.

Progetti di miglioramento qualitativo nell'anno 2026.

Esponiamo di seguito i seguenti progetti di miglioramento qualitativo:

1. Riduzione del rischio di suicidio e degli atti autolesivi in PdT; Risultato atteso: ulteriore riduzione del 20% degli atti autolesivi nel 2027 rispetto al 2025.

2. Riduzione delle cadute dei pazienti ricoverati in PdT. Ci attendiamo entro il 2027 una ulteriore riduzione delle cadute di almeno il 5% e una riduzione almeno del 10% degli invii per caduta in PS.
3. Prevenzione e controllo degli atti di etero aggressività. Ci attendiamo una riduzione degli atti di aggressione, anche verbali, di almeno il 10% nel 2027 rispetto al 2025
4. Verifica e miglioramento continuo dell'aderenza alle linee guida e alle procedure interne relative ai PDTA riabilitativi e per acuti; verifica dell'efficacia dei PDTA.

OBIETTIVO 1	Riduzione del rischio di suicidio e degli atti autolesivi in PdT Risultato atteso: ulteriore riduzione del 20% degli atti autolesivi nel 2027 rispetto al 2025.		
TEMPI	Anni 2025 - 2027		
ORIGINE/FABBISOGNO	Rischio di suicidio elevato in PdT per la tipologia dei pazienti ricoverati. Frequenti gli atti autolesivi, considerati un indicatore del rischio di suicidio nella struttura		
RISORSE	Risorse per provvedimenti ambientali, organizzativi e di assistenza clinica, medica, infermieristica e psicologica.		
PRIORITÀ	Alta		
TIPOLOGIA	<input type="checkbox"/> di qualità <input checked="" type="checkbox"/> di salute <input type="checkbox"/> gestione risorse		
RESPONSABILE	Direttrice clinica e scientifica Dott.ssa Miriam Lazzaretto		
PIANIFICAZIONE	Attività	Tempi	Responsabile
	Raccolta ed elaborazione degli incidente report	annuale	Dott.ssa Rapazzini
	Revisione della Procedura interna nel 2022; nuova revisione nel 2026	Nuova revisione nel 2028	Dott.ssa Lazzaretto
	Interventi ambientali: protezioni alle finestre, porte stanze apribili dall'esterno, box doccia e arredi di sicurezza	Ultimati nell'ottobre 2025	Responsabile Uff Tecnico Barbara Parrella
	Interventi organizzativi. Regolamento della CdC: elenco oggetti vietati aggiornato	Ultimo aggiornamento 2026	DS Dott. Toffanin
	Interventi clinici: valutazione clinica di equipe del rischio di suicidio: rischio medio: intensificazione assistenza; rischio elevato: invio in SPDC	Rivisti nel 2026: rivalutazione del rischio dopo eventi critici	Dott.ssa Lazzaretto
	Formazione	Ricolta a tutti nel 2023 Incontro di aggiornamento 23 aprile 2026	Dott.ssa Lazzaretto
VERIFICA	Monitoraggio	Indicatore	Esito

	Andamento degli atti autolesivi	n. report atti autolesivi % su gg degenza n. invii in PS	2023: 31 2024: 19 2025: 18 2023. 0,07 2024: 0,05 2025: 0,04 nessuno
	Definizione della Procedura e sua revisione	Definizione della Procedura e sua revisione	Ultima revisione: 4 febbraio 2026
	Inserimento nella procedura della regolamentazione del lavoro notturno degli infermieri: almeno 3 giri di sorveglianza dalle 12 all'2 6 del mattino	N. di notti con la registrazione dei giri di sorveglianza secondo procedura	% di notti con registrazione corretta: in corso di misurazione (aprile 2026)
	Valutazione del rischio individuale di suicidio secondo la procedura	% di cartelle cliniche con valutazione all'ingresso secondo procedura	2022: 33% 2023: 96% 2025: 100%
	Audit di singoli episodi (SEA)	N. audit SEA	1 audit nel 2025: necessità di far seguire sempre gli interventi adeguati alla entità del rischio riscontrato; rivalutare il rischio dopo un atto autolesivi
		% di atti autolesivi con rivalutazione del rischio	Previsto misurazione nel 2026

	Rivalutazione del rischio di suicidio dopo atti autolesivi: previsto audit nel 2026		
ESITO	<p>Gli interventi messi in atto fino ad ora sembra siano stati efficaci: gli atti autolesivi si sono ridotti nel 2025 circa del 40% rispetto al 2023. Vista la gravità del rischio riteniamo necessario mantenere alta l'attenzione di tutti, rinnovando periodicamente gli interventi formativi, gli audit di verifica degli indicatori e gli audit SEA.</p> <p>Ci attendiamo una ulteriore riduzione del 20% degli atti autolesivi nel 2027 rispetto al 2025, una corretta valutazione del rischio all'ingresso e alla dimissione del 100% nel 2026 ed una rivalutazione del rischio individuale dopo atto autolesivo almeno nell'80% dei casi nel secondo semestre 2026.</p>		

Teolo, 15 febbraio 2026

OBIETTIVO 2	Riduzione delle cadute dei pazienti ricoverati in PdT. Ci attendiamo entro il 2027 una ulteriore riduzione delle cadute di almeno il 5% e una riduzione almeno del 10% degli invii per caduta in PS.		
TEMPI	2025 - 2027		
ORIGINE/FABBISOGNO	<p>Le cadute sono l'evento avverso più frequente in PdT:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 110 eventi nel 2025, dei quali, - 90 near miss o con lesioni lievi, - 20 invii in P.S. <p>1 evento sentinella nel 2026</p>		
RISORSE	Investimento nelle ristrutturazioni con superfici antisdrucciolo nei bagni 2° e 3° piano nel 2025; risorse per elaborazione dati, valutazione dei pazienti, tempo di assistenza infermieristica e formazione.		
PRIORITÀ	alta		
TIPOLOGIA	<input type="checkbox"/> di qualità <input checked="" type="checkbox"/> di salute <input type="checkbox"/> gestione risorse		
RESPONSABILE	DS – Roberto Toffanin		
PIANIFICAZIONE	Attività	Tempi	Responsabile
	Raccolta ed elaborazione degli incidente report	annuale	Dott.ssa Rapazzini
	Studio di validazione nuova scala infermieristica IPFRAT di misurazione rischio individuale di caduta e introduzione nella pratica	2023 - 2025	Dott.ssa Telli

	Revisione della Procedura di prevenzione e gestione delle cadute, articolata negli interventi ambientali, organizzativi e clinico assistenziali	Giugno 2025	Dott. Toffanin
	Audit polifarmacoterapia (uno dei principali fattori di rischio delle cadute)	Luglio 2025	Dott.ssa Lazzaretto
	Formazione di tutti gli operatori	2026	Dott. Toffanin, dott.ssa Lazzaretto, dott.ssa Telli
	Interventi di ristrutturazione bagni ultimati in ottobre 2025	2025	Responsabile Uff Tecnico Barbara Parrella
VERIFICA	Monitoraggio	Indicatore	Esito
	Andamento delle cadute: esito atteso: riduzione del 5% entro il 2027	N. report cadute % su gg degenza	2023. n 134 2024 n 106 2025, n 110 2023: 0,31 2024: 0,25 2025: 0,26
		N. invii in PS	2023: 23 2024: 23 2025: 20
	Pubblicazione dello studio e messa in opera della nuova scala IPFRAT	Studio pubblicato: IPFRAT in opera da gennaio 2024	Disponibile in SGQ
	Revisione della procedura prevenzione cadute		Rivista e disponibile in SGQ da giugno 2025

	<p>Monitoraggio del numero medio per paziente, ingresso e uscita, di farmaci psichiatrici totali, n. medio neurolettici, n. medio benzodiazepine; si attende una riduzione in uscita dei neurolettici di 1a generazione e delle benzodiazepine (principali fattori di rischio per le cadute).</p> <p>Prevediamo di ripetere l'audit nel 2027</p>	N. medio/paziente farmaci psichiatrici all'ingresso e dimissione	<p>Tot psichiatrici ingresso: 3,5 uscita: 3,6</p> <p>Neurolettici 1a Ingresso: 0,3 Uscita: 0,2</p> <p>Benzodiazepine Ingresso: 0,8 Uscita: 0,6</p>
	Formazione di tutti gli operatori circa la nuova procedura e le attività assistenziali previste per ridurre le cadute, entro il 2026	7 maggio 2026	24 partecipanti
	Bagni e ambienti ristrutturati con superfici antiscivolo (le nuove schede registrano anche il n. stanza per valutare l'efficacia dei lavori)	Verifica ottobre 2025	
ESITO	<p>Alla data odierna sono in corso le attività formative degli infermieri e OSS che saranno completate entro il 2026. Nel 2025 abbiamo osservato una riduzione delle cadute totali dell'8%, rispetto al 2023 e una lieve riduzione degli invii in PS nel 2025 rispetto al 2024.</p> <p>Ci attendiamo entro il 2027 una ulteriore riduzione delle cadute di almeno il 5% e una riduzione almeno del 10% degli invii per caduta in PS.</p>		

Teolo, 17 marzo 2026

OBIETTIVO 3	Prevenzione e controllo degli atti di etero aggressività. Ci attendiamo una riduzione degli atti di aggressione, anche verbali, di almeno il 10% nel 2027 rispetto al 2025.
TEMPI	2023 - 2027
ORIGINE/FABBISOGNO	La psichiatria è uno dei settori sanitari a maggior rischio di atti di etero aggressività, in particolare verso il personale sanitario

RISORSE	Tempo di lavoro di tutto il personale della CdC		
PRIORITÀ	Alta		
TIPOLOGIA	<input checked="" type="checkbox"/> di qualità <input checked="" type="checkbox"/> di salute <input type="checkbox"/> gestione risorse		
RESPONSABILI	Direzione Scientifica – Direzione Sanitaria		
PIANIFICAZIONE	Attività	Tempi	Responsabile
	Divieto di ricovero in CdC delle persone agli arresti domiciliari	14/9/2022	DS
	Monitoraggio delle aggressioni anche verbali, tra pazienti e verso il personale sanitario e di front office	Anni 2023 - 2027	Dott.ssa Rapazzini
	Nuova Istruzione operativa: Prevenzione e gestione delle aggressioni ed atti di violenza a danno degli operatori sanitari;	Settembre 2023	Dott.ssa Lazzaretto, Dott.ssa Cecchetto, dott. Toffanin
	Corso rivolto a tutto il personale della CdC (sanitario, portineria e accettazione).	Novembre 2023	Dott.ssa Lazzaretto Dott.ssa Cecchetto
	Audit di singoli episodi e rinforzi con il personale	2023 - 2026	DS
	Pieghevole per l'informazione dei nuovi assunti	2026	DS dott.ssa Cecchetto
VERIFICA	Monitoraggio	Indicatore	Esito
	Monitoraggio degli atti di etero aggressività; nessun danno alle persone negli anni considerati: 2025: aggress verbali al personale: n. 13; aggress verbali verso altri pz: n. 9; aggress fisica verso altro pz: n. 8.	N. segnalazioni/anno e % di tutti gli incident report	2023: n. 36 15% 2024: n. 29 16% 2025: n. 30 16%
	Nuova istruzione operativa del 2023: dichiarazione di una Politica di tolleranza zero verso la violenza in CdC	I.O. in SGQ	presente
	Corso effettuato per aumentare le competenze e la capacità di riconoscere e controllare l'aggressività dei pazienti e dei familiari, in particolare con	Partecipazione degli operatori	100%

	tecniche di deescalation		
	Audit di singoli episodi: la DS si accerta che ogni episodio segnalato sia gestito dai medici con provvedimenti appropriati: es. colloquio, cambio terapia, dimissione...	N. audit: es. -5 episodi nel 2023 -30/9/2025 -13/4/2026	In tutti i casi esaminati il medico aveva preso i provvedimenti adeguati con il paziente
	Pieghevole per l'informazione dei nuovi assunti	In corso di elaborazione con la dott.ssa Cecchetto	Entro luglio 2026
ESITO	<p>Il problema viene attentamente monitorato; è previsto un nuovo intervento formativo, da eseguire verso la fine del 2026.</p> <p>Ci attendiamo una riduzione degli atti di aggressione di almeno il 10% nel 2027 rispetto al 2025.</p>		

Teolo, 12 marzo 2026

OBIETTIVO 4	Verifica e miglioramento continuo dell'aderenza alle linee guida e alle procedure interne relative ai PDTA riabilitativi; verifica dell'efficacia dei PDTA.		
TEMPI	2025 - 2027		
ORIGINE/FABBISOGNO	Norme di buona pratica clinica; Requisiti di accreditamento.		
RISORSE	Tempo lavorativo di medici, psicologi e infermieri		
PRIORITÀ	Alta		
TIPOLOGIA	<input checked="" type="checkbox"/> di qualità <input checked="" type="checkbox"/> di salute <input type="checkbox"/> gestione risorse		
RESPONSABILI	Direttrice Scientifica – Direttore Sanitario		
PIANIFICAZIONE	Attività	Tempi	Responsabile
	1 Audit PDTA Riabilitativi cod. 56	2025 - 2027	Direzione Scientifica e Sanitaria

	2 Audit PDTA Depressione, rilevazioni 2023; da ripetere nel 2026	2023 – 2026	Direzione Scientifica e Sanitaria
	3 Audit PDTA Disturbo Grave di Personalità, rilevazioni 2023; da ripetere nel 2026	2023 - 2026	Direzione Scientifica e Sanitaria
	4 Audit PDTA Disturbo Bipolare rilevazioni 2023; da ripetere nel 2026	2023 - 2026	Direzione Scientifica e Sanitaria
	5 Audit PDTA Psicosi, rilevazioni 2023; da ripetere nel 2026	2023 - 2026	Direzione Scientifica e Sanitaria
	6 Audit PDTA Dipendenze; rilevazioni del 2025	2025 - 2027	Direzione Scientifica e Sanitaria
	Monitoraggio	Indicatore	Esito
VERIFICA	1 Defin. PRI ed evidenza riunione di equipe; registrazione punteggi BMI; CGI, GAF e RCS ingresso – dimissione.	Riunioni equipe	90%
		Def obiet riabil	80%
		BMI ingresso	24,8
		BMI dimissione	24,75
		CGI ingresso	4,78
		CGI uscita	2,94
		GAF ingresso	51
		GAF uscita	65
		RCS ingresso (piani 1, 2 3)	9
		RCS uscita (piani 1, 2)	3,5
		RCS uscita piano 3 (anziani)	4,7

	2 screening condizioni mediche generali; dosaggio glicemia, colesterolo, trigliceridi	Dosaggio glicemia, colesterolemia, trigliceridi	100%
	3 N. colloqui psicologici e politerapia farmacologica	n. medio/pz di colloqui psicologici.	7 per pz
		% in politerapia	68% secondo gravità clinica
	4 Monitoraggio livelli farmaci stabilizzanti e dei parametri biomorali appropriati	Monit. Stabilizzanti	60%
		Monit. Parametri biomorali appropriati	85%
	5 Monitoraggio dei pazienti in monoterapia, dei resistenti alla terapia e, di questi, in terapia con clozapina	% pz in monoterapia	65%
		% pz resistenti	10%
		% dei resistenti in terapia con clozapina	100%
	6 Monitoraggio n. colloqui psicologici e gruppi, obiettivi riabilitativi, appuntamento con SerD alla dimissione, diminuzione del craving, problemi relazionali misurati con scala HONOS.	n. medio/pz di colloqui psicologici	7,9
		Partecipazione ai gruppi: % dei programmati	90%
		% con defin obiettivi riabilitativi	80%

		% appuntamenti con SerD	40%
		% riduzione del craving	100%
		% diminuzione dei problemi relazionali	70%
ESITO	<p>Le attività di audit, negli anni 2024 – 2025 si sono concentrate nella verifica dei requisiti della riabilitazione. Come ribadito anche nel controllo NAC di aprile 2026 i punti da migliorare appaiono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il PAI deve essere aperto il giorno di ingresso, e deve avere evidenza della partecipazione alla sua definizione di tutta l'equipe, medico psichiatra, psicologo e infermiere; - Devono avere maggiore evidenza gli obiettivi riabilitativi (fattori osservabili, abilità relazionali e sociali); - Tutti i ricoveri, allo scopo di assicurare la continuità delle cure, devono documentare un appuntamento post dimissione, o con il CSM o con il SerD o con lo psichiatra di fiducia, possibilmente entro 15 giorni dalla dimissione. <p>Proseguiranno nel 2026 e 2027 le valutazioni di aderenza alle Linee Guida Cliniche e le valutazioni di efficacia dei PDTA: in particolare sono previsti entro la fine del 2026:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Audit PDTA Depressione e DGP; <p>Entro il 2027:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Audit PDTA DP e Psicosi; - Audit della efficacia dei PDTA Riabilitativi, rispetto agli obiettivi riabilitativi posti nel PRI e rispetto alle attività riabilitative realizzate. 		

Teolo, 15 aprile 2026

Nell'anno 2026 verranno inoltre effettuati/conclusi i seguenti progetti di miglioramento qualitativo:

- PDS01/2026/ML: conclusione della definizione degli indicatori di Outcome per ogni PDTA (vedi progetto audit PDTA);
- PDS02/2026/ML: conclusione della revisione dei PDTA
- PDS03/2026/FR: somministrazione nuova revisione questionario operatori
- PDS04/2026/AB: revisione procedura approvvigionamento e valutazione fornitori
- PDS05/2026/ML: regolamentazione delle terapie delle pazienti in età fertile
- PDS06/2026/ML: monitoraggio del passaggio da ricoveri cod 40 a ricoveri cod 56
- PDS07/2026/ML: approfondimento sul consenso/informazione del paziente per farmaci Off Label.

CONCLUSIONI

Andamento 2020-2025.

	2021	2022	2023	2024	2025
Numero di ricoveri	1337	1396	1305	1.301	1.355
Incident report complessivi dei quali:	177	308	233	186	185
Cadute	122	141	134 -8% su giornate di degenza	106	110
Atti autolesivi	33	53	31 -40% su giornate di degenza	19	18
Atti aggressivi		2	36	29	30
Eventi sentinella	0	0	0	0	0
Infezioni ospedaliere	25 (Covid 19)	20 (Covid 19)	15 (covid 19)	2 (covid 19)	0
Allontanamenti	2	5	2	3	2

Punti critici

Come evidenziato dal documento di valutazione dei rischi aziendali (Rev.: 02), i principali rischi per la sicurezza del paziente nella Casa di Cura Parco dei Tigli si confermano essere le cadute, gli autolesionismi, i tentativi di suicidio; i pericoli dovuti al possibile inserimento nella struttura di sostanze stupefacenti, di farmaci e di oggetti taglienti appaiono controllati efficacemente con le misure organizzative in vigore. È aumentata la sensibilità degli operatori verso gli atti aggressivi dei pazienti, anche solo verbali, a seguito di un corso di formazione: questo ha comportato un sensibile aumento delle segnalazioni.

Punti di forza

La determinazione della Direzione Aziendale nell'affrontare i rischi e la disponibilità e la competenza del personale sanitario, tecnico ed amministrativo, nella ricerca delle soluzioni con approcci integrati (ambiente, procedure organizzative e PDTA clinici) costituiscono i principali punti di forza.

Teolo, 10 maggio 2026

Dott. Roberto Toffanin
DIREZIONE SANITARIA