

Relazione Risk Management Fondazione San Biagio 2025

All'interno del capitolo della "Qualità delle cure" per Risk Management (RM) si intende letteralmente la gestione del rischio, dove rischio vuol dire probabilità di accadimento di tutti quelli eventi che possono comportare perdite o danni sia di natura fisica, economica o d'immagine. Dunque, il RM è un insieme sistemico di metodi, strategie e strumenti che consentono l'identificazione, la valutazione e la riduzione del rischio in ogni attività e processo.

Un'attività di RM efficace si sviluppa in più fasi:

- conoscenza ed analisi dell'errore
- individuazione e correzione delle cause di errore
- analisi di processo
- monitoraggio delle misure messe in atto per la prevenzione dell'errore
- implementazione e sostegno attivo delle soluzioni proposte.

Considerando la nostra realtà lavorativa si può parlare più specificatamente di "clinical risk management". Le tematiche prese in carico riguardano: l'analisi degli eventi/quasi eventi, le cadute, le infezioni correlate all'assistenza (ICA), la gestione dei mezzi di protezione, dei farmaci, della prescrizione terapeutica e la prevenzione dei comportamenti violenti ai danni degli Operatori della Fondazione.

Pianificare un processo di identificazione dei rischi per ogni tematica implica la valutazione dei loro impatti potenziali, l'approntamento delle misure per la prevenzione, la protezione, il controllo delle conseguenze ed il monitoraggio ai fini della riduzione dell'eventuale impatto del rischio stesso sulla qualità dell'assistenza. Tutto questo per prevenire danni agli utenti, ridurre perdite finanziarie, tutelare i professionisti sanitari in modo da rendere un'organizzazione capace di minimizzare le perdite e massimizzare le opportunità.

La realtà di RSA è peculiare in quanto in essa le persone vivono e sono curate, sono quindi sensibili sia agli indicatori di vita sia agli indicatori di cura: praticamente infiniti.

Quasi tutti gli indicatori, presenti in letteratura, si rifanno alla classificazione di Donabedian

- Criteri strutturali
- Criteri di processo
- Criteri di output e di outcome tra cui anche i nursing sensitive outcomes

In generale i due principali obiettivi che il gruppo RM si propone sono di prevedere la riduzione degli eventi negativi: in particolare le cadute, episodi di malpractice. L'aumento degli eventi positivi: miglioramento di indicatori funzionali e clinici negli ospiti, riduzione del numero di lesioni da pressione, appropriatezza dell'utilizzo dei mezzi di protezione.

IL CONTROLLO DEL RISCHIO E DEGLI EVENTI

Il controllo dell'EVENTO potenziale avviene per

- Elusione o eliminazione del rischio attraverso l'eliminazione delle operazioni sottostanti o la sostituzione con operazioni diverse
- Prevenzione quindi adozione di misure finalizzate a ridurre la probabilità del verificarsi dell'evento

Il controllo del DANNO potenziale avviene per

- Protezione ovvero attraverso la messa in atto di condizioni tali da attutire le conseguenze dannose una volta che l'evento si sia verificato

LE UNITA' D'OFFERTA DELLA STRUTTURA

RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (RSA) RESIDENZIALE che offre 30 posti accreditati contrattualizzati. Durante l'anno 2025 sono stati accolti in totale 44 Ospiti.

CENTRO DIURNO INTEGRATO che offre 10 posti accreditati a contratto, nel corso dell'anno 2025 sono hanno afferito al Servizio 20 Ospiti.

Il personale Sanitario e Tecnico che opera in Struttura è composto da:

- 1 Medico Responsabile Dott. Paolo Botrugno
- 2 Medici collaboratori per il servizio di sostituzione/ reperibilità notturna e festiva
- 2 Infermieri a tempo pieno e 3 Infermieri che supportano il servizio Infermieristico per assenze ordinarie e straordinarie
- 1 Coordinatrice Infermieristica
- 18 operatori ASA-OSS, a supporto della RSA residenziale e CDI per la presenza di ospiti che necessitano di assistenza continua in quanto non autosufficienti per la maggior parte delle ADL.
- 5 operatori dei servizi generali (Cucina e Servizi di pulizia/sanificazione)
- 1 Fisioterapista
- 1 Animatore

RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE APERTA

Durante l'anno hanno afferito ____55____ utenti

Il personale Sanitario è composto da:

- Care Manager: Dott. Paolo Botrugno
- N. 2 OSS
- N. 6 Fisioterapisti in libera professione, operativi fino a marzo 2025. Dal mese di aprile 2025: N. 2 FT, di cui uno dipendente full-time ed uno LP.
- N. 1 Educatrice
- N.1 Psicologa in libera professione

SEZIONE DIFFUSIONE CULTURA DEL RISK E INCIDENT REPORTING (IR)

Gli strumenti utilizzati per la valutazione del rischio in fondazione:

- Scheda di Incident Reporting
- La Revisione del Fisas
- Data base contenzioso
- Questionario Customer

Strumenti per l'analisi del rischio

- ROOT CAUSE ANALYSIS per gli IR con codice rosso
- Utilizzo della scala FMEA-FMECA per la mappatura di alcuni processi
- Riunioni del gruppo RM, riunioni d'equipe, briefing

Trattamento del rischio

- Sviluppo e revisione di procedure e protocolli
- Cartella informatizzata
- La valutazione periodica e continua

Confronto dati IR 2025 rispetto anni precedenti

2018	2019	2020	2021
CODICE BIANCO 0	CODICE BIANCO 0	CODICE BIANCO 0	CODICE BIANCO 0
CODICE VERDE 3	CODICE VERDE 6	CODICE VERDE 8	CODICE VERDE 8
CODICEGIALLO 7	CODICE GIALLO 7	CODICE GIALLO 5	CODICE GIALLO 5
CODICE ROSSO 2	CODICE ROSSO 1	CODICE ROSSO 5	CODICE ROSSO 3
TOTALE IR 12	TOTALE IR 14	TOTALE IR 18	TOTALE IR 16
RCA 2	RCA 1	RCA 5	RCA 3

2022	2023	2024	2025
CODICE BIANCO	CODICE BIANCO	CODICE BIANCO	CODICE BIANCO 1
CODICE VERDE 4	CODICE VERDE 4	CODICE VERDE 14	CODICE VERDE 14
CODICE GIALLO 5	CODICE GIALLO 5	CODICE GIALLO 4	CODICE GIALLO 3
CODICE ROSSO 7	CODICE ROSSO 3	CODICE ROSSO 3	CODICE ROSSO 4
TOTALE IR 16	TOTALE I.R. 12	TOTALE I.R. 21	TOTALE I.R. 22
RCA 7	RCA 2	RCA 3	RCA 4

Punti di confronto:

1. Gli utenti inseriti all'interno delle nostre UDO, sia residenziali sia Centro Diurno, presentano decadimento cognitivo ingravescente, alcuni ospiti presentano un punteggio della scala Barthel preservato o con lieve deficit ma con problematiche di agitazione psicomotoria, confusione e wandering importante, altri sono gravemente compromessi con complessità assistenziale elevata.
2. Gli ospiti che hanno interessato l'analisi da parte del gruppo RM, presentano decadimento cognitivo importante, wandering, episodi di agitazione psico-motoria e deliranti, compromettendo la sicurezza per sé e per gli altri utenti.
3. Permangono le azioni correttive intraprese negli anni precedenti (nuova modalità di apertura della porta d'ingresso della Struttura, la più utilizzata per gli allontanamenti anche dagli ospiti del Centro Diurno, l'inserimento di un nuovo allarme alla porta presente in salone). Tutte azioni che indirizzano ad un riadattamento verso un'impostazione da nucleo Alzheimer.
4. Episodi di aggressività verbale da parte di 2 ospiti con patologia psichiatrica della RSA residenziale verso altri ospiti e personale sanitario/assistenziale. 2 episodi di aggressività fisica da parte di un ospite del CDI con decadimento cognitivo grave nei confronti del personale e ospite.
5. Episodi con assegnazione codice rosso dovuti alla presenza di utenti con decadimento cognitivo importante e wandering che hanno poi reso necessario la prescrizione di mezzi di protezione e intervento farmacologico per ridurre e/o evitare danni da cadute, allontanamenti e aggressività.

Le cadute

Nell'anno 2025 si sono verificate complessivamente 10 cadute: 10 episodi riguardanti Ospiti del Nucleo RSA e 0 riguardanti Ospiti del Nucleo CDI.

Agli episodi di caduta a terra di ospiti che non hanno riportato conseguenze e che sono avvenuti per pura causa incidentale, ovvero senza fattori di rischio intrinseci all'Ospite, è stato attribuito un codice **colore verde** (8 episodi per ospiti RSA + 0 episodi per ospiti CDI)

Agli episodi di caduta che non hanno comportato traumatismi/conseguenze ma avvenuti in stato di agitazione/deliri è stato assegnato **il codice giallo** (2 episodio per ospite RSA).

Agli episodi di caduta a terra con conseguenze anche lievi ma si è reso necessaria una analisi del rischio è stato assegnato **il codice rosso** (0 episodi)

Per quanto concerne le azioni correttive si è verificato che non vi fossero cause ambientali predisponenti: le azioni correttive hanno riguardato la rivalutazione terapeutica nei casi di agitazione psico-motoria, la prescrizione di mezzi di protezione. Oltre alla raccolta quantitativa dei dati sulle cadute si è elaborata un'analisi qualitativa delle cadute dove si è previsto gli item: tipologia di ospite, fascia oraria, mezzi di protezione in atto.

Inoltre, in seguito ai report cadute analizzati, si è cercato di individuare quali siano i fattori di rischio per caduta degli ospiti più spesso coinvolti in questi eventi. E' emerso che la deambulazione afinalistica (Wandering), la deambulazione con il fine di cercare continue vie d'uscita associate all'agitazione psico-motoria in ospite affetto da demenza in fase avanzata, rappresenta il maggior fattore di rischio per caduta. Segue in frequenza la scarsa stima del pericolo su base vuoi patologica (per demenza) vuoi caratteriale.

Proseguono gli interventi /esercizi di fisioterapia per il potenziamento muscolare e dell'equilibrio per ridurre le cadute ed in particolare le conseguenze da caduta.

La collaborazione con l'educatore per la pianificazione di attività occupazionali per impiegare il proprio tempo in attività (Doll-therapy, cuscino multisensoriale, piegatura indumenti, musicoterapia, attività di disegno e "Mandala") hanno ridotto gli episodi di il vagabondaggio e agitazione P/M con riduzione degli episodi di caduta accidentale.

<u>Anno 2017</u>	<u>Anno 2018</u>	<u>Anno 2019</u>	<u>Anno 2020</u>	<u>Anno 2021</u>
<u>N cadute 10</u>	<u>N cadute 11</u>	<u>N. Cadute 12</u>	<u>N Cadute 5</u>	<u>N Cadute 9</u>
<u>Anno 2022</u>	<u>Anno 2023</u>	<u>Anno 2024</u>	<u>Anno 2025</u>	
<u>N° cadute 17</u>	<u>N° cadute 11</u>	<u>N° cadute 16</u>	<u>N° cadute 10</u>	

<u>Caduta e data (2025)</u>	<u>Tipologia ospite</u>	<u>Mp in atto</u>	<u>Fascia oraria</u>
<u>1 05.01</u>	<u>Classe Sosia 3</u>	<u>NO</u>	<u>Pomeriggio</u>
<u>2 10.02</u>	<u>Classe Sosia 1</u>	<u>SI</u>	<u>Mattino</u>
<u>3 22.02</u>	<u>Classe Sosia 7</u>	<u>NO</u>	<u>Mattino</u>
<u>4 25.03</u>	<u>Classe Sosia 1</u>	<u>SI</u>	<u>Primo pomeriggio</u>
<u>5 13.04</u>	<u>Classe Sosia 5</u>	<u>NO</u>	<u>Notte</u>
<u>6 28.06</u>	<u>Classe Sosia 3</u>	<u>SI</u>	<u>Pomeriggio</u>
<u>7 26.07</u>	<u>Classe sosia 7</u>	<u>NO</u>	<u>Mattino</u>
<u>8 23.09</u>	<u>Classe Sosia 3</u>	<u>SI</u>	<u>Notte</u>
<u>9 27.09</u>	<u>Classe sosia 5</u>	<u>NO</u>	<u>Mattino</u>
<u>10 07.10</u>	<u>Classe sosia 5</u>	<u>NO</u>	<u>Primo pomeriggio</u>

Le classi S.os.i.a. ottenute sono correlate a 3 indicatori indentificati come specifici di fragilità:

- Indicatore correlato alla mobilità

- Indicatore relativo allo stato cognitivo e al comportamento
- Indicatore della severità della comorbidità

La classe è il risultato della combinazione degli indicatori descritti dove una Classe S.os.i.a. 1-4 descrive una situazione di non autosufficienza della persona assistita mentre una classe S.os.i.a. 5-8 descrive una situazione di parziale non autosufficienza.

La classe S.OS.I.A. comunque non evidenzia la vera complessità dei bisogni globalmente intesi (rete familiare, componente psichiatrica) e non risulta in grado di stabilire in modo oggettivo il livello di complessità assistenziale.

ANALISI MEZZI DI PROTEZIONE

Nel corso dell'anno 2025 sono stati 30 gli Ospiti a cui è stato prescritto l'uso di mezzi di protezione/contenzione, incluse le doppie spondine al letto, sul totale di 44 paziente afferiti a codesta RSA nel corso dei 12 mesi dell'anno. Tutti costoro hanno ricevuto prescrizione per l'uso di doppie sponde al letto; di questi Ospiti 10 hanno utilizzato due dispositivi per più di due ore al giorno (nello specifico cintola pelvica in poltrona o carrozzina, lenzuolo contenitivo, tutone o fascia addominale da letto), mentre 4 sono stati i pazienti che hanno utilizzato tre dispositivi di protezione/contenzione durante l'arco del giorno o della notte (segnatamente cintola pelvica, pigiama o lenzuolo contenitivo). Il posizionamento di mezzi di protezione/contenzione è stato volta per volta valutato dall'equipe multidisciplinare in relazione al rischio caduta, al mantenimento della corretta postura da seduti, agli agiti di lesività auto- o eteroindotti, o alla manomissione dei presidi assorbenti durante la notte.

Dallo studio delle cadute, l'uso delle sponde a letto si è rivelato efficace nel contenere i tentativi di alzata dal letto in autonomia da parte degli ospiti, riducendone il rischio caduta. Il posizionamento del lenzuolo contenitivo, associato all'uso delle doppie spondine, ha evitato episodi di caduta per alzata spontanea dal letto: del totale di 10 cadute avvenute durante l'anno 2025 solo 2 sono stati gli eventi registrati in pazienti con doppie spondine in uso, nessun evento si è verificato in pazienti con doppie sponde e lenzuolo contenitivo. Allo stesso modo anche l'utilizzo della cintola pelvica in poltrona/sedia, come prevedibile, è stato efficace nel ridurre gli episodi di caduta accidentale nei pazienti che ne hanno ricevuto la prescrizione. Solo un evento caduta, su 10 eventi totali, è stato rilevato in pazienti con fascia pelvica posizionata in poltrona.

Stabile, rispetto alle annate precedenti della stessa analisi, l'evidente efficacia del pigiama contenitivo nel ridurre i comportamenti di manomissione dei presidi di assorbenza, in una percentuale calcolata dell'80% dei casi, per 4 casi su 5 pazienti in totale a cui è stato prescritto l'uso del tutone.

WANDERING E ALLONTANAMENTI

Anche nel corso dell'anno 2025 si è verificato un solo episodio di tentativo di allontanamento dalla Struttura, in persona con decadimento cognitivo grave: in particolare una utente che in carico all'UDO RSA con buone abilità motorie ma affette da decadimento cognitivo severo. L'ospite veniva ritrovata nel giardino antistante

la Fondazione, in chiaro stato confusionale, e ricondotta in Struttura. Tutto questo ha comportato una maggiore intensità assistenziale da parte degli operatori. Per migliorare la qualità di vita dell'ospite sono stati coinvolti i familiari nella presa in carico della madre, è stata aggiornata la terapia occupazionale. Quando non è stato evitabile si è dovuto procedere all'utilizzo di mezzi di protezione fisica, sempre garantendo il massimo comfort per l'Ospite.

ANALISI DELLA CATENA DEL FARMACO

Nel corso dell'anno 2025 dalla rivalutazione della scala FMECA (*Failure mode and Criticality Analysis – Analisi dei modi, degli effetti e della criticità dei guasti*), sia per la "catena del farmaco", sia per la gestione dei farmaci stupefacenti, non si sono rilevate criticità.

La possibilità di approvvigionamento di farmaci presso il Banco Farmaceutico, parallelamente alla disponibilità di acquistare farmaci da altre piattaforme (Alliance) oltre a FUTURFARMA (Farmacie Riunite R.E.) ha ridotto il rischio di mancata giacenza dei farmaci, tranne che per i farmaci effettivamente carenti sul mercato. Per i farmaci carenti sul mercato, si è ricorso all'acquisto tramite la farmacia presente nel territorio del nostro Comune regolarmente iscritta tra i ns fornitori.

INFEZIONI OSPEDALIERE E CORRELATE ALL'ASSISTENZA

Si è provveduto all'analisi e alle indagini di frequenza e di prevalenza delle I.O. secondo i criteri di inclusione dello studio halt3 –ECDC.

Gli Ospiti della Residenza con I.C.A. durante l'anno 2025 sono stati 21 (13 donne e 8 uomini). Costoro, nel corso dell'anno, hanno determinato la prescrizione di 36 antibioticot terapie (23 a pazienti donne e 13 a pazienti uomini).

n. 22 persone con infezioni del tratto respiratorio inferiore.

n. 3 persone con infezioni del tratto respiratorio superiore.

n. 10 persone con infezioni delle vie urinarie (IVU): di cui 2 ospiti portatori di catetere vescicale a permanenza, entrambe uomini, di cui uno in fase avanzata di malattia con demenza severa (CDR 4).

- Tra cui: 3 pazienti portatori di CV (a tutti costoro è stata eseguita urocoltura), 7 pazienti NON portatori di CV, di questi 5 pazienti hanno eseguito esame urocolturale.

n. 1 persona con dermoipodermite arto inferiore.

Nel mese di **Novembre 2025**, presa a campione la settimana tra i giorni 24 e 30, eseguito lo studio di prevalenza nella giornata del 26/11/25, non sono stati registrati casi di ICA né sono state impostate tp antibiotiche.

Per tutto l'anno 2025 si sono mantenute e implementate le misure preventive ed i comportamenti atti a limitare il rischio di insorgenza di infezioni:

- Sterilizzazione di tutti gli strumenti utilizzati per la cura delle mani e dei piedi degli ospiti
- Pianificazione della pulizia di carrozzine e sollevatori con apposita griglia di consuntivazione

- Possibilità di sanificazione delle calzature lavorative in struttura.
- Fornitura delle bottiglie d'acqua da 500 ml con cannuccia da mantenere a portata degli ospiti anche sui comodini per favorire/stimolare l'idratazione agli ospiti non disfagici, utilizzo di un addensante con XANTHAN per le persone disfagiche con l'obiettivo di favorire l'apporto idrico correlato ad una possibile diminuzione delle IVU.
- Aggiornamento dell'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale in base alle indicazioni fornite da ATS sulle fasi di attivazione per

Malgrado l'attuazione di tutte le misure preventive messe in atto, il numero dei casi di infezione sono dovuti alla presenza di ospiti sempre più fragili, immunocompromessi, e con pluripatologie.

SURVEY: sicurezza del personale sanitario e sociosanitario del SSR lombardo (L.R. 15/2020)

La Survey è stata condotta su tutte le strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private accreditate richiedendo i dati dell'anno 2024 anno con l'obiettivo di acquisire strumenti di clinical governance attraverso linee guida per la gestione degli agiti aggressivi. Tale rilevazione è avvenuta tramite un questionario rivolto e alle schede di I.R. con segnalazione in diario clinico compilate dal personale bersaglio degli episodi.

Tale indagine ha riportato alla segnalazione di 4 episodi di aggressività ai danni del personale.

In base alla DGR1986/2019 si sono manifestati 4 episodi di aggressione fisica nei confronti del personale, specificatamente operatori OSS. Gli Ospiti in causa risultano tutti affetti da decadimento cognitivo moderato – severo e disturbi del comportamento, già in tp con farmaci antipsicotici. Gli interventi attuati per prevenire ulteriori episodi sono stati di natura educativa, formativa (attraverso colloqui con la paziente da parte del medico di Struttura) ed in secondo luogo farmacologica dopo consulenza collegiale e confronto con il Servizio di Neurochirurgia di Fondazione Poliambulanza di Brescia. A seguito di codesti interventi non si sono più registrati agiti violenti da parte di codesti ospiti, né verso il personale né verso altri codegenti.

VALUTAZIONE DEL RISCHIO MALNUTRIZIONE

Nel corso dell'anno 2025 è stata posta particolare attenzione alla rilevazione, prevenzione e gestione del rischio malnutrizione. Lo stato nutrizionale di un paziente, inteso come la risultante del complesso rapporto tra fabbisogno nutrizionale – introito – utilizzo di nutrienti essenziali, è uno degli indicatori più significativi dello stato di salute soprattutto in età geriatrica. Lo Screening Nutrizionale è uno strumento di valutazione essenziale del rischio malnutrizione. All'interno di codesta RSA: le figure indicate per la somministrazione dello screening nutrizionale sono il Medico e l'infermiere, l'infermiere e il fisioterpista rilevano i parametri biometrici come altezza, BMI, e (ove richiesto) la circonferenza del braccio o della coscia; l'operatore OSS redige il monitoraggio alimentazione-idratazione, rileva il peso corporeo mensilmente, e riporta i risultati nelle apposite griglie presenti nel programma CartellaUtenteWeb.

Il monitoraggio alimentazione-idratazione viene effettuata a tutti i nuovi ingressi per i primi 30 gg di ricovero in RSA. La prima valutazione di screening nutrizionale viene effettuata entro 7 gg dal ricovero, rivalutata al primo PAI: il primo screening nutrizionale, così come tutti i successivi, vengono effettuati tramite SCALA MUST. La rivalutazione periodica dello screening nutrizionale viene effettuata di base ad ogni rinnovo del

PI/PAI in equipe; qualora necessario la valutazione viene ripetuta con cadenza bimestrale. La valutazione del peso viene effettuata mensilmente o ogni 2 settimane, in caso di richiesta del medico.

In relazione al rischio segnalato dallo screening nutrizionale, dai parametri biometrici e da quanto emerge dalla VMD eseguita con Infermiere e Fisioterapista, il medico pone indicazioni di terapia dietetica, comportamentale, farmacologica, gestione dell'eventuale disfagia, o procede alla prescrizione di adeguata integrazione proteico-calorica in relazione al quadro clinico dell'Ospite.

Nel corso dell'anno 2025 le attività di formazione interna tenute dal Medico Responsabile hanno avuto come oggetto la gestione del rischio malnutrizione nell'anziano fragile. A codesta iniziativa formativa hanno partecipato tutti gli operatori OSS della Fondazione ed il personale infermieristico.

RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI PER LA SICUREZZA DELLE CURE

Riguardo le 19 Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza delle cure: in codesta RSA le raccomandazioni N. 1, 8, 12, 13, 17,18,19 trovano applicazione in adeguati protocolli regolarmente rivisiti ogni 3 anni.

Per quanto concerne la raccomandazione n 4. "Prevenzione del suicidio di paziente in Ospedale": in maniera adeguata al setting residenziale, non ospedaliero, il gruppo Risk si accinge alla stesura di apposito protocollo.

Le restanti raccomandazioni ministeriali NON sono risultate appropriate al setting residenziale in questione.

Dott. Paolo Botrugno

Medico Responsabile



		SI	NO
1	Nel 2025, il personale ha partecipato ad attività di formazione e aggiornamento per prevenzione/trattamento delle infezioni?		
2	Viene annualmente promossa l'adesione alla vaccinazione antiinfluenzale tra gli ospiti ?		
3	Viene annualmente promossa l'adesione alla vaccinazione antiinfluenzale tra il personale?		
4	È attivo un sistema di sorveglianza (rilevazione, registrazione e analisi) dell'adesione alle corrette procedure per il lavaggio delle mani?		
5	È attivo un sistema di sorveglianza (rilevazione, registrazione e analisi) delle infezioni?		
6	I risultati sono restituiti al personale medico, infermieristico e di supporto?		
7	Esiste una procedura specifica per la gestione dell'ospite con infezione/colonizzazione da germi resistenti?		
8	Esiste un percorso clinico-assistenziale per il paziente a rischio infettivo?		
9	Sono previste misure di isolamento degli ospiti infetti/colonizzati?		
10	In particolare sono presenti e aggiornati protocolli per:		
11	Gestione dei soggetti portatori di MRSA (Stafilococco aureo meticillino—resistente)		
12	Gestione/prevenzione Infezioni Ospedaliere a trasmissione da contatto (es. Clostridium difficile), aerea e droplet.		
13	Identificazione/trattamento scabbia		
14	Esiste all'interno della vostra struttura un protocollo per diagnosi di infezione sulla base di criteri validati? (criteri di Mcgeer etc.)		

		SI	NO
15	La vostra struttura ha accesso ad un Laboratorio di analisi chimico-clinica che accetti i campioni e restituisca i referti in 24h??		
16	La vostra struttura ha accesso ad un Servizio di Radiologia che effettui esami radiologici nei casi opportuni entro 72h?		
17	La vostra struttura ha accesso ad un Servizio di Radiologia che effettua esami radiologici in più di 72h?		
18	Sono previste procedure di raccolta/conservazione/invio campioni per ricerche microbiologiche?		
19	La vostra struttura ha accesso ad un Laboratorio di Microbiologia che accetta i campioni, nei casi opportuni, e restituisce i referti in 72h		
20	La vostra struttura ha accesso ad un Laboratorio di Microbiologia che accetta i campioni e restituisce i referti in più di 72h		
21	È previsto che il Laboratorio di Microbiologia fornisca:		
	Un'allerta immediata in caso di positività dell'esame con relativo esame batterioscopico e colorazione di Gram?		
22	E' in uso nella vostra struttura una procedura aziendale per il prelievo di campioni biologici (emocolture, urine ect.)?		
23	Avete a disposizione protocolli aziendali di antibioticotераpia empirica?		
23.1	Se SI, nell'ultimo triennio è stato predisposto un programma formativo per la sua diffusione?		
23.2	Ne è stata verificata la ricaduta?		
24	Quali categorie di questi antibiotici avete immediatamente a disposizione nella vostra struttura?		
24.1	Chinolonic		
24.2	Carbapenemici		
24.3	Glicopeptidi		

		SI	NO
24.4	Macrolidi		
24.5	Metronidazolo		
24.6	Cefalosporine IIIa		
25	Quali categorie di questi antibiotici avete a disposizione entro 24h?		
25.1	Chinolonic		
25.2	Carbapenemici		
25.3	Glicopeptidi		
25.4	Macrolidi		
25.5	Metronidazolo		
25.6	Cefalosporine IIIa		
26	È presente un elenco di antibiotici per cui siano previste limitazioni nella prescrizione?		
27	E' disponibile una consulenza specialistica per la gestione di problematiche infettive?		
28	Con che tempistica è abitualmente attivabile la consulenza?		
28.1	24h		
28.2	Più di 24h, meno di 7 giorni		
28.3	Più di 7 giorni		
29	Sono presenti protocolli assistenziali specifici per il trattamento delle:		
29.1	Polmoniti?		
29.2	Infezioni respiratorie?		
30	Sono presenti altri protocolli per il trattamento delle infezioni?		
31	La prescrizione dell'ABT per le IVU avviene sulla base di un antibiogramma?		
32	Sono previsti sistemi di sorveglianza della prescrizione e del consumo di antibiotici?		
33	Viene utilizzato abitualmente lo stick urine per la diagnosi di IVU?		

RSA: FONDAZIONE SAN BIAGIO

% INFEZIONI OSP. IN STRUTTURA = X100 =

TOTALE INFEZ OSP X100 =

TOTALE OSPITI

36 X100 = 82

44



INFEZIONI DELLA CUTE	CELLULITE/INFEZIONE DEI TESSUTI MOLLI/FERITE	1
1	SCABBIA	0
	INFEZ DA HERPES SIMPLEX O ZOOSTER	0
	INFEZIONE FUNGINE	0

INFEZIONI NASO, ORECCHI, BOCCA, OCCHI	CONGIUNTIVITI	0
	ORECCHIE	0
0	SINUSITE	0
	CANDIDA ORALE	0

INFEZIONI GASTROINTESTINALI	GASTROENTERITI	0
	INFEZ DA CLOSTRIDIUM DIFFICILE	0

INFEZIONE DEL SITO CHIRURGICO

MEDIA FASCIA D'ETA' UOMINI CHE HANNO CONTRATTO UN'INFEZIONE =

ANNI

85

MEDIA FASCIA D'ETA' DONNE CHE HANNO CONTRATTO UN'INFEZIONE =

ANNI

88, 33

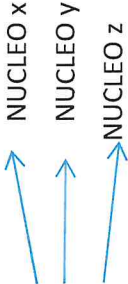
MODA GENERE DI CHI HA CONTRATTO UN'INFEZIONE =

MASCHILE

92

FEMMINILE

83-87-95



100%

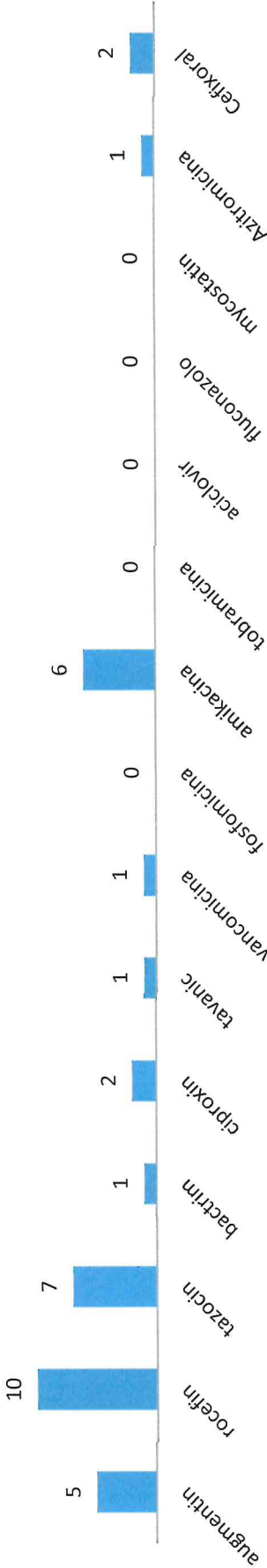
% DI OCCORRENZA NEI NUCLEI

0%

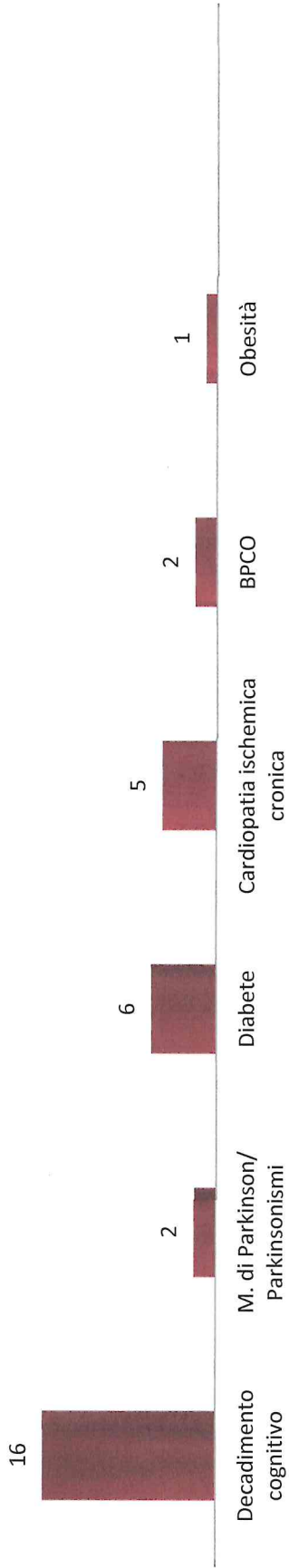
0%

RSA MONONUCLEO

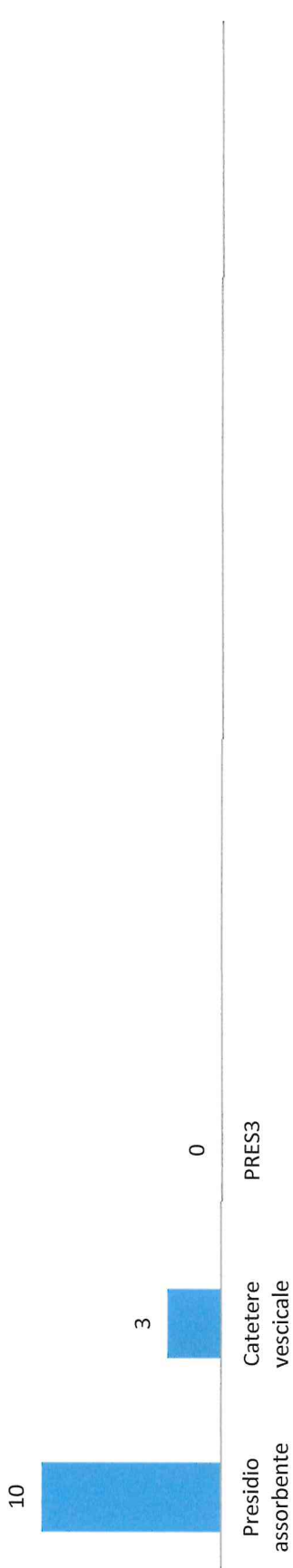
TRATTAMENTI ANTIBIOTICI



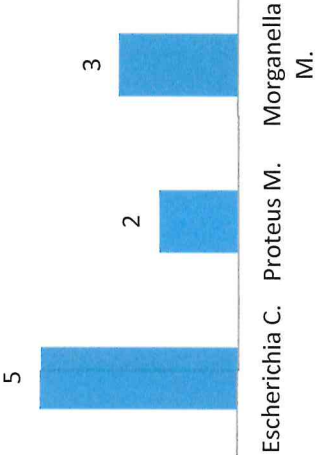
PATOLOGIE PREDISPONENTI



PRESIDI PREDISPONENTI INFEZIONI



PATOGENI ISOLATI



LESIONI DA DECUBITO presenti negli ospiti con inf osp	0%	% con presidi antidecubito =	0%
SEDI DI LESIONI DA DECUBITO	POPLITEA		0%
	SACRO		0%
	TALLONE		0%
	ALTRA SEDE		0%
	PROVENIENTI DALL'INGRESSO		0%