

RELAZIONE ANNUALE SUGLI ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE CURE E ALLE RELATIVE AZIONI DI MIGLIORAMENTO (art .2 comma 5 della legge 8 marzo 2017 n.24) Anno 2021

PREMESSA

La legge 8 marzo 2017, n.24 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie” prevede che le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie predispongano una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all’interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto tali accadimenti e sulle conseguenti iniziative messe in atto. È previsto inoltre che la medesima relazione venga pubblicata nel sito internet della struttura sanitaria e mantenuta aggiornata con cadenza annuale.

Tale previsione richiama anche precedenti indirizzi normativi, come quelli contenuti nella legge 28/12/2015 n. 208 in cui si disponeva che tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivassero un’adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (Risk management), anche per l’effettuazione di percorsi di audit o di altre metodologie finalizzate allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti, con segnalazione anonima del quasi errore e analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari.

Il Decreto Ministeriale di Istituzione dell’Osservatorio nazionale delle buone pratiche della sicurezza in sanità del 29 settembre 2017 chiarisce poi ulteriormente quali sono gli accadimenti di interesse, considerando tutti gli “incidenti” correlati alla sicurezza delle cure, non solo quelli causativi di un danno (eventi avversi), ma anche quelli che non hanno determinato un danno (eventi senza danno) e i rischi (i cosiddetti quasi eventi/near miss: eventi che si sono verificati, che stavano per accadere, ma sono stati intercettati prima del loro verificarsi).

Lo spirito che anima tali dettati normativi è quello di contemperare a tutte le esigenze:

- promuovere la sicurezza delle organizzazioni, garantendo la trasparenza nei confronti dell’assistito anche attraverso la pubblicazione nel proprio sito internet di questa relazione;
- implementare azioni di miglioramento messe in atto dopo l’analisi delle cause degli accadimenti;
- rappresentare l’impegno dell’organizzazione in tema di sicurezza.

L’impegno per la sicurezza passa quindi non soltanto dalla rilevazione degli eventi avversi, ma soprattutto dallo sforzo e dalla propensione alla “misurazione della sicurezza delle cure” e dai continui monitoraggi.

Una questione che viene posta rispetto alla tematica riguarda di fatto l’impegnativo tema dell’individuazione di tutti gli incidenti/accadimenti significativi per la sicurezza delle cure e di tutte quelle informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni che aumentino il livello di sicurezza nelle organizzazioni sanitarie.

Non deve sfuggire infatti che la rilevazione degli eventi viene posta dal legislatore in correlazione con l’analisi degli stessi per individuarne le cause e soprattutto per la predisposizione di iniziative conseguenti finalizzate a evitarne il riaccadimento.

La misurazione della sicurezza del paziente non è tuttavia cosa semplice e richiede accuratezza ed estrema ricercatezza nell’interpretazione dei risultati. Quello che è certo è che non è corretta una misurazione della sicurezza delle organizzazioni sanitarie che si basi esclusivamente sui dati derivanti dall’utilizzo di un solo strumento di rilevazione, fatto che, come è riportato dalla letteratura internazionale e nazionale, può presentare evidenti distorsioni.

Tutti gli studi su questo tema giungono infatti alle medesime conclusioni, efficacemente sintetizzate già nel 2013 da Sun in “ Making Health Care Safer: An updated critical analysis of the evidence for patient safety practices”:

“[.....] i vari metodi sono complementari, e non alternativi, offrendo differenti livelli di informazioni qualitative e quantitative sulla sicurezza delle cure; [.....] le organizzazioni sanitarie dovrebbero utilizzare un ampio portfolio di metodi di rilevazione per identificare i problemi relativi alla sicurezza del paziente e successivamente sintetizzare i dati raccolti in un’immagine sufficientemente esaustiva; [.....] la composizione del portfolio dipenderà dalla

tipologia dei problemi di sicurezza che l'organizzazione ritiene maggiormente rilevanti e dalle risorse disponibili per la gestione del rischio".

Le organizzazioni sanitarie possono già adesso disporre di un ampio insieme di metodi, strumenti e fonti informative per l'identificazione, l'analisi e il monitoraggio di eventi relativi alla sicurezza del paziente e delle cure. Con riferimento all'attuale contesto italiano, si può considerare almeno un set minimo di fonti sulla sicurezza, come nucleo informativo essenziale, che ogni organizzazione sanitaria dovrebbe presidiare; sono fonti informative già esistenti e usualmente utilizzate nelle organizzazioni sanitarie di interesse per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio riconducibili a sistemi di segnalazione attiva (alcuni di questi obbligatori) da parte degli operatori sanitari (incident reporting, farmacovigilanza, vigilanza sui dispositivi medici, emovigilanza) e altri che fanno riferimento a sistemi di segnalazione attiva da parte dei cittadini (ad esempio reclami e sinistri).

C'è comunque da fare un ragionamento generale rispetto alla quantificazione degli eventi avversi. Alla presenza di un aumento di eventi avversi identificati è complesso determinare se questo rifletta un peggioramento nelle performance dell'organizzazione sanitaria relative alla gestione del rischio o un miglioramento nella capacità di rilevare gli eventi. Si fa presente che i sistemi sanitari che investono nel miglioramento della sicurezza dei pazienti possono anche osservare un aumento del numero degli eventi avversi registrati a breve termine.

Questo non deve necessariamente essere interpretato come un deterioramento della qualità della cura, in quanto può essere semplicemente il risultato di una migliore consapevolezza e trasparenza nel sistema. Sono inoltre importanti anche le informazioni relative all'attività svolta nelle aziende per la prevenzione dei rischi e in particolare quelle realizzate, in coerenza con gli indirizzi forniti da Ministero della Salute e Agenas, per la applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali e lo sviluppo delle Pratiche per la Sicurezza del paziente.

La raccolta e rappresentazione di informazioni relative anche alle attività messe in campo per promuovere la sicurezza, fornendo una fotografia anche della parte positiva della sicurezza, contribuisce a dare una visione sistemica del fenomeno, più fedele delle attività svolte nei contesti di cura reali.

L'Ospedale privato Casa di cura Fogliani oltre a utilizzare i monitoraggi obbligatori, si avvale dei monitoraggi che il Sistema Qualità e Sicurezza aziendale, il Comitato per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza, il team di Risk Management, la Direzione Sanitaria e Amministrativa svolgono con continuità.

L'OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO CASA DI CURA PROF. FOGLIANI

La Casa di Cura è una struttura accreditata dalla Regione Emilia Romagna ed eroga prestazioni sanitarie di ricovero e cura in accreditamento e a pagamento.

Le è stata riconosciuta la qualifica di Presidio ospedaliero nel 2018.

Nell'anno 1997 la Direzione della Casa di Cura ha avviato il Progetto Qualità, che ha coinvolto tutti gli operatori in un percorso finalizzato ad accrescere l'orientamento alle esigenze degli utenti, migliorare il livello delle prestazioni e dei servizi offerti, sviluppare le capacità organizzative e gestionali.

L'impegno dedicato al progetto ha consentito di realizzare quegli adeguamenti organizzativi, tecnologici e strutturali necessari ad avviare nel 1999 le procedure per l'Autorizzazione Sanitaria (secondo le nuove normative emanate dalla Regione Emilia Romagna); di implementare nel 2000 un Sistema Qualità rispondente ai requisiti per l'Accreditamento definiti dall'Agenzia Sanitaria Regionale e ai requisiti delle Norme della serie UNI EN ISO 9000. La Casa di Cura è certificata ISO 9001:2015 da ente di certificazione esterno.

Dal 2008 la Direzione è coinvolta nel progetto Risk Management ed ha provveduto ad attivare fonti informative (segnalazioni SIMES, Incident Reporting, SOS.net, SichER, reclami, farmacovigilanza, vigilanza dei dispositivi medici, emosorveglianza oltre a indicatori del Sistema Qualità aziendali di processo e prodotto) finalizzata alla mappatura dei rischi aziendali.

Nel 2009 la Direzione della Casa di Cura ha avviato il Progetto Sicurezza seguendo le direttive della norma OHSAS 18001: 2007. Nel 2019 ha impostato il sistema Sicurezza sulla base della norma ISO 45001:2018 e dal 2020 è certificata ISO 45001 da ente di certificazione esterno.

PRODOTTI E SERVIZI OFFERTI

L'Ospedale privato accreditato Casa di Cura Fogliani eroga servizi sanitari in convenzione con il S.S.N e in regime privato. Ha stipulato convenzioni con le principali assicurazioni.

I servizi offerti riguardano:

- Assistenza Ospedaliera in regime di Ricovero Ordinario e Day Surgery;
- Interventi chirurgici ambulatoriali;
- Prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Per quanto riguarda l'**Assistenza Ospedaliera**, la Casa di Cura è accreditata per 60 posti letto di cui 50 accreditati con il S.S.N. e si articola in quattro Unità Operative:

RAGGRUPPAMENTO DI CHIRURGIA	Unità Operativa Chirurgia Generale
	Unità Operativa Ortopedia
	Unità Operativa Chirurgia Plastica
	Unità Operativa Ginecologia
RIABILITAZIONE	Unità Operativa Riabilitazione Estensiva Post – acuzie

Per quanto riguarda l'**Assistenza Specialistica**, i servizi offerti, sia a Pazienti esterni che a Pazienti ricoverati, sono:

Ortopedia	Ostetricia
Chirurgia generale	Pneumologia
Otorinolaringoiatria	Neurologia
Fisiatria e Fisiocinesiterapia*	Neurochirurgia
Oculistica**	Medicina dello sport
Dermatologia	Chirurgia plastica
Cardiologia	Diagnostica per immagini ***
Ginecologia	Chirurgia vascolare
Urologia	Terapia antalgica
Medicina interna	Endocrinologia
Centro per i disturbi alimentari	Psicoterapia

**IL Presidio di fisioterapia comprende una palestra e una piscina riabilitativa.*

***Si eseguono interventi ambulatoriali per il trattamento della CATARATTA.*

****La diagnostica per immagini comprende:*

-RM da 1,5 tesla che esegue anche esami di neuroradiologia

-TC

-Radiologia tradizionale

-Mammografia

-Ortopantomografia

- MOC (Mineralometria ossea computerizzata)
- Ecografia
- Ecocolordoppler.

L'organizzazione vede coinvolti più di 50 medici e più di 40 tra personale addetto all'assistenza, all'accettazione dei pazienti, al ruolo tecnico.

DATI DI ATTIVITÀ E PRODUZIONE

I dati descrivono l'attività svolta dalla Casa di Cura Fogliani negli ultimi 6 anni.

Dimissioni nel periodo (2013-2021) Fonte: Banca Dati SDO RER						
Regime di ricovero	Dimessi /anno					
	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ambulatoriali	440	356	362	435	627	691
Ric. Ordinario	1334	1536	1098	1125	954	1078
Day Surgery	658	364	390	450	344	400
Totale	1774	1892	1850	2010	1925	2169

Interventi*	2016	2017	2018	2019	2020	2021
	Chirurgia protesica arto inferiore (DRG544)	215	234	231	237	213
Chirurgia della spalla(DRG224)	159	161	149	159	139	143
Protesi di spalla (DRG491)	18	9	16	16	15	18
Chirurgia della mano-polso (DRG229)	208	125	153	184	121	125
Chirurgia del piede (DRG225)	185	184	164	181	118	152

* esclusi ricoveri ambulatoriali

Lungodegenza	2016	2017	2018	2019	2020	2021
	Giornate di lungodegenza	2740	2898	2747	3152	2244
N° pz transitati in lungodegenza	324	336	328	366	308	370
Giornate mediane di lungodegenza	7	8	7	7	7	7,3

Specialistica ambulatoriale	Prestazioni Ambulatoriali (SSN) - erogate nel periodo 2016/2021					
	anno 2016	anno 2017	anno 2018	anno 2019	anno 2020	anno 2021
D11-RX	5.433	5.288	4.863	5.046	3584	5820*
D21-ECOGRAFIA	491	523	564	735	551	647
D22-ECOCOLORDOPPLER	759	671	917	977	977	513
D25-RM	1.417	1.451	1.319	1.320	1320	1554
D29-ALTRA DIAGNOSTICA STRUM.	2.761	3.011	2.035	1.938	1272	1934
D90-ALTRA DIAGNOSTICA	330	305	290	164	48	562
T50-CHIRURGIA AMBULATORIALE	19	481	470	564	667	691
T90-ALTRE PRESTAZ. TERAPEUTICHE	152	480	412	451	424	470
V10-PRIMA VISITA	8.848	9.081	9.303	8.664	6891	9796
V20-VISITA DI CONTROLLO	702	882	961	2.013	1537	213
TOTALE	20.912	22.173	21.134	21.872	17264	22.200

Fonte Banca SDO RER

*COMPRESA TC

LA GESTIONE DEL RISCHIO- IL RISK MANAGEMENT

Nel maggio del 2016 la Direzione Sanitaria ha diffuso "Il Piano aziendale per la gestione del rischio" come suggerito dalle linee di indirizzo della Regione Emilia Romagna.

La gestione del rischio è parte determinante di un'assistenza socio sanitaria di buona qualità. Comprende tutte le azioni utili a evitare, contenere, mitigare, prevenire gli esiti indesiderati o i danni derivanti dai processi assistenziali e lavorativi.

Il governo clinico presuppone che tutti gli attori coinvolti nel processo assistenziale concorrano a sviluppare un *"contesto in cui i servizi sanitari si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e mantengono prestazioni di livello elevato creando un ambiente che favorisce l'espressione dell'eccellenza clinica nel limite delle risorse disponibili"* (A First Class Service, NHS, 1998).

Il governo clinico propone un approccio integrato al problema della qualità dell'assistenza e un sistema metodico di gestione del rischio, per garantire sicurezza delle cure, delle prestazioni, dei servizi, degli ambienti di lavoro.

La sicurezza dei pazienti e degli operatori deve essere continuamente presidiata e le criticità affrontate secondo un approccio multidimensionale. La gestione dei rischi richiede il coinvolgimento di tutti gli operatori che devono essere consapevoli della cultura della prevenzione e della sicurezza percependola come un valore.

La complessità della gestione della sicurezza si esprime sotto diversi aspetti legati all'organizzazione, ai fattori strutturali, ai fattori tecnologici, alle prestazioni e ai servizi offerti, agli utenti che si rivolgono all'azienda.

È importante promuovere interventi informativi e formativi a tutto il personale, formalizzare i processi, preparare procedure, vigilare ed effettuare controlli preventivi che permettano di intervenire in modo proattivo per evitare, nei limiti del possibile, l'insorgenza di condizioni pericolose.

L'applicazione di un modello di approccio integrato alla Gestione del Rischio è già attiva in Casa di Cura dal 2007, descritto nella *Procedura aziendale PA30* nella quale sono elencati i rischi e il loro trattamento, ma richiede comunque continue rivisitazioni al fine di ottenere risultati sempre più soddisfacenti con strumenti sempre più efficaci.

Un programma aziendale di prevenzione del rischio prevede di pianificare gli obiettivi che si vogliono perseguire, elaborare procedure, monitorare e verificare i dati, attivarsi per il miglioramento.

A tal fine occorre:

- 1- indicare una strategia e diffonderla sviluppando in tutti gli operatori la cultura della sicurezza;
- 2- che il personale acquisisca la consapevolezza che l'essere umano, nel momento in cui svolge un'attività, può sbagliare. L'importante è trarne frutto apprendendo dall'esperienza vissuta, condividendola con gli altri operatori e riducendo al massimo la possibilità del ripetersi di un analogo evento avverso. La cultura della segnalazione dell'errore non è punitiva, ma aperta all'apprendimento e al dialogo;
- 3- imparare a conoscere bene e a descrivere la "situazione di partenza", scomponendo i processi che permettono la realizzazione dei prodotti/servizi, evidenziando i rischi, valutando la gravità e la probabilità di accadimento di un errore;
- 4- limitare i rischi basandosi su linee guida, provate pratiche assistenziali, nuove tecnologie, procedure e istruzioni operative, formazione e addestramento del personale;
- 5- coinvolgere il paziente e imparare a considerarlo un alleato per la sicurezza e la prevenzione dei rischi (buona informazione, documentazione clinica completa, ecc.);
- 6- promuovere una concreta e chiara comunicazione tra gli operatori sanitari per condividere le informazioni e le conoscenze e per comprendere le criticità della gestione aziendale;
- 7- imparare tecniche e metodi di analisi dei dati raccolti;
- 8- mettere in atto azioni di miglioramento quando è possibile;
- 9- ripetere le verifiche nel tempo per continuare a portare miglioramenti al sistema di gestione del rischio.

RESPONSABILITÀ E ASSETTO ORGANIZZATIVO DEL RISK MANAGEMENT

Per una corretta gestione del rischio è necessario identificare compiti, figure e responsabilità per ogni funzione aziendale e per ogni persona che svolge attività nell'organizzazione.

La responsabilità complessiva della gestione del rischio è in capo all'Alta Direzione che ha istituito un team in staff alla Direzione Sanitaria che riveste un ruolo preminente in merito alla gestione del rischio, in particolare a quello clinico.

Con specifico riferimento alla gestione del rischio si riportano le responsabilità come da documento aziendale "Organigramma e responsabilità":

-L'Alta Direzione definisce la politica e le strategie aziendali, definisce il sistema di responsabilità dell'organizzazione, pianifica la gestione del rischio attuando con l'aiuto del direttore sanitario e del team preposto la valutazione dei rischi e lo sviluppo e l'applicazione di un sistema di gestione della qualità e della sicurezza. È responsabile della gestione degli impianti tecnologici e della struttura e della loro manutenzione.

-Referente del Team di gestione del rischio: coordina il team di gestione del rischio, dipende direttamente dall'Alta Direzione. E' un facilitatore alla sicurezza, promuove la diffusione della cultura della sicurezza fra gli operatori e favorisce la segnalazione degli eventi avversi. Supervisiona dal punto di vista operativo i processi di gestione dei rischi, organizza e coordina il programma aziendale specifico, verifica che gli addetti preparino i data base con gli indicatori e le segnalazioni di eventi avversi, collabora con il direttore sanitaria e il RGQS alla gestione degli audit clinici e all'analisi degli accadimenti mediante la applicazione di metodologie e tecniche per l'identificazione degli errori e delle soluzioni migliorative.

-Unità di gestione del rischio: è costituito da più figure: il Direttore Sanitario, il Responsabile del servizio di prevenzione e protezione, il Responsabile della gestione dei documenti e Responsabile Ufficio per il pubblico, il Rappresentante della sicurezza dei lavoratori, il Responsabile del coordinamento formazione e programmi, il Responsabile del Sistema Qualità e Sicurezza, le caposala di raggruppamento, il Direttore Amministrativo.

OBIETTIVI DEL RISK MANAGEMENT

1. Rafforzare, sostenere e diffondere una cultura della sicurezza negli operatori sanitari attraverso programmi di formazione dedicati al tema della gestione del rischio quali per esempio la formazione per prevenire le cadute in ospedale;
2. Rafforzare, sostenere, diffondere la cultura dell'errore affinché il personale impari a fare tesoro delle segnalazioni e degli errori condividendoli nell'ottica di un continuo miglioramento;
3. Effettuare un'analisi dei rischi dettagliata valutando i rischi residui dopo la messa in atto di trattamenti e procedura preventive e promuovendo nuove azioni di miglioramento;
4. Promuovere il miglioramento della comunicazione interna e delle relazioni tra operatori e tra operatori e pazienti.

STRUMENTI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO IMPLEMENTATI ALL'INTERNO DELL'ORGANIZZAZIONE

IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO	ANALISI DEL RISCHIO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO	MONITORAGGIO DEL RISCHIO
Incident reporting	Root Cause Analysis	Raccomandazioni e linee guida	Indicatori di processo
Eventi sentinella	FMEA	Implementazione Sistema Qualità	Indicatori di performance
SSCL-SICHER	Audit Clinici	Formazione e addestramento	Audit esterni
Briefing	Audit interni ed esterni	Strumenti di miglioramento	Audit interni
Consegna infermieristica potenziata		Implementazione Sistema di Gestione della Sicurezza	Monitoraggio infortuni
Infezioni correlate all'assistenza		Regolamenti, procedure, istruzioni operative, documenti	Monitoraggi ambientali
Focus Group			
Controllo Cartelle cliniche e Schede di Dimissione Ospedaliera			
Analisi dei reclami e dei contenziosi			
Farmacovigilanza			
Emovigilanza			
DVR			

EPIDEMIA DA COVID 19

Rigorose procedure di prevenzione, controllo e monitoraggio sono attive in struttura dalla comparsa dei primi casi. Il Servizio di prevenzione e protezione e tutto il Risk Management hanno implementato un documento di valutazione del rischio biologico correlato all'improvvisa emergenza legata alla diffusione del virus Sars-CoV-2 causa della malattia Covid 19.

Una relazione continuamente aggiornata sulle misure organizzative attuate per far fronte all'emergenza ci ha aiutato a cercare di migliorare al massimo la nostra efficienza.

La protezione degli operatori sanitari e la sanificazione continua degli ambienti si sono basati sulle indicazioni del Ministero della Salute e del Dipartimento di sanità pubblica della nostra AUSL di riferimento.

Sono stati adottati protocolli comportamentali e un nuovo regolamento per la gestione degli assistiti. È stato controllato e limitato l'accesso degli utenti grazie alla stretta verifica di vigilanti. L'adozione di queste regole, che hanno coinvolto tutte le attività assistenziali, ha contribuito a garantire il più possibile un ambiente protetto.

L'accurata esecuzione a tutti gli operandi e a tutti gli operatori sanitari di tamponi molecolari, la sanificazione effettuata da professionisti certificati, l'acquisizione di dispositivi di protezione individuali idonei e in ultimo la possibilità ad accedere alle vaccinazioni ci hanno permesso lo svolgimento delle attività con buona regolarità.

SPECIFICHE E RISULTATI DI ALCUNI STRUMENTI UTILIZZATI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO

INCIDENT REPORTING

Normativa di riferimento

- DM 2/4/ 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera".
- Legge n. 208 del 28/12/2015.
- DGR 1943/2017 "Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accreditamento delle strutture sanitarie"

L'incident reporting è un sistema di segnalazione che consente agli operatori sanitari di descrivere e comunicare eventi avversi, cioè danni involontari causati all'assistito, e i near miss, cioè i "quasi eventi" dovuti a errori con potenzialità di causare un evento avverso che però non si verifica per effetto del caso o perché intercettato o perché non comporta effetti indesiderati per il paziente (Ministero della Salute, 2007).

La raccolta sistematica degli incident reporting e la loro periodica analisi consente di promuovere la conoscenza di rischi all'interno della struttura sanitaria e di accrescere la consapevolezza degli operatori e la loro attenzione su eventuali criticità. Apprendere dagli errori, individuare i fattori critici che hanno permesso l'accadere di un incidente o di un infortunio, sono il punto di partenza per una riduzione di tali eventi. Attribuire un incidente al solo fattore umano o al solo fattore tecnico, cioè agli ultimi elementi di una catena che in realtà è molto più complessa e articolata, rischia di far perdere di vista le cause che stanno a monte dell'incidente. L'approccio e le logiche d'indagine per accertare cause e responsabilità di un incidente devono far decadere il concetto dell'errore personale e della sola responsabilità individuale. L'azione umana che porta all'incidente si colloca in un contesto di malfunzionamento organizzativo che non deve colpevolizzare l'individuo singolo, ma ricercare nell'incidente l'occasione per individuare i fattori critici latenti di un'organizzazione al fine di migliorarli. La cultura della colpa, in quest'ottica, lascia spazio alla cultura dell'apprendimento organizzativo, volto al miglioramento del sistema aziendale. Lo sviluppo aziendale si deve fondare sulla collaborazione tra ruoli decisionali e operatori professionali, sul coinvolgimento dell'Organizzazione e sulla capacità di valorizzare le distinte competenze, abilità e conoscenze presenti. Ogni membro dell'Organizzazione deve sentirsi valorizzato soprattutto per la sua capacità di comunicare partecipazione ed esperienza, tanto più se maturate attraverso l'accettazione dei propri errori, che devono essere vissuti e percepiti come complicità del lavoro quotidiano, studiati alla stessa stregua di ogni risultato positivo e considerati uno strumento di apprendimento per prevenire omissioni (mancate esecuzioni di trattamenti previsti o necessari), inesattezze delle procedure (tutte le deviazioni rispetto all'adeguata esecuzione di una procedura o di un trattamento) e ritardi (di un trattamento rispetto al momento previsto o rispetto al momento ottimale dell'esecuzione).

Di seguito l'analisi degli Incident Reporting registrati negli ultimi 6 anni.

Monitoraggio Incident Reporting	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Reparto	9	11	5	3	4	8
Blocco operatorio	2	1	1	1	1	1
Totale	11	12	6	4	5	9
% sul totale dei ricoveri	0,62%	0,63%	0,32%	0,19%	0,22%	0,35%

(Fonte: schede di rilevazione incident reporting inviate in regione)

Analisi sulla base della tipologia di evento avverso.					
anno	caduta	errori in terapia	sito chirurgico non marcato	errata documentazione	altro
2016	9 (0.5%)	0	1 (0.06%)	1 (0.06%)	0
2017	11 (0.58%)	0	0	0	1 (0.05%)
2018	5 (0.27%)	0	0	0	1 (0.05%)
2019	3 (0.14%)	0	0	0	1 (0.05%)
2020	4 (0.17%)	0	0	0	1(0.05%)
2021	8 (0,31)	0	0	0	0

Dalla tabella precedente si evince come l'evento avverso maggiormente rappresentato nel corso degli anni sia la caduta. L'organizzazione ha implementato le Linee di indirizzo regionali sulle cadute in ospedale e ha adottato una scheda di valutazione multifattoriale del paziente a rischio, con conseguente diminuzione degli eventi accaduti.

Normativa di riferimento

- Ministero della Salute, "Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie ministeriale", raccomandazione n. 13, novembre 2011;
- Regione Emilia Romagna, "Linee di indirizzo su prevenzione e gestione delle cadute del paziente in ospedale", dicembre 2016.

Le cadute accidentali rappresentano il più comune evento avverso nelle strutture ospedaliere. La Casa di Cura da anni è impegnata nella prevenzione delle cadute mediante formazione del personale, recepimento della Raccomandazione Ministeriale mediante predisposizione di procedure e istruzioni operative e informazione al paziente e caregivers.

Da tempo è prevista una valutazione di tutti gli episodi di caduta segnalati al fine di intraprendere azioni di miglioramento. Dal 2017 partecipa al Progetto di prevenzione delle cadute coordinato dalla Regione Emilia Romagna con lo scopo di definire la buona pratica assistenziale per la prevenzione, la gestione dell'evento caduta e fornire indicazioni per la loro implementazione. Tale progetto tutt'ora in corso prevede formazione a tutto il personale di assistenza sia medico, infermieristico e tecnico. Ciò ha permesso la successiva formazione di facilitatori interni a cui affidare un ruolo attivo nell'implementazione e nel monitoraggio dei nuovi indirizzi regionali sulle cadute in ospedale e la sensibilizzazione dei professionisti.

Già da tempo il personale infermieristico, per ogni ricovero, svolge una valutazione all'ingresso e alla dimissione del paziente; dal 2018 questa valutazione è stata ulteriormente potenziata con la compilazione di una scheda specifica di valutazione del rischio caduta dei pazienti.

Sono inoltre state preparate e sono a disposizione dei pazienti e dei caregivers delle informative per aiutare a prevenire le cadute sia durante il ricovero che al ritorno a domicilio.

COSA FARE PER PREVENIRE LE CADUTE IN OSPEDALE

QUALI PERSONE HANNO MAGGIORE PROBABILITÀ DI CADERE?

Tutti possiamo cadere, ma alcune persone possono andare incontro a cadute più frequentemente.

- Chi ha più di 65 anni.
- Chi è già caduto nell'ultimo anno.
- Chi ha problemi cardiaci o malattie della circolazione o del sangue.
- Chi prende tre o più farmaci o anche farmaci particolari.
- Chi ha subito un'infettiva nelle ultime ore.
- Chi è costretto a letto per diverso tempo.
- Chi ha difficoltà a muoversi.
- Chi ha un equilibrio instabile.
- Chi ha problemi di vista o di udito.

INDICAZIONI E CONSIGLI PER IL PAZIENTE

- Risponda con completezza alle domande poste dal medico o dagli infermieri per la valutazione del rischio caduta.
- Segua le indicazioni fornite dai medici, dagli infermieri, dai fisioterapisti sulle attenzioni da avere nei movimenti.
- Se le viene raccomandata di chiedere aiuto per recarsi in bagno, chiami sempre il personale sanitario, almeno il momento prima di muoversi, in particolare nelle ore notturne.
- Comunichi all'infermiere l'eventuale timore di cadere.
- Comunichi ai medici o agli infermieri eventuali perché di equilibrio o cadute durante il ricovero.
- Utilizzi sempre scarpe comode e chiuse, con suola di gomma antiscivolo e senza tacchi e non cammini in stoffa a piedi nudi o con le calze sciolte.
- Utilizzi un abbigliamento comodo che non intralci i movimenti.
- Quando indicati, utilizzi gli ausili per il cammino (deambulatore, stampelle).
- Se indicati, usi occhiali e protesi acustiche.
- Si accerti che occhiali, protesi acustiche e ausili necessari per muoversi siano facilmente raggiungibili.
- Si accerti che non vi siano ostacoli nel letto o sulla sedia.
- Non assuma farmaci autonomamente: i farmaci possono alterare lo stato psicofisico (vigilanza, pressione, equilibrio). Ogni farmaco deve essere somministrato dal personale infermieristico su prescrizione del medico.

Importante la collaborazione di Pazienti e Familiari

INDICAZIONI E CONSIGLI PER I FAMILIARI

- Attivi il suo familiare a prendere confidenza con la stanza.
- Si accerti che occhiali e protesi acustiche (se non permanentemente sono presenti e facilmente raggiungibili).
- Si accerti che gli ausili utilizzati per camminare (deambulatore, stampelle) siano presenti.
- Si accerti che il suo familiare indossi indumenti comodi e abbia a disposizione calzature antiscivolo.
- Si accerti che non vi siano ostacoli nella stanza che possano intralciare il cammino ed eventualmente avverta il personale.
- Chiedi al personale se e come può aiutare il suo familiare nei movimenti e nella deambulazione.

PRENDERSI CURA DI SÈ

Indicazioni e Consigli utili al suo ritorno a casa

AMBIENTI

- Mantiglioni di sicurezza o un corrimano ben fissato nella doccia o nella vasca da bagno.
- Corrimano fisso ad entrambi i lati delle scale.
- Un tappetino nella doccia per non scivolare.
- Un sedile trasversale per la vasca da bagno.
- Ambienti ben illuminati per evitare cadute.

Per gli operai di pronto d'urto:

- Una sedia stabile con un schienale del sedile fermo e ad un'altezza di 45-50 cm.
- Un rialzo del water se si dispone di un WC basso.
- Un rialzo sulla sedile per non flettere l'anca oltre 150°.

FARMACI

- Attenzione ai farmaci che danno sonnolenza: favoriscono le cadute.
- Eliminare possibili focoli di infezioni (acnesi dentali, otiti, abrasioni cutanee, cateterismo vescicale) con opportuna terapia antibiotica stabilita dal medico di base.
- Non assumere altri farmaci quando si è sotto terapia anticoagulante, informi il medico di base della terapia antibiotica che vi somministrano in modo che vi possa prescrivere farmaci che non creano interferenze.

ALTRE PRECAUZIONI

- Entrare in acqua con l'arto operato dando l'intero appoggio sull'arto non operato.
- Non chinarsi nella vasca per i primi tre mesi.
- Non chinarsi troppo in avanti e non flettere le anche più di un angolo retto (90°).
- Non indossare le gonne.
- Non ruotare i piedi eccessivamente verso l'interno o verso l'esterno.
- Utilizzare un cuscino tra le gambe di notte quando si dorme.

LAVAGGIO DELLE MANI E CURA DELLA FERITA CHIRURGICA

- Di solito i punti sono tutti alla dimissione. È possibile continuare a bendare la ferita per evitare l'irritazione da indumenti o calze elastiche lavandosi sempre le mani prima di toccarla.
- Evitare di immergere la ferita in acqua fino a quando non è completamente chiusa e asciutta.
- Se compaiono alterazioni della cicatrice chirurgica (per esempio arrossamento, gonfiore) contattare con sollecitudine il medico curante in Casa di Cura.

PERICOLI DOMESTICI

- Rimozione di tutti i tappeti, stuoie e ostacoli negli ambienti a sulle scale.
- Non far scivolare i pavimenti.
- Attenzione agli animali domestici.
- Usare bastone, stampelle, girelli, corrimano o aeree opzionali che ausi Ricchi non si sono migliorati Equilibrato, la Resezione e la Forza.
- Non usare ciabatte che favoriscono l'inceppicare, ma scarpe chiuse, basse, ben legate, facili da calzare senza doverci piegare, con soletta di gomma antiscivolo.
- Usare aiuti comodi, morbidi con elastico in vita.

DIETA

- Non aumentare di peso.
- Il medico può consigliare di prendere ferro e integratori vitaminici.
- Continuare a bere molti liquidi.
- Curare di limitare l'assunzione di caffè e alcool.

ATTIVITÀ

- Programma graduale di deambulazione per aumentare lentamente la mobilità, inizialmente in casa e poi fuori.
- Ripetere le altre attività domestiche normali, come sedersi, alzarsi in piedi e salire le scale.

FARMACOVIGILANZA

Normativa di riferimento

- Decreto del Ministero della Salute 30 /04/ 2015 che recepisce le direttive europee sulla Farmacovigilanza (Direttive 2010/84/EU e 2012/26/UE)
- Regolamento UE n.1235/2010 del 15/12/ 2010
- Decreto 27 febbraio 2001 "Disposizioni da applicare in caso di rinvenimento di medicinali con difetti o contenenti corpi estranei".

La Farmacovigilanza è un insieme complesso di attività dirette alla valutazione continua delle informazioni relative alla sicurezza dei farmaci e finalizzate a meglio definire il rapporto rischio/beneficio dei medicinali in commercio. La segnalazione spontanea delle sospette reazioni avverse rappresenta a tutt'oggi il principale sistema che consente l'identificazione precoce delle problematiche di sicurezza nuove o mutate relative ai farmaci, dal quale hanno origine molte delle misure adottate dalle Autorità a tutela della salute pubblica. Si struttura come Rete nazionale che mette in comunicazione l'AIFA, le Regioni, le Aziende sanitarie, gli IRCCS, le industrie farmaceutiche. Tale rete è in collegamento operativo con il network europeo Eudra Vigilance dell'EMA (l'Agenzia europea per i medicinali), che raccoglie in un database europeo i dati forniti a livello nazionale. I Medici e tutti gli altri Operatori Sanitari sono tenuti a segnalare ogni presunta reazione avversa della quale vengano a conoscenza nell'esercizio dell'attività professionale.

L'obiettivo della Casa di Cura è aderire nel modo più efficace possibile ai programmi di valutazione e prevenzione con l'adesione alla "rete di farmacovigilanza" nazionale e regionale e di aumentare nel personale di assistenza l'attenzione in particolare ai farmaci che richiedono un'attenzione particolare nell'uso.

Negli anni 2016-2021 non ci sono state inviate segnalazioni di non conformità per la sicurezza dei farmaci impiegati.

La procedura di segnalazione e le responsabilità sono indicate nella Procedura aziendale "Gestione integrata del rischio", condivisa con tutti gli operatori.

VIGILANZA SUI DISPOSITIVI MEDICI

Normativa di riferimento

- Regolamento dei Dispositivi Medici (UE) n. 754/2017
- D.Lgs. 332/00 "Attuazione della direttiva 98/79/CE relativa ai dispositivi medico diagnostici in vitro
- Circolare del Ministero della Salute 27 luglio 2004 "Vigilanza sugli incidenti con dispositivi medici"
- 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"
- UNI EN ISO 14155:2012 Indagine clinica dei dispositivi medici per soggetti umani – Buona pratica clinica
- Determinazione Direzione Generale Regione Emilia- Romagna n. 13141/2008)
- Linee di indirizzo in materia di vigilanza sui dispositivi medici, sui dispositivi medici impiantabili attivi e sui dispositivi medico-diagnostici in vitro.

Gli operatori sanitari pubblici o privati che nell'esercizio della loro attività rilevano un incidente che coinvolga un dispositivo medico sono tenuti a darne comunicazione al Ministero della salute, con termini e modalità stabilite dalla normativa.

La comunicazione è effettuata direttamente o tramite la struttura sanitaria ove avviene l'incidente segnalato, nel rispetto di eventuali disposizioni regionali che prevedano la presenza di referenti per la vigilanza sui dispositivi medici. La comunicazione deve essere inviata altresì al fabbricante o al suo mandatario, anche per il tramite del fornitore del dispositivo medico.

Fra i compiti in carico all'operatore sanitario vi è anche quello di comunicare al fabbricante o al mandatario ogni altro inconveniente che, pur non integrando le caratteristiche dell'incidente, possa consentire l'adozione delle misure atte a garantire la protezione e la salute dei pazienti e degli utilizzatori. La normativa stabilisce gli obblighi in materia di vigilanza sugli incidenti con dispositivi medici per il fabbricante o suo mandatario, in particolare la comunicazione immediata all'autorità competente di tutti gli incidenti di cui sono venuti a conoscenza e di tutte le azioni correttive di campo che sono state intraprese per scongiurare o ridurre i rischi di decesso o serio peggioramento dello stato di salute associati all'utilizzo di un dispositivo medico.

In capo al fabbricante vi è anche la responsabilità della gestione di tutti gli altri inconvenienti che non integrano le condizioni per essere considerati dei veri e propri incidenti ma che potrebbero richiedere delle idonee azioni correttive.

I dispositivi medici sono gli strumenti destinati a essere impiegati a scopo di diagnosi, prevenzione, controllo, terapia o attenuazione di una malattia, di una ferita o di un handicap. La precoce individuazione del rischio associato all'utilizzo dei dispositivi medici è una strategia necessaria per garantire la sicurezza dei pazienti e degli operatori sanitari.

È pertanto essenziale svolgere un'adeguata informazione/formazione a tutto il personale sanitario coinvolto nella gestione dei dispositivi medici, circa i rischi connessi al loro uso (apparecchiature elettriche, uso scorretto dei dispositivi, dispositivi difettosi).

Poter disporre di tempestive segnalazioni che consentano un'applicazione puntuale delle azioni correttive è fondamentale.

Obiettivi della vigilanza sui DM:

- incrementare la protezione della salute e sicurezza dei pazienti e degli utilizzatori, riducendo la probabilità di incidente e che lo stesso si ripeta in posti diversi in tempi successivi;
- permettere la condivisione delle informazioni (schede tecniche, manuali di istruzione, schede di manutenzione) in modo tale da rendere quanto più tempestiva e omogenea all'applicazione delle azioni preventive e correttive.

Negli anni 2016-2021 in Casa di Cura Fogliani non ci sono state segnalazioni di non conformità sui dispositivi medici impiegati.

La procedura di segnalazioni e le responsabilità sono indicate nella Procedura aziendale "Gestione integrata del rischio", condivisa con tutti gli operatori.

VIGILANZA SUI DISPOSITIVI INDIVIDUALI DI PROTEZIONE

Tutti i DPI in uso in Azienda sono sottoposti a verifica come da procedura aziendale.

Con la comparsa della malattia Covid 19 la necessità di adottare DPI consoni e a norma di Legge è stata molto sentita. Sono aumentati i controlli da parte del Responsabile acquisti e del Servizio di prevenzione protezione sulla conformità dei prodotti procurati con la raccolta delle schede identificative e delle certificazioni.

CHECK LIST PER LA SICUREZZA IN SALA OPERATORIA (SSCL)

Normativa di riferimento

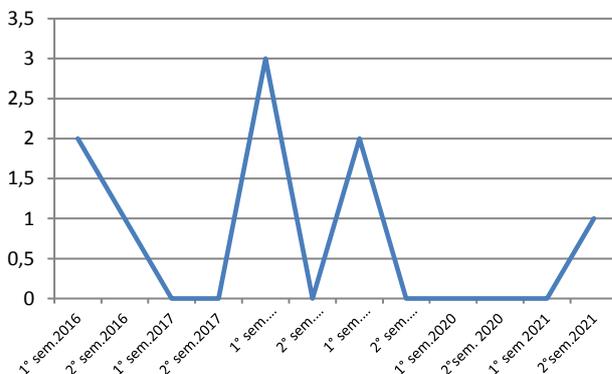
- WHO guidelines for safe surgery:2009, safe surgery safe lives.
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali: “Manuale per la sicurezza in sala operatoria: raccomandazioni e check list”. Ottobre 2009.
- RER, Agenzia sanitaria e sociale regionale: “Raccomandazioni per la sicurezza in sala operatoria”, febbraio 2010..
- Il Piano della Prevenzione 2015 – 2018 della Regione Emilia Romagna.
- 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.
- Circolare regionale n.18/2016 “Specifiche per la gestione della cheek list di Sala Operatoria (SSCL) e infezioni del sito chirurgico (Sicher)”

L’OMS ha sviluppato una check-list (Surgical Safety Check List –SSCL) per la sicurezza in sala operatoria che rappresenta un supporto alle equipe operatorie per la verifica sistematica dell’adesione alle raccomandazioni sulla sicurezza in sala operatoria: ciò al fine di ridurre la mortalità e le complicanze postoperatorie.

L’implementazione informatica della Surgical Safeti check list (SSCL) è stata sviluppata negli anni 2010 (adesione al Progetto Sos.net e sperimentazione) e 2011 (approvazione e implementazione) da un team multidisciplinare composto da un medico di Direzione Sanitaria, un Coordinatore Infermieristico di sala operatoria, due chirurghi, un anestesista, un referente per la gestione dei dati, un referente per la gestione tecnica-ingegneristica che è stato in grado di approntare soluzioni innovative nel rispetto di un principio vincolante per ogni membro dell’Organizzazione sintetizzabile nella seguente espressione “se tu non fai il tuo io non posso fare il mio”. E’ stata implementata una check list totalmente informatizzata che prevede blocchi che interdiscono in ogni fase (Sign In - Time Out– Sign Out) la continuazione del processo operatorio, ovvero la validazione necessaria della fase per il passaggio a quella successiva. E’ inoltre garantita la registrazione del timing, degli item analizzati, la tracciabilità di tutti i dati e la registrazione degli eventi. I controlli effettuati durante la procedura chirurgica permettono, in modo proattivo, di rilevare eventuali non conformità alle buone pratiche. Vengono inviati periodicamente report in Regione.

Numero Non Conformità nel periodo 2016-2021

Fonte: ritorno informativo Progetto SSCL



Progetto SSCL		
anno /	periodo	n° NC registrate
2016	1° semestre	2
	2° semestre	1
2017	1° semestre	0
	2° semestre	0
2018	1° semestre	3
	2° semestre	0
2019	1° semestre	2
	2° semestre	0
2020	1° semestre	0
	2° semestre	0
2021	1° semestre	0
	2° semestre	1

L'indicatore sul numero delle non conformità riscontra negli anni quasi un loro azzeramento.
Il dato conferma la piena condivisione e l'apprezzamento da parte degli operatori della soluzione adottata.

EMOVIGILANZA

Normativa di riferimento

- LEGGE 21 ottobre 2005 n. 219 “Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati”.
- Decreto legislativo 9/11/ 2007 n 207 "Attuazione della direttiva 2005/61/CE
- Decreto Legislativo 20/12/ 2007 n. 261.
- Ministero della Salute 5 marzo 2007 - Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO
- Decreto 0/11/2015 Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti
- Raccomandazioni SIMTI 2008 per il corretto utilizzo degli emocomponenti e dei plasma derivati
- Raccomandazioni per il buon uso del sangue a cura dei Comitati Ospedalieri per il Buon Uso del Sangue
- Raccomandazione Ministeriale N° 5 “Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO”.

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.

Attraverso il sistema informativo nazionale dei servizi trasfusionali (SISTRA) (DM 21 dicembre 2007), strumento informatico fondamentale, è stato possibile realizzare il sistema di emovigilanza, coordinato dal Centro nazionale sangue, che raccoglie le segnalazioni, i dati e le informazioni permettendone una più semplice elaborazione.

Nel SISTRA esiste un'area dedicata all'emovigilanza, suddivisa in:

- sorveglianza epidemiologica dei donatori
- reazioni indesiderate gravi dei donatori
- effetti indesiderati gravi sui riceventi ed errori trasfusionali
- incidenti gravi.

La raccolta di tali informazioni è basata sui modelli di notifica introdotti dalla Direttiva 2005/61/CE, recepita con il decreto legislativo 9 novembre 2007, n 207. Le notifiche sono trasmesse dai servizi trasfusionali all'autorità regionale competente.

Il referente dell'emovigilanza per la Struttura Trasfusionale ha il compito di raccogliere le segnalazioni sia interne che provenienti dalle unità di raccolta e di notificarle alla struttura regionale di coordinamento tramite il sistema informativo regionale se raccordato con il sistema nazionale (SISTRA) o, dove non presente, tramite il sistema nazionale (SISTRA)

La Procedura aziendale specifica prevede azioni e responsabilità di raccolta e trasmissione delle segnalazioni.

BUON USO DEL SANGUE

La trasfusione di emocomponenti è richiesta solo a fronte di appropriate necessità cliniche del paziente.

La responsabilità della terapia trasfusionale è del medico che, prima di procedere alla richiesta, deve:

- informare adeguatamente il paziente della necessità della terapia trasfusionale e che tale procedura può non essere completamente esente da rischio;
- consegnare al paziente la nota informativa;
- ottenere il consenso/dissenso informato scritto del paziente.

La scelta della terapia trasfusionale appropriata è guidata dalle indicazioni riportate nel documento "Raccomandazioni per il Buon Uso del Sangue", emesso dal COBUS, che fanno riferimento a standard di Medicina Trasfusionale e alle Raccomandazioni SIMTI sul corretto utilizzo degli emocomponenti/plasma derivati.

La riduzione dell'uso di sangue omologo nella chirurgia elettiva rappresenta uno dei principali obiettivi della legge 107/90 e dei Piani Sangue e Plasma nazionali e regionali. L'analisi effettuata negli anni riscontra una riduzione della percentuale di trasfusioni di sangue omologo e autologo.

Si riportano i dati.

Monitoraggio "buon uso del sangue"			
Gestione Eritrociti Concentrati (EC)			
anno/periodo	EC (richiesti)	EC (resi)	% EC trasfusi/EC richiesti
2021	431	322	25,5%
2020	365	282	15,3
2019	273	193	29,3
2018	225	138	38,6
2017	238	196	17,6
2016	167	122	26,9

Il risultato può essere attribuito a un'attenta valutazione del rischio emorragico realizzata in sede di valutazione chirurgica e anestesiológica preoperatoria su tutti i pazienti sottoposti a interventi chirurgici maggiori, alla consolidata pratica di recupero postoperatorio delle perdite ematiche (re infusione del sangue), alle tecniche operatorie sempre più rispettose dei tessuti e all'emostasi più accurata. Dal 2016 è stato implementato un protocollo che vede l'utilizzo dell'acido tranexamico negli interventi protesici ortopedici. Il monitoraggio ha evidenziato un notevole risparmio degli EC trasfusi.

RECLAMI – SINISTRI – SODDISFAZIONE DEGLI ASSISTITI

Normativa di riferimento

- Decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29 "Razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego"
- Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 11 ottobre 1994 "Direttiva sui principi per l'istituzione e il funzionamento degli URP" - Legge 7 giugno 2000, n. 150 "Disciplina delle attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni"
- Legge regionale 6 settembre 1993, n. 32 "Norme per la disciplina del procedimento amministrativo e del diritto di accesso", modificata con la Legge regionale 23 dicembre 2016 n. 25 "Disposizioni collegate alla Legge regionale di stabilità per il 2017"
- DGR n. 1706/2009 integrata dalla delibera di Giunta regionale n. 2108 del 21.12.2009: "Individuazione di aree di miglioramento della qualità delle cure e integrazione delle politiche assicurative e di gestione del rischio"
- DGR n. 1349/2012 "Approvazione del progetto di Legge Regionale recante: Norme per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli enti del Servizio Sanitario Regionale".
- DGR n. 1350/2012 di approvazione del "Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile nelle Aziende Sanitarie".
- LR n. 13/2012: "Norme per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli enti del Servizio Sanitario Regionale".
- DGR n. 1061/2016 RER ("Programma regionale gestione diretta dei sinistri").

I reclami, pervenuti sia in formato scritto che via mail, vengono gestiti dalla Direzione Sanitaria e dal responsabile della qualità coinvolgendo, se rivolti agli operatori, il personale coinvolto. Ogni caso viene analizzato e viene predisposta una risposta motivata all'utente, sia attraverso mail o lettera formale, ma anche telefonicamente se necessario.

Per le denunce di sinistro è stata istituita una commissione multi professionale interna costituita sia dalle figure preposte al Risk Management aziendale (medici di direzione sanitaria, responsabile della gestione dei documenti e dell'Ufficio Relazioni con il pubblico, responsabile del Servizio di prevenzione protezione), sia dal Presidente del CDA, dal consulente del Broker assicurativo e/o della Compagnia assicuratrice e dal consulente legale della struttura.

I membri del CVS, in relazione all'entità del sinistro, condividono la gestione dello stesso valutando la fondatezza della richiesta risarcitoria, esprimendo pareri e stabilendo eventuali tesi difensive.

Gli obiettivi del CVS consistono:

- nel vagliare tempestivamente le richieste di risarcimento coinvolgendo tutti i componenti nell'analisi del sinistro al fine di identificare le cause e le responsabilità e quantificare il danno;
- individuare una strategia condivisa di gestione del sinistro;
- definire una sollecita definizione delle pratiche;
- ottimizzare il rapporto tra rischi e premi assicurativi.

Di seguito i dati relativi al periodo 2016-2021.

Monitoraggio contenziosi medico-legali						
anno	2016	2017	2018	2019	2020	2021
n. di esposti e contenziosi medico legali	2	1	2	1	1	1
% sui ricoveri totali	0.11	0.05	0.11	0.05	0.05	0,04
anno	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Reclami scritti assistiti	4	3	6	3	3	0
Reclami verbali	0	2	3	3	3	3

Dati polizza assicurativa:	
AMTRUST ASSICURAZIONI SPA	
Polizza n°	RCH00020000084
Scadenza	09/03/2024
Massimale per sinistro	Euro 5.000000,00

Monitoraggio schede di gradimento

Gli ambiti di valutazione della soddisfazione degli utenti sono quelli di degenza e delle prestazioni specialistiche ambulatoriali. Gli aspetti oggetto di valutazione sono molteplici: aspetti organizzativi, del rapporto con gli operatori, strutturali, ambientali e dei servizi di conforto. La valutazione della qualità è un'azione organizzativa fondamentale, in quanto un giudizio complessivo del servizio offerto può essere dato soltanto dall'Utente. Il punto di vista del cittadino-utente è infatti un criterio basilare per valutare la qualità delle prestazioni offerte e la sua analisi ci consente di verificare il rispetto degli standard, anche in riferimento a quanto dichiarato e pattuito nella Carta dei Servizi. Annualmente vengono analizzati i dati rilevati dal questionario di gradimento e ci si adopera per connettere la qualità percepita alla riorganizzazione dei processi aziendali (processi assistenziali, miglioramento dell'assistenza e dell'accesso) al fine di trarre da tale indagine il maggior numero di indicazioni utili per il miglioramento.

Schede di gradimento: % di giudizi positivi.

	2016	2017
Inf. Ricevute da Uff.Acc/Pren.	99,21%	100%
Inf. su organizzazione reparto	99,21%	100%
Accoglienza	99,21%	100%
Infermieri :		
disponibilità a fornire informazioni	99,21%	99,00%
comprensibilità delle informazioni	98,43%	100%
gentilezza	99,21%	99,00%
prontezza di risposta alle esigenze dei pazienti	98,43%	99,00%
Medici :		
disponibilità a fornire informazioni	100%	100%
comprensibilità informazioni	100%	100%
prontezza di risposta alle esigenze dei pazienti.	100%	98,00%
gentilezza	100%	99,00%
Terapisti riabilitazione:		
gentilezza	99,21%	95,00%
attenzione alle esigenze dei Pazienti	100%	95,00%
Ambiente e comfort	96,86%	98,00%
Igiene e pulizia	99,21%	97,00%
Qualità pasti	95,30%	97,00%
Rispetto riservatezza	97,64%	99,00%
Informazioni trattamento dolore	99,21%	98,00%
Giudizio su terapia antalgica	99,21%	98,00%

Nell'anno 2018 la scheda di monitoraggio è stata semplificata per favorirne la compilazione da parte degli assistiti e migliorata graficamente	2018	2019	2020	2021
1. giudizio sulle informazioni ricevute dall'Ufficio Accettazione	100%	100%	100%	99,3%
2. valutazione su gentilezza, prontezza e disponibilità a fornire informazioni da parte degli infermieri	100%	100%	99,2%	99,3%
3. valutazione su gentilezza, prontezza e disponibilità a fornire informazioni da parte dei medici	100%	100%	100%	99%
4. valutazione su gentilezza, prontezza e attenzione alle esigenze del paziente da parte dei fisioterapisti	99,25%	100%	100%	100%
5. giudizio sulla qualità pasti	99,25%	99%	98,5%	99%
6. giudizio sulla qualità delle pulizie e il comfort	97,75%	100%	100%	100%
7. giudizio in merito terapia antidolorifica ricevuta	100%	99,5%	100%	100%

PROGETTO SICH_{ER} (SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO)

Normativa di riferimento

-Linee guida Flusso SICH_{ER} sorveglianza del sito chirurgico 21/11/2016 Regione Emilia Romagna.

Le infezioni del sito chirurgico (ISC), tra le principali infezioni correlate all'assistenza, rappresentano una delle complicanze più frequenti in chirurgia e si associano a un aumento significativo della durata di degenza, dei costi e della mortalità.

Vi sono numerosi studi che dimostrano come sia possibile ridurre il rischio di ISC, attraverso l'adozione di programmi di intervento che includano la sorveglianza continuativa e il feed-back periodico dei dati.

Per questi motivi nel 2005 l'Agenzia Sanitaria della Regione Emilia-Romagna ha avviato un progetto per lo sviluppo di un sistema di sorveglianza permanente delle infezioni del sito chirurgico (SICH_{ER}).

Obiettivi di questo sistema di sorveglianza sono:

- ridurre la frequenza delle infezioni del sito chirurgico;
- adottare criteri standardizzati per la diagnosi di infezione;
- rilevare informazioni utili a calcolare i tassi di infezione tenendo conto del volume di attività di ogni specifica Unità Operativa, del rischio intrinseco del paziente e del rischio legato al tipo di intervento chirurgico;
- permettere agli ospedali partecipanti di confrontare i propri dati di incidenza delle infezioni al fine di migliorare le pratiche assistenziali.

Il progetto si basa sul protocollo europeo di Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (HAI-SSI), definito e aggiornato dall'ECDC (European Centre for Diseases Prevention and Control), che utilizza la classificazione delle procedure in categorie di intervento proposta dall'NHSN (National Healthcare Safety Network) statunitense. Tali categorie raggruppano le procedure chirurgiche clinicamente simili rendendo possibili confronti omogenei.

In Casa di Cura il sistema di sorveglianza regionale delle ISC è stato inserito nella piattaforma di governo clinico aziendale.

Sono stati coinvolti i medici dell'Unità di Ortopedia e di Chirurgia. La definizione di "Infezione del Sito chirurgico" prevede che venga considerata correlata alla procedura chirurgica qualsiasi infezione che insorga entro 30 giorni dall'intervento, o entro 90 giorni se è stato utilizzato materiale protesico.

Gli interventi monitorati come da indicazioni regionali sono quelli afferenti alle categorie di intervento NHSN: interventi protesici di anca, spalla, ginocchio, caviglia, interventi di mastoplastica.

La sorveglianza inizia il giorno di esecuzione dell'intervento chirurgico e procede con i successivi controlli ambulatoriali per tutto il follow-up.

L'organizzazione aderisce al progetto dal 2018.

Anno 2018	segnalazioni
1° semestre	1
2° semestre	0

Anno 2019	segnalazioni
1° semestre	0
2° semestre	0

Anno 2020	segnalazioni
1° semestre	0
2° semestre	1

Anno 2021	segnalazioni
1° semestre	0
2° semestre	2

RACCOMANDAZIONI PER LA SICUREZZA DELLE CURE

Normativa di riferimento

- Ministero della Salute, Raccomandazioni per la sicurezza delle cure num.1-17.
- Regione Emilia Romagna, raccomandazioni regionali per la sicurezza delle cure num.1-4

Nell'ambito delle metodologie e degli strumenti del Governo Clinico e con l'obiettivo di "aumentare la consapevolezza del potenziale pericolo di alcuni eventi, indicando le azioni da intraprendere per prevenire gli eventi avversi" il Ministero della Salute ha diffuso le "Raccomandazioni" per la prevenzione di eventi sentinella. Risultano a oggi pubblicate 18 Raccomandazioni e il Ministero in collaborazione con AGENAS, realizza annualmente il monitoraggio dello stato di implementazione.

Il monitoraggio è basato su di un questionario di autovalutazione del livello di implementazione di ciascuna raccomandazione e della check-list per la sicurezza in sala operatoria (SSCL), supportato da 17 griglie, costruite sui contenuti delle relative raccomandazioni, da considerarsi guide funzionali all'implementazione stessa. Poiché la conoscenza dei fenomeni è alla base della gestione del miglioramento, le finalità del monitoraggio sono essenzialmente conoscitive e di supporto, in accordo al ciclo di miglioramento continuo della qualità e della sicurezza.

La Casa di Cura ha provveduto all'invio del monitoraggio AGENAS mediante la compilazione dello specifico questionario entro i termini previsti ed anche inserendo la documentazione che attesta l'implementazione a livello aziendale di procedure e istruzioni operative inerenti le Raccomandazioni Ministeriali.

Tutte le Raccomandazioni applicabili nella struttura sono state recepite, è stata implementata la documentazione rispondente ai criteri definiti a livello nazionale o regionale ed è stata diffusa nelle singole unità operative.

In particolare sono state redatte e revisionate nel corso degli anni le procedure aziendali inerenti le seguenti Raccomandazioni:

19	Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide
18	Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli
17	Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica
13	Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie
12	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"
11	Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
10	Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati
9	Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali
8	Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari
7	Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
5	Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO
4	Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale
3	Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura
2	Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico
1	Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio

Negli anni 2016-2021 in struttura non sono stati segnalati eventi sentinella.

PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

COMITATO PER IL CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ex CIO)

Normativa di riferimento

- Circolare Ministeriale n. 52/85 ed è normato dalla Circolare ministeriale 8/1988.
- DGR 318/2013: Linee di indirizzo alle aziende per la gestione del rischio infettivo; infezioni correlate all'assistenza e uso responsabile degli antibiotici. Regione Emilia Romagna.

La prevenzione delle ICA (infezioni correlate all'assistenza) deve essere considerata un obiettivo, una responsabilità specifica di ciascun operatore della sanità, da chi ha responsabilità di gestione dell'Azienda, a chi opera nei servizi, a chi è coinvolto direttamente nell'assistenza, in collaborazione con il paziente, i familiari e altri caregiver. Obiettivo primario di un programma di controllo del rischio infettivo è assicurare che siano adottate da tutti gli operatori le pratiche d'assistenza che si sono dimostrate efficaci di ridurre il rischio infettivo.

Il Comitato infezioni ospedaliere della Casa di Cura è impegnato a promuovere il miglioramento delle pratiche cliniche e assistenziali per la prevenzione e il controllo delle infezioni effettuando un'adeguata attività di sorveglianza e di contrasto, anche nell'ambito dell'antibioticoresistenza.

La struttura ha assunto le seguenti misure finalizzate alla prevenzione del rischio:

- adozione di misure di sorveglianza e prevenzione delle infezioni respiratorie, delle infezioni HIV, delle malattie infettive
- verifica dello stato vaccinale del personale e sorveglianza sanitaria;
- adesione al Sistema di segnalazione rapida "Alert" per la segnalazione di epidemie ed eventi sentinella;
- istruzioni operative e procedure aziendali per l'adozione delle precauzioni standard e di buone pratiche assistenziali
- adozione di protocolli e linee guida nazionali;
- monitoraggio delle infezioni e delle complicanze chirurgiche postoperatorie;
- monitoraggi per la ricerca della Legionella;
- monitoraggi per verificare le condizioni igienico sanitarie nelle degenze e nei locali tecnici;
- monitoraggio continuo dell'adesione ai protocolli antibiotici e del consumo degli antibiotici.

Sebbene i numeri annuali relativi alle infezioni chirurgiche postoperatorie (inserite all'interno di un contesto di monitoraggio più vasto di complicanze chirurgiche postoperatorie) non siano rilevanti rispetto al numero di interventi, l'andamento negli ultimi anni è rappresentato nella tabella sottostante.

Monitoraggio complicanze chirurgiche (percentuale su totale ricoveri) distribuite per U.O.								
Numero di complicanze e percentuale / tot. ricoveri *100				performance Unità operative				
anno	n° di complicanze chirurgiche rilevate	n° totale ricoveri / anno	Percentuale di Complicanze chirurgiche	Ortopedia	Riabilitazione	Chirurgia plastica	Chirurgia generale	Ginecologia
2016	11	1774	0,62	9	1	1	0	0
2017	9	1892	0,47	6	3	0	0	0
2018	6	1850	0,32	5	0	1	0	0
2019	6	2010	0,29	6	0	0	0	0
2020	6	2250	0,22	4	2	0	0	0
2021	3	2543	0,39	9	0	1	0	0

Le infezioni restano sempre sotto lo standard regionale definito dell'1-2%.

POLITICA AZIENDALE PER LA SICUREZZA SUL LAVORO

Normativa di riferimento

- D.Lgs. 81/2008.
- Sistema di gestione della sicurezza e della salute dei lavoratori norma UNI EN ISO 45001:2018.

La protezione della salute e la salvaguardia della sicurezza sul luogo di lavoro costituiscono un obiettivo prioritario e strategico dell'Alta direzione, perseguito a tutela di tutti coloro che sono presenti in Casa di Cura.

La Politica Aziendale è continuamente adattata alle necessità dei soggetti interessati. L'Alta direzione attua un costante miglioramento della sicurezza attraverso la pianificazione di obiettivi annualmente stabiliti e verificati, incluse le seguenti attività:

- mantenimento e sviluppo di un Sistema di Gestione della Sicurezza in ambiente di lavoro secondo la norma UNI EN 45001 certificata da ente di certificazione esterno
- informazione sui rischi associati alle attività svolte, sui rischi di interferenza e sull'organizzazione preposta alla gestione della sicurezza e dell'emergenza;
- mantenimento di ambienti adeguati al corretto, sicuro e agevole svolgimento delle attività;
- verifica costante delle responsabilità e dei livelli di autonomia assegnati da parte della Direzione;
- verifica, acquisizione e sviluppo di competenze professionali
- formazione continua
- integrazione del Sistema UNI EN ISO 45001:2018 con il Sistema Qualità UNI EN ISO 9001:2015.

Di seguito viene rappresentata l'incidenza degli infortuni nel periodo 2016-2021

anno	n. totale di infortuni
2016	1
2017	1
2018	0
2019	1
2020	1
2021	2

ALCUNI INDICATORI DELL'UNITA' DI RIABILITAZIONE ESTENSIVA POST ACUZIE E LUNGODEGENZA

Recupero dell'autonomia funzionale

L'analisi del monitoraggio del recupero funzionale nei dimessi dal reparto di riabilitazione ha mostrato un recupero dell'autonomia funzionale e il raggiungimento degli obiettivi terapeutici impostati nel PRI nel 99% dei casi trattati (media dei valori annui 2013-2020), mantenendosi al di sopra dello standard da noi fissato pari al 95%.

Caratteristiche	Indicatore	Standard	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Raggiungimento obiettivo terapeutico	N° di pazienti che alla dimissione raggiungono l'obiettivo prefissato/N° tot pazienti dimessi*100	95%	99	100	98,4	100	99,2	99,3

Lesioni da decubito:

Caratteristiche	Indicatore	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Lesioni da decubito	N° di pazienti che alla dimissione presentano lesioni da decubito/N° tot pazienti dimessi*100	0	0,4	1,8	0,3	0,4	0,9%

La classificazione delle lesioni da decubito adottata è la NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel).

Alla dimissione le lesioni da decubito si presentavano tutte di 1° grado.

La Casa di Cura partecipa al nuovo Progetto regionale di prevenzione e monitoraggio delle lesioni da pressione.

FORMAZIONE CONTINUA

Normativa di riferimento

- Dossier Formativo 13/03/2018
- D.G. 1332/2011 Accredimento della Funzione di Governo Aziendale della Formazione Continua Approvazione dei Requisiti. Integrazioni alla D.G.R. N. 327/2004 e modifiche alla DGR N.1648/2009.
- Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano 02/02/2017
- Delibera in tema di Dossier Formativo 20/12/2016
- Delibera per i "Criteri per l'assegnazione dei crediti alle attività ECM" 15/12/2016
- Delibera crediti obbligo formativo per triennio 2017- 2019 15/12/2016
- Delibera CNFC 7 luglio 2016 in tema di acquisizione crediti per tutti i professionisti sanitari in maniera flessibile 05/08/2016
- Determina della Commissione Nazionale per la Formazione Continua 23/06/2011
- D.P.C.M. 26 /07/ 2010
- Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano 05/11/2009

La formazione è diventata un elemento di sempre maggiore rilevanza per conseguire il successo nelle imprese. Le risorse umane sono senza dubbio lo strumento dotato di maggiore influenza per lo sviluppo aziendale e una buona formazione permette, attraverso lo sviluppo personale e professionale dei singoli, che si apportino migliorie in tutta l'organizzazione. È evidente che, in qualsiasi ambiente lavorativo, per operare in maniera coesa ed efficiente, è necessario essere compatti e far sì che tutte le figure professionali sentano di prendere parte a un progetto comune.

Le attività formative incrementano la creatività, lo spirito d'iniziativa, la capacità di trovare soluzioni condivise, e migliorano la consapevolezza circa il significato e l'importanza del ruolo ricoperto in azienda. La formazione aziendale assolve un compito indispensabile, in termini di utilità e beneficio, con due direttive: per l'operatore perché si sente valorizzato e rilevante per l'andamento della struttura e per l'azienda perché in questo modo il dipendente lavorerà con maggiore impegno e motivazione. È quindi fondamentale pianificare la formazione affinché sia utile per la realtà lavorativa e a persona per i singoli professionisti, cioè la formazione deve possibilmente essere capace di conciliare gli obiettivi dell'organizzazione con il progetto personale di ciascun collaboratore.

L'Organizzazione deve saper elaborare ogni segnale proveniente dall'ambiente, considerare le proprie esperienze e generare nuove conoscenze e innovazioni. Per facilitare il compito di verifica delle conoscenze acquisite dal personale sono stati predisposti dossier formativi individuali per tutti gli operatori d'assistenza con raccolta anche dei crediti ECM.

I principali contenuti della formazione (interna ed esterna) realizzata negli anni hanno avuto per oggetto:

- lo sviluppo del governo clinico-assistenziale nelle organizzazioni sanitarie (strutturazione dei percorsi diagnostici- clinici-assistenziali);
- l'applicazione dell'Evidence based Practice in ambito sanitario e l'approccio EBM con riferimento ai processi di analisi decisionale nella gestione clinica dell'utente;
- formazione sulla Sicurezza nell' ambiente di lavoro;
- formazione obbligatoria e aggiornamenti secondo il D.Lgs 81/2008 e l'Accordo Stato-Regioni (formazione RLS, RSPP, preposti, nuovi assunti, lavoratori, dirigenti);
- corsi BLSD;
- corsi per la squadra antincendio;
- corsi per il front office;
- gestione integrata del rischio;
- linee guida e legislazione sanitaria;
- cadute e loro prevenzione;
- rischio tromboembolico;
- corsi di chirurgia ortopedica;
- dimissioni protette;
- emergenza-urgenza;
- radioprotezione;
- antibioticoterapia.

A seguito della richiesta di accreditamento della “Funzione di Governo Aziendale della Formazione Continua” la struttura ha cercato di mantenere i requisiti stabiliti e di sviluppare alcune iniziative in grado di agevolare il processo di formazione aziendale.

È stata introdotta con soddisfazione la gestione informatizzata del Dossier Formativo con il duplice scopo di facilitare il suo costante aggiornamento da parte degli operatori sanitari (medici, infermieri e tecnici) e semplificare l’espletamento delle necessarie attività di verifica, controllo e monitoraggio dei suoi contenuti da parte della Direzione Sanitaria e delle altre responsabilità coinvolte nella gestione della valutazione della formazione.

Annualmente viene eseguita la valutazione della formazione e viene stilato un Rapporto annuale di formazione. La valutazione della formazione prevede un’analisi completa e multidimensionale dell’attività degli operatori sulla base dei seguenti dati:

- performance organizzativa, clinico-assistenziale e scientifico-didattica
- ottemperamento dell’obbligo ECM triennale
- valutazione delle presenze ai corsi formativi interni
- tipologia, complessità e complicanze della casistica chirurgica
- formazione specifica in materia di sicurezza
- autovalutazione e valutazione del personale
che ci confermano un livello buono-ottimo del personale.

Negli anni 2020 e 2021 è stata fortemente implementata la formazione sul campo riguardante la gestione dell’epidemia da Covid 19 con una riorganizzazione completa della struttura, un addestramento riguardante i DPI e l’adozione di nuove procedure ed istruzioni operative.

CONCLUSIONI

L'analisi dei dati della struttura indica una soddisfacente gestione del rischio.

Le segnalazioni di Non conformità sono un numero esiguo rispetto al numero dei ricoveri.

Lo sforzo in cui l'azienda è impegnata e ripone tutte le proprie energie è di continuare a sviluppare la cultura della qualità e della sicurezza anche attraverso il coinvolgimento attivo delle persone assistite, dei loro familiari, dei caregiver e di tutti i professionisti della salute.

L'approntare una continua analisi dei rischi e un continuo monitoraggio, l'attuare le azioni di miglioramento per prevenire eventi avversi, valutare i reclami, gestire i sinistri sono un impegno ben espresso nella Politica della Casa di Cura e nel Piano delle strategie e degli obiettivi aziendali.

L'attenta definizione delle responsabilità e dei compiti, così come la formazione continua e il buon addestramento sono strumenti vincenti.

La struttura si è adeguata a quanto previsto dal Regolamento Europeo 679/2016 in materia di tutela della privacy e in merito alla gestione informatizzata del Dossier Sanitario Elettronico come da indicazioni delle Linee Guida del Garante.

Nel corso del 2020 la Casa di Cura è stata certificata da ente certificatore esterno per il sistema integrato qualità e sicurezza secondo le norme ISO 9001 e 45001.

La presenza del team aziendale di Risk Management permette che si lavori in sinergia grazie all'organizzazione di briefing interni e alla partecipazione a incontri formativi.

La pandemia da Covid 19 ha richiesto uno sforzo aggiunto all'organizzazione con la pianificazione di interventi di prevenzione atti a garantire ai nostri assistiti e ai nostri operatori ambienti sicuri e protetti.

La continua acquisizione e l'aggiornamento delle attrezzature di diagnostica, non ultimo una RM di 1,5 tesla nel Servizio di Diagnostica per immagini e la collaborazione sempre più ampia di tanti validi professionisti indicano la grande attenzione della struttura a offrire una medicina sicura e di qualità.

Il Direttore Sanitario

Modena, 30/03/2022