



PIANO PROGRAMMA SICUREZZA DELLE CURE 2025

Rev 0
30/05/2025

Pag 1 / 29

1.	CONTESTO ORGANIZZATIVO.....	2
2.	DATI DI PRODUZIONE	5
3.	LA GESTIONE DEL RISCHIO	7
3.1	ASSETTO ORGANIZZATIVO.....	7
3.2	ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO	8
	INCIDENT REPORTING (<i>eventi avversi ed eventi sentinella</i>) E SEGNALAZIONI DI NON CONFORMITÀ	9
	MONITORAGGIO CADUTE.....	12
	MONITORAGGIO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA) E DELLE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO (ISC).....	14
	PIANO DI INTERVENTO SULL'IGIENE DELLE MANI	16
	PREVENZIONE LEGIONELLOSI	17
	EMOVIGILANZA	18
	FARMACOVIGILANZA	19
	DISPOSITIVOVIGILANZA.....	21
	CHECK LIST DI SALA OPERATORIA SSCL	23
	RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI	24
	ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI	26
	SODDISFAZIONE DELL'UTENZA E GESTIONE DEI RECLAMI E DEI SINISTRI	28



1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

La Casa di Cura Montanari si trova a Morciano di Romagna (RN). Nata nel 1913 per opera del Prof. Ernesto Montanari, chirurgo; è oggi la più antica Casa di Cura dell'Emilia – Romagna.

Da sempre svolge funzione di Ospedale civile come era intendimento del suo fondatore “... *venire incontro agli effettivi bisogni della popolazione di Morciano e di tutti i numerosi comuni limitrofi sprovvisti di Ospedali*”

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

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

La Casa di Cura Montanari ha una struttura articolata su quattro piani e così distribuita:

- **Piano Seminterrato:** Attività di Diagnostica per immagini, sono infatti qui locate la TC (64 strati) e la Risonanza Magnetica (1,5 T) e le attività di servizio della struttura;
- **Piano Terreno:** sono qui ubicati gli ingressi di accoglienza e i servizi per l'accettazione amministrativa per le prestazioni ambulatoriali e per i pazienti in ricovero, vi si trovano inoltre alcuni ambulatori specialistici, il Servizio di Diagnostica per immagini per Radiologia e Ecografia, il Laboratorio Analisi con i Punto Prelievi ed infine gli Uffici di: Direzione Sanitaria, Acquisti, Ricoveri e pre-ricoveri;
- **Piano Primo:** si trova il Blocco Operatorio con tre sale chirurgiche, si trova qui inoltre la U.O. di Medicina Generale con annessi i 30 posti letto dedicati;
- **Piano Secondo:** si trova la U.O. di Chirurgia con annessi i 50 posti letto, di cui 30 accreditati e 20 autorizzati, suddivisi in letti per Chirurgia Generale, Oculistica, Ortopedia, Otorinolaringoiatria e Urologia, sono inoltre qui ubicati i 5 letti della Day Surgery Multidisciplinare;
- **Piano Terzo:** si trovano il Servizio di Endoscopia, il Presidio Ambulatoriale di Medicina Fisica e Riabilitazione, con i box di terapia fisica e la palestra, 2 ambulatori Chirurgici, alcuni ambulatori medici, l'Ufficio tecnico ed il Servizio IT

Nel mese di luglio 2016, è stato stipulato un contratto di rete con l'OPA Sol et Salus S.P.A. al fine di realizzare una rete di imprese denominata “Rete della Salute”. Gli obiettivi fondanti erano: l'aggregazione delle dotazioni di posti letto per il raggiungimento della soglia minima necessaria per l'accreditamento (DM 70/2015) e la creazione di una alleanza cooperativa in grado di ampliare le potenzialità, di generare valore per gli utenti, tramite il confronto sistematico dei professionisti e la integrazione di competenze e risorse complementari.

Nel 2017 è stato inaugurato il Poliambulatorio “G. Montanari”, situato accanto alla Casa di Cura, presso il quale sono presenti ambulatori dedicati alla Oculistica, Neurologia, Ginecologia, Dermatologia, Endocrinologia; nella stessa struttura sono presenti anche gli uffici amministrativi.

Nel 2024 è stato autorizzato a Rimini in Largo Imerio Bertuzzi, un Centro di diagnostica per immagini “Magnetica” con una risonanza magnetica a basso campo (Esaote 0.4T) ed un ambulatorio ecografico.



La Casa di Cura Montanari ha istituito, in conformità alla Norma ISO 9001, un Sistema di Gestione Qualità ed è impegnata in un percorso di miglioramento continuo finalizzato al conseguimento di obiettivi di qualità di livello sempre più elevato.

Per poter raggiungere gli obiettivi, la Casa di Cura si impegna a:

- informare il paziente, anche tramite la Carta dei Servizi, sulle caratteristiche della struttura sanitaria, sulle prestazioni dalla stessa erogate, sulle modalità di accesso e sulle relative competenze, in modo da consentire una scelta consapevole;
- mettere in primo piano la dimensione umana del paziente, ponendo particolare attenzione ai risvolti psicologici connessi con la sua condizione di salute durante la sua permanenza nella Casa di Cura;
- aggiornare continuamente il proprio modo di soddisfare le esigenze dell'utenza, attraverso lo studio degli indicatori di processo, dei reclami e dei questionari di soddisfazione;
- garantire la selezione di fornitori qualificati e monitorarne le prestazioni attraverso opportuni controlli per garantire un livello di qualità sempre adeguato.
- garantire che il percorso diagnostico terapeutico per il paziente comporti il minor rischio possibile, assicurando l'erogazione delle prestazioni in ambienti adeguati, confortevoli e sicuri e promuovendo
 - la formazione continua del personale;
 - l'utilizzo di protocolli terapeutici validati;
 - l'utilizzo di strumenti ed attrezzature all'avanguardia e sottoposti ai controlli di sicurezza necessari
 - l'implementazione di audit specifici volti a garantire il minor rischio clinico possibile per il paziente.

Al fine di implementare misure di sicurezza delle cure per i pazienti e ridurre i fattori di rischio, sono state definite apposite procedure che regolamentano le attività di diagnosi e cura.

Particolare rilevanza meritano:

1. Utilizzo check-list per la sicurezza in sala operatoria
2. Gestione informatizzata del registro operatorio e della terapia farmacologica
3. Gestione informatizzata della cartella clinica attuata nella UO di Medicina e nella UO di Chirurgia solo parzialmente, in quanto nel corso del 2025, è previsto il completamento di alcuni moduli relativi alle attività del blocco operatorio.
4. Collegamento diretto delle apparecchiature di Laboratorio Analisi con il sistema informatico (LIS)
5. Collegamento delle attrezzature di diagnostica radiologica con il sistema informatico (PACS – RIS)
6. Gestione in qualità, sicurezza e affidabilità di tutte le apparecchiature e strumentazioni biomediche (verifiche periodiche di funzionalità, taratura, sicurezza, efficienza) e regolare manutenzione ordinaria
7. Tracciabilità della sterilizzazione
8. Attuazione dei prescritti controlli di qualità sulla sterilizzazione (Bowie Dick, Fisico e Batteriologico)
9. Utilizzo, quasi esclusivo, di presidi monouso
10. Verifiche periodiche dell'impianto elettrico



PIANO PROGRAMMA SICUREZZA DELLE CURE 2025

Rev 0
30/05/2025

Pag 4 / 29

11. Prove funzionali delle apparecchiature vitali nonché dei gruppi di continuità ed elettrogeno
12. Monitoraggio microbiologico dell'acqua
13. Monitoraggio periodico delle sale operatorie:
 - ambientale e microbiologico
 - degli alogenati
 - centralizzato dei parametri



2. DATI DI PRODUZIONE

Gli indicatori delle due aree di degenza, medica e chirurgica, vengono rappresentati utilizzando la prospettiva multidimensionale che prevede il riferimento a diverse dimensioni di analisi/valutazione: dimensione della produzione e della appropriatezza, dimensione dell'efficienza (corretto utilizzo delle risorse disponibili), dimensione della qualità e del rischio clinico e dimensione della comunicazione e soddisfazione dell'utenza.

Il momento della discussione collegiale con gli operatori per l'analisi del trend, dei risultati conseguiti e delle criticità costituisce il presupposto per realizzare un coinvolgimento allargato all'interno dell'organizzazione superando le asimmetrie informative in modo da poter intervenire tempestivamente in caso di discrepanza tra pianificazione strategica e risultati conseguiti nell'ambito di un contesto di responsabilizzazione degli operatori interessati.

Periodo di riferimento: gennaio / dicembre 2024 - **AREA MEDICA**

AREA DELLA PRODUZIONE VOLUMI E APPROPRIATEZZA	2024	2023	2022	2021
N° ricoverati acuti	464	463	508	470
N° ricoveri AUSL Rimini	293	269	309	307
N° ricoveri da altre AUSL	171	194	199	163
N° ricoverati in Medicina 1	216	204	219	247
Gg Medicina 1 (budget 4889)	4970	4791	4621	4430
N° ricoveri da PS (budget 130)	274	246	259	301
Degenza media U.O. medicina tot	16.21	15.70	11.11	11.06
Medicina acuti	11.44	10.32	6.8	7.45
Medicina 1(lungodegenza)	23.01	23.49	21.1	17.9
Ricoveri per acuti extra-trim point	27/464 5.8%	23/463 4.9 %	13/508 2.5	16/470 3.4%
Indice di occupazione p.l. Medicina	96.57	83.42	127.67	96.03
Indice di occupazione p.l. Medicina 1	97.26	93.76	90.43	86.7

L'analisi dei dati di attività dell'area medica evidenzia un numero indicativamente invariato dei ricoveri per acuti, prevalentemente afferenti da AUSL Rimini, e rispetto all'anno precedente è di nuovo in crescita il numero di pazienti della nostra provincia e al contempo in diminuzione il numero dei pazienti provenienti da altre AUSL. Si è infatti passati da 269 ricoveri provenienti dagli ospedali della Provincia di Rimini del 2023 a 293 ricoveri del 2024.

La degenza media complessiva si sta progressivamente alzando negli ultimi, così come i ricoveri extra trim-point passati dal 4.9 % del 2023, al 5.8% del 2024. In questo caso è opportuno precisare che 14 posti letto sono dedicati a pazienti inviati dal COT (ricoveri ex lungodegenza, ora Medicina 1) e pertanto sia il loro ingresso che la maggior parte delle dimissioni dipendono da tale organismo e dalla disponibilità di posti in strutture socio-sanitarie di destinazione. La nostra struttura viene spesso utilizzata anche come Hospice per i pazienti del territorio.

I dati evidenziano, inoltre, il buon funzionamento della rete di collegamento tra presidio ospedaliero e territorio a garanzia della continuità delle cure per i pazienti ricoverati in Medicina 1. In particolare, si segnala il notevole incremento dei pazienti dimessi con ricorso all'ADI e la riduzione dei decessi. Per quanto riguarda la rilevazione del dolore in cartella clinica (entità e tipo) viene effettuata e risulta documentabile nel 100% dei casi



PIANO PROGRAMMA SICUREZZA DELLE CURE 2025

Rev 0
30/05/2025

Pag 6 / 29

Periodo di riferimento: gennaio / dicembre 2024 -**AREA CHIRURGICA**

AREA DELLA PRODUZIONE - VOLUMI E APPROPRIATEZZA		2024	2023	2022	2021
Chirurgia polispecialistica					
Casi ricoverati		5405	4933	4447	4178
Ricoverati da altre regioni		4958	4354	3909	3574
Day surgery					
Totale day surgery		2480	2122	1739	1522
Chirurgia ambulatoriale					
Totale chirurgia ambulatoriale		3017	2687	2115	2039
Anestesia					
Tipologia tecniche anestesiologiche	Generale	738	840 11.6%	939 15.4%	1047 17.9%
	Spinale	2449	2352 32.6%	2182 35.7%	1766 30.2%
	Locale (LR)	4624	4006 55.6%	3135 51.4%	3039 51.9%

Vi è coerenza tra produzione e mandato di committenza. Esaminando volumi e tipologie di prestazioni si possono desumere le seguenti osservazioni. Data la vocazione chirurgica della Casa di Cura, i dati riferiti ai volumi di attività per disciplina e bacino di utenza e gli indicatori di appropriatezza costituiscono gli elementi traccianti che ci consentono di valutare il posizionamento ed il grado di attrazione della clinica e della coerenza delle modalità di erogazione rispetto alle indicazioni nazionali e regionali e ai bisogni dell'utenza.

I dati di produzione evidenziano un costante aumento dell'attività chirurgica complessiva, passando da 4933 ricoveri nel 2023 a 5405 nel 2024.

L'analisi dei primi 5 DRGS per disciplina conferma i dati degli ultimi anni con una casistica che si concentra principalmente sulle discipline di ortopedia (continua il progressivo incremento delle protesi) e Chirurgia Generale con specifico riferimento alla chirurgia bariatrica. In tali ambiti operativi si concentra inoltre la casistica di maggior complessità. A seguire troviamo la casistica operatoria di ORL ed Urologia.

Le complicanze degli interventi chirurgici si sono ridotte progressivamente rispetto agli anni precedenti passando allo 0.13% del 2024 (0.42% nel 2022, 0.18% nel 2023); il numero di pazienti trasferiti ad ospedali con reparti per acuti è progressivamente diminuito passando dallo 0,08% allo 0.02%.

L'attività chirurgica erogata in regime di **day surgery** ha subito un progressivo incremento, passando da 2122 nel 2023, a 2480 nel 2024.

Anche le prestazioni di **chirurgia ambulatoriale**, il cui trasferimento dal regime di day surgery iniziato negli anni passati è ormai consolidato, continuano ad avere un trend positivo, passando da 2687 nel 2023, a 3017 nel 2024.

Per quanto riguarda le prestazioni chirurgiche rivolte ad "outpatients", si conferma l'attrattiva della clinica nei confronti di pazienti provenienti dall'ambito regionale ma, soprattutto, da quello extraregionale, infatti sui 5405 pazienti ricoverati in chirurgia, ben 4958, pari al 91.7% (nel 2023 erano pari all'88%), provenivano da altre regioni.

I lunghi tempi di attesa legati alla numerosità dei pazienti in lista per gli interventi chirurgici presso gli ospedali della AUSL, possono orientare ancora una volta circa ipotesi di possibile ampliamento dell'offerta a fronte di un aumento del budget consentito dalla Regione anche in attuazione della collaborazione richiesta ai Privati nell'ambito del progetto Sigla.



3. LA GESTIONE DEL RISCHIO

Il rischio clinico è la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè subisca un qualsiasi *“danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte”* (Kohn, IOM 1999).

La gestione del rischio, o “Risk management”, interessa tutte le aree coinvolte nel processo clinico assistenziale del paziente; non si basa sulla ricerca della responsabilità individuale, ma sulla ricerca delle cause organizzative che hanno portato all’evento.

È ormai consolidato in ambienti di Risk Management che, se è vero che “errare è umano”, è altresì vero che la Direzione deve mettere in atto tutte quelle azioni che possano costituire vere e proprie barriere per impedire che l’errore arrivi a provocare un danno al paziente. Questo tipo di azioni vengono prima analizzate attraverso un’analisi di tipo reattivo e proattivo. Vengono successivamente messe in atto soluzioni come: definizione di nuove procedure, cambiamenti organizzativi, migliore e più adeguata formazione del personale, impiego di attrezzature di lavoro e ambienti più funzionali e sicuri rispetto ai compiti da svolgere.

3.1 ASSETTO ORGANIZZATIVO

Il Sistema per la gestione del rischio è parte integrante del sistema organizzativo aziendale e trova riscontro nei diversi documenti nati con il modello di accreditamento e via via revisionati per riuscire ad integrare in un unico modello le diverse esigenze organizzative della CdC Montanari.

Le funzioni introdotte e richiamate dai documenti aziendali sono essenzialmente il Risk Manager e l’organo collegiale nominato dall’anno 2020 “Comitato Rischio Clinico” (CRC) con funzioni di prevenzione, controllo e gestione dei rischi aziendali.

Il CRC è composto dal Risk Manager, dal Direttore Sanitario, dal RGQ, dai coordinatori infermieristici e un medico per ogni U.O. di degenza, da un anestesista, dai Responsabili dei servizi di Radiodiagnostica e Laboratorio Analisi.

Scopo del CRC è quello di rappresentare un punto di riferimento unitario essenziale per una gestione integrata del rischio. Fra i principali compiti del CRC si evidenziano:

- Monitoraggio integrato dello stato del rischio;
- Analisi di report periodici per valutare l’efficacia delle attuali azioni di contenimento;
- Gestione eventi avversi e near miss secondo le metodiche più appropriate
- Audit comportamentali periodici a tutti i livelli organizzativi
- Approvazione di documenti aziendali opportunamente e periodicamente revisionati
- Valutazione della qualità della documentazione clinica
- Valutazione del fabbisogno formativo in tema di sicurezza delle cure
- Organizzazione di corsi di formazione orientati ai bisogni formativi in tema di sicurezza delle cure
- Alimentazione flussi informativi regionali e nazionali

La CdC Montanari conduce un continuo monitoraggio normativo al fine di individuare e ottemperare tempestivamente a nuovi adempimenti emessi da livelli sovraordinati (AUSL e Assessorato alla salute)

La realizzazione del PPSC riconosce sempre almeno due specifiche responsabilità:



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

Di seguito la matrice delle responsabilità del PPSC di Ospedale privato accreditato Prof. E. Montanari

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	RM/DS	DG	DO	RGQ	CRC
POLITICA E STRATEGIE	C	R-A	C	C	C
REDAZIONE PPSC	R	C	C	C	C
ADOZIONE DEL PPSC	RI	C	C		C
MONITORAGGIO DEL PPSC	R	C	C	C	C
ANALISI E VALUTAZIONI	C	R-A	C	C	C

LEGENDA: **RM/DS** = Risk Manager/Direttore Sanitario; **DG** = Direttore Generale; **DO**= Direttore Operativo; **RGQ** = Responsabile Sistema di Gestione della Qualità; **CRC** = Comitato aziendale per la gestione del rischio clinico **R** = Responsabile, **I** = Interessato; **C** = Coinvolto; **A** = Approva/Valida

Il PPSC dell'Ospedale privato accreditato Prof. E. Montanari viene verificato dal Risk Manager armonizzato con le linee di indirizzo della Direzione Generale

3.2 ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO

Il Sistema per la gestione del rischio prevede una serie di flussi informativi ritenuti utili e necessari per l'identificazione, l'analisi e il monitoraggio di eventi avversi e near miss correlati alla sicurezza delle cure.

Le principali fonti attivate sono:

1. Incident Reporting e segnalazione di non conformità;
2. Dispositivo di vigilanza
3. Farmacovigilanza;
4. Valutazione proattiva dei processi
5. Emovigilanza;
6. Analisi Reclami e Sinistri;
7. Monitoraggio implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali;

Ulteriori metodi/strumenti sono rappresentati:

- Monitoraggio cadute;
- Check list di sala operatoria SSCL;
- Monitoraggio Infezioni Correlate all'Assistenza e Patogeni sentinella- Monitoraggio Infezioni del Sito Chirurgico (SICHER)
- Safety walk-around
- Monitoraggio lesioni da pressione;
- Prevenzione legionellosi



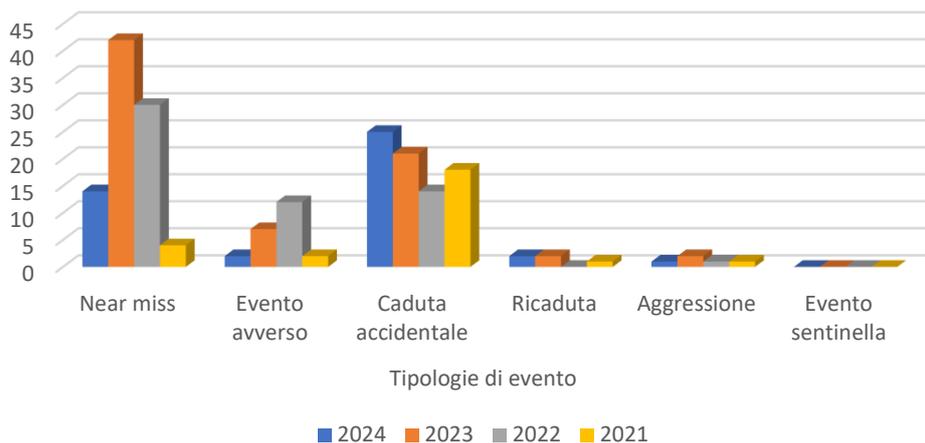
RISULTATI 2024 e PROGRAMMA 2025

Tipologia	INCIDENT REPORTING (eventi avversi ed eventi sentinella) E SEGNALAZIONI DI NON CONFORMITÀ
Letteratura/ Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> ● DGR 1943/2017 “Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell’accreditamento delle strutture sanitarie (6° Criterio – Appropriatelyzza clinica e sicurezza) ● Legge di Stabilità 2016 (Legge n. 208 del 28 dicembre 2015, art. 1 comma 539) ● DM 19 dicembre 2022 - Piano annuale delle emergenze sanitarie e Piano annuale per la riduzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA). ● 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 ● L. 28 dicembre 2015, n. 208 - Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano dispongono che tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management) ● Cinotti R, Basini V, Di Denia P. Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie. Collana Dossier n. 86, Agenzia sanitaria e sociale regionale dell’Emilia-Romagna, 2003 ● Ministero della Salute – Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella – 2009 ● DGR 884/2013 – 6 criterio, requisito 6.2, promozione della sicurezza e gestione dei rischi, le regioni e le pubbliche amministrazioni, all’interno dei propri sistemi di autorizzazione/accreditamento, verificano la corrispondenza al requisito sopra indicato tramite: l’esistenza di un piano aziendale per la gestione del rischio, orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente, che comprenda anche la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all’assistenza e contempli ruoli, responsabilità, risorse impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione.
Responsabile Referente del processo	E’ responsabile il Risk Manager ed è presente il Comitato Rischio Clinico (CRC) con funzioni di prevenzione, controllo e gestione dei rischi aziendali.
Descrizione dello strumento /flusso informativo	<p>L’Incident Reporting è la modalità strutturata di raccolta delle segnalazioni degli eventi avversi e dei “quasi eventi” (near miss) ed eventi sentinella allo scopo di fornire una base di analisi e la predisposizione di strategie e azioni correttive e di miglioramento per prevenirne il riaccadimento futuro.</p> <p>L’OPA Prof. E. Montanari, da alcuni anni si è dotata di uno specifico applicativo del sistema informatico denominato TaleteWeb (SW-TW), per la gestione del Rischio Clinico, del sistema Qualità, della formazione, della gestione delle apparecchiature, della gestione del personale.</p> <p>Le segnalazioni di Incident Reporting possono essere fatte dal personale sanitario di tutti i reparti, utilizzando form elettronici nativi del sistema SW-TW. I key users dell’Ospedale privato accreditato Prof. E. Montanari sono stati formati all’utilizzo del software.</p>

Le schede vengono prese in carico dal Risk Manager. In sede di Comitato Rischio Clinico si procede ad un'indagine approfondita a seconda della gravità e delle implicazioni di rischio dell'accadimento e si attuano o programmano le adeguate azioni di miglioramento al fine di evitare il ripetersi dell'evento. I casi vengono analizzati utilizzando strumenti di indagine appropriati indicati dagli indirizzi ministeriali e dalla letteratura.

Nel 2024 sono pervenute segnalazioni come da tabella e nel grafico sotto riportati

	Tipologie di evento					
	Near miss	Evento avverso	Caduta accidentale	Ricaduta	Aggressione	Evento sentinella
2024	14	2	25	2	1	0
2023	42	7	21	2	2	0
2022	30	12	14	0	1	0
2021	4	2	18	1	1	0



Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento

La piattaforma TaleteWeb dispone di una procedura interna di business intelligence (B.I.) che consente l'elaborazione dei dati e la produzione di un sistema di reporting utilissimo per l'analisi e la valutazione delle aree critiche e dei fattori causali degli errori. Ovviamente la popolazione non è tale da trarre indicazioni statisticamente significative. Nel seguito si riportano le tabelle estrapolate dal sistema ritenute più rappresentative al fine di un'analisi reattiva. Il sistema di B.I. di TaleteWeb è in grado di incrociare i dati secondo le necessità di analisi. Per quanto riguarda i dati relative alle lesioni da pressione, non sono riportati su Talete, ma monitorate a parte. Negli anni precedenti mostravano un trend di miglioramento, purtroppo quest'anno invece evidenziano un incremento legato alla tipologia dei pazienti. Per tale motivo si sono cambiati alcuni letti nella U.O. di Medicina e si sta valutando la possibilità di cambiarne altri.



PIANO PROGRAMMA SICUREZZA DELLE CURE 2025

Rev 0
30/05/2025

Pag 11 / 29

Tabella– Segnalazioni di I.R. per unità operativa totali																																																																		
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;"></th> <th style="width: 12.5%; text-align: center;">2021</th> <th style="width: 12.5%; text-align: center;">2022</th> <th style="width: 12.5%; text-align: center;">2023</th> <th style="width: 12.5%; text-align: center;">2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ambulatori</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>Blocco Operatorio</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">14</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td>Chirurgia Polispecialistica</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">28</td> <td style="text-align: center;">19</td> </tr> <tr> <td>Day Surgery</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>Diagnostica per immagini</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>Laboratorio Analisi</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>Medicina Generale/Medicina 1</td> <td style="text-align: center;">17</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">25</td> <td style="text-align: center;">19</td> </tr> <tr> <td>Oculistica</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>Pre Ricoveri</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>Radiodiagnostica RX</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>Terapia Fisica</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>Totale</td> <td style="text-align: center;">24</td> <td style="text-align: center;">15</td> <td style="text-align: center;">74</td> <td style="text-align: center;">44</td> </tr> </tbody> </table>		2021	2022	2023	2024	Ambulatori	0	1	3	1	Blocco Operatorio	2	6	14	5	Chirurgia Polispecialistica	3	2	28	19	Day Surgery	0	0	0	0	Diagnostica per immagini	0	0	4	0	Laboratorio Analisi	0	0	0	0	Medicina Generale/Medicina 1	17	6	25	19	Oculistica	1	0	0	0	Pre Ricoveri	0	0	0	0	Radiodiagnostica RX	0	0	0	0	Terapia Fisica	1	0	0	0	Totale	24	15	74	44
	2021	2022	2023	2024																																																														
Ambulatori	0	1	3	1																																																														
Blocco Operatorio	2	6	14	5																																																														
Chirurgia Polispecialistica	3	2	28	19																																																														
Day Surgery	0	0	0	0																																																														
Diagnostica per immagini	0	0	4	0																																																														
Laboratorio Analisi	0	0	0	0																																																														
Medicina Generale/Medicina 1	17	6	25	19																																																														
Oculistica	1	0	0	0																																																														
Pre Ricoveri	0	0	0	0																																																														
Radiodiagnostica RX	0	0	0	0																																																														
Terapia Fisica	1	0	0	0																																																														
Totale	24	15	74	44																																																														
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	<p>L'attività della struttura si è focalizzata sull'aumento della compliance rispetto all'importanza delle segnalazioni di Incident Reporting da parte del personale sanitario e sulla valutazione puntuale dei casi segnalati da parte del Comitato Rischio Clinico per poter dare una risposta rapida ed efficace che permetta di gestire al meglio la sicurezza del paziente ed un feedback agli stessi operatori.</p>																																																																	
Valutazione risultati e prospettive future	<p>Nei primi mesi del 2024 sono continuati incontri formativi con il personale per il corretto utilizzo del SW Talete e la corretta segnalazione con gli I.R.</p> <p>Dal 2024 ed anche per il 2025 sono state programmate riunioni mensili del CRC per:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitoraggio integrato dello stato del rischio; • Analisi di report periodici per valutare l'efficacia delle attuali azioni di contenimento; • Gestione eventi avversi e near miss secondo le metodiche più appropriate • Audit comportamentali periodici a tutti i livelli organizzativi • Approvazione di documenti aziendali opportunamente e periodicamente revisionati • Valutazione della qualità della documentazione clinica • Proposta di corsi di formazione orientati ai bisogni formativi in tema di sicurezza delle cure • Verifica della corretta alimentazione dei flussi informativi regionali e nazionali <p>Si attua l'applicazione del protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella (luglio 2024) con segnalazione mediante la piattaforma SIMES come da indicazioni regionali; è prevista per il 2025 l'implementazione dell'applicativo SegnalER. Per il 2025 sono programmati dei momenti di valutazione del rischio (incontri, safety walk around, audit crociati) nell'ottica di un programma congiunto con la struttura con cui siamo in Rete (Sol et Salus)</p>																																																																	

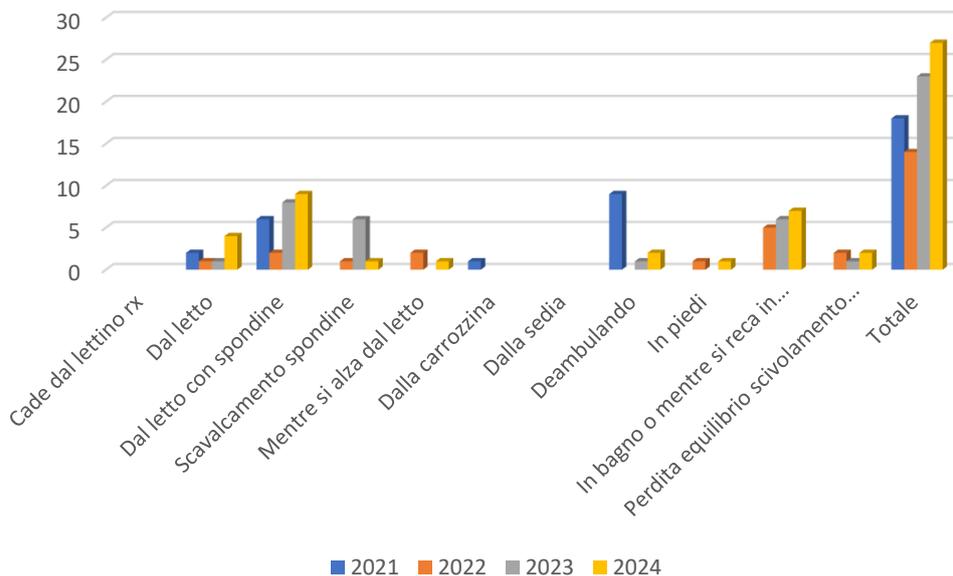


PIANO PROGRAMMA SICUREZZA DELLE CURE 2025

Rev 0
30/05/2025

Pag 12 / 29

Tipologia	MONITORAGGIO CADUTE																																																																																			
Letteratura/ Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> • Ministero della Salute - Raccomandazione n. 13 - Caduta paziente in strutture sanitarie • Regione Emilia-Romagna – Circ. n. 21 del 23/12/2016 “Linee di indirizzo regionali sulle cadute in ospedale” 																																																																																			
Responsabile/R eferente del processo	Coordinatori infermieristici e Risk manager																																																																																			
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	<p>Le cadute rientrano tra gli eventi avversi più frequenti nelle strutture sanitarie e possono determinare conseguenze immediate e tardive anche gravi fino a condurre, in alcuni casi, alla morte del paziente. Le persone anziane presentano un maggior rischio di caduta. Le Raccomandazioni emanate dal Ministero della Salute e dalla Regione Emilia-Romagna sono state utilizzate per redigere e implementare un piano prevenzione cadute e una procedura che migliora la modalità preesistente di prevenzione di questo tipo di rischio.</p> <p>Le cadute vengono segnalate tempestivamente con il SW Talete web.</p>																																																																																			
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	<p>Nella tabella seguente sono riportati i dati delle cadute in Cdc Montanari dal 2020 al 2024</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Tabella– Dinamica caduta accidentale</th> <th>2020</th> <th>2021</th> <th>2022</th> <th>2023</th> <th>2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: left;">Cade dal lettino rx</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">Dal letto</td> <td>5</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">Dal letto con spondine</td> <td>3</td> <td>6</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">Scalciamento spondine</td> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td>6</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">Mentre si alza dal letto</td> <td></td> <td></td> <td>2</td> <td></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">Dalla carrozzina</td> <td></td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">Dalla sedia</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">Deambulando</td> <td>4</td> <td>9</td> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">In piedi</td> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">In bagno o mentre si reca in bagno</td> <td></td> <td></td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">Perdita equilibrio scivolamento inciampo</td> <td></td> <td></td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">Totale</td> <td>13</td> <td>18</td> <td>14</td> <td>23</td> <td>27</td> </tr> </tbody> </table> <p>Tutti i pazienti sono valutati all'ingresso per il rischio cadute con la Scala di Braden, rivalutati nella UO di Medicina ogni 15 gg e in chirurgia nel post-operatorio.</p>						Tabella– Dinamica caduta accidentale	2020	2021	2022	2023	2024	Cade dal lettino rx	1					Dal letto	5	2	1	1	4	Dal letto con spondine	3	6	2	8	9	Scalciamento spondine			1	6	1	Mentre si alza dal letto			2		1	Dalla carrozzina		1				Dalla sedia						Deambulando	4	9		1	2	In piedi			1		1	In bagno o mentre si reca in bagno			5	6	7	Perdita equilibrio scivolamento inciampo			2	1	2	Totale	13	18	14	23	27
Tabella– Dinamica caduta accidentale	2020	2021	2022	2023	2024																																																																															
Cade dal lettino rx	1																																																																																			
Dal letto	5	2	1	1	4																																																																															
Dal letto con spondine	3	6	2	8	9																																																																															
Scalciamento spondine			1	6	1																																																																															
Mentre si alza dal letto			2		1																																																																															
Dalla carrozzina		1																																																																																		
Dalla sedia																																																																																				
Deambulando	4	9		1	2																																																																															
In piedi			1		1																																																																															
In bagno o mentre si reca in bagno			5	6	7																																																																															
Perdita equilibrio scivolamento inciampo			2	1	2																																																																															
Totale	13	18	14	23	27																																																																															



È da tenere in considerazione l'aumento di pazienti con condizioni generali psico-organiche degenerative, afferenti dal PS/COT che comportano un intrinseco maggiore rischio cadute e l'aumento di interventi ortopedici con protocollo fast-track. Sono stati messi in atto adeguati strumenti di prevenzione, in particolare per quanto riguarda le informazioni fornite al paziente e ai familiari.

Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento

Nel 2024 è stato fatto un SEA riguardo le cadute e l'andamento è stato monitorato durante gli incontri del CRC e rivisti alcuni protocolli assistenziali.

Valutazione risultati e prospettive future

Gli interventi preventivi e correttivi vengono messi in atto regolarmente.



PIANO PROGRAMMA SICUREZZA DELLE CURE 2025

Rev 0
30/05/2025

Pag 14 / 29

Tipologia	MONITORAGGIO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA) E DELLE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO (ISC)
Letteratura/ Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> • ASSR Regione Emilia Romagna. Linee guida Flusso SICHER 2005 – versione aggiornata 2016. - Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico in Emilia-Romagna. • Piano Nazionale di contrasto all'Antibiotico-resistenza (PNCAR) 2022-2025 • ASSR-RER: "indicazioni pratiche e protocolli operativi per la diagnosi, la sorveglianza ed il controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi nelle strutture sanitarie e sociosanitarie", 2017; • "L'uso appropriato degli antibiotici: le schede regionali per la gestione delle infezioni" C.Gagliotti, Convegno RER 2024 • Accredimento Istituzionale
Responsabile/ Referente del processo	Direzione Sanitaria/Risk Manager e Comitato Infezioni Ospedaliere
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	<p>Le infezioni del sito chirurgico sono tra le più frequenti infezioni correlate all'assistenza e si associano a un aumento significativo della durata di degenza, dei costi e della mortalità attribuibile. Numerosi studi hanno dimostrato come sia possibile ridurre il rischio di infezione del sito chirurgico attraverso la sorveglianza continuativa e il feedback periodico dei dati, insieme all'adozione di misure efficaci a contenere il rischio.</p> <p>In Emilia-Romagna è attivo da anni il SICHER, un Sistema di sorveglianza regionale delle infezioni del sito chirurgico. La partecipazione al SICHER è un requisito per l'Accreditamento istituzionale dei reparti chirurgici della Regione, con l'obiettivo di ridurre la frequenza delle infezioni attraverso una revisione continua dei risultati raggiunti in ciascuna Unità Operativa.</p> <p>Pertanto i dati raccolti fanno riferimento ai flussi del progetto regionale.</p> <p>Le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) si definiscono come infezioni dovute a batteri, funghi, virus o altri agenti patogeni meno comuni, contratte durante l'assistenza sanitaria, che possono verificarsi in qualsiasi contesto assistenziale e che al momento dell'ingresso nella struttura o prima dell'erogazione dell'assistenza non erano manifeste clinicamente, né erano in incubazione.</p> <p>I dati relativi alle infezioni correlate all'assistenza vengono raccolti internamente come indicatori su base mensile.</p>
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	<p>E' presente, in Casa di Cura, un Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO) con funzioni di prevenzione, controllo e gestione delle Infezioni. Il CIO si riunisce trimestralmente.</p> <p>E' composto dal Risk Manager/Direttore Sanitario, dal RGQ, dai coordinatori infermieristici, da un medico per ogni U.O. di degenza e da un anestesista, dal Responsabile del Laboratorio Analisi ed una Microbiologa, Infermiere specializzate in "Management del Rischio Infettivo correlato all'assistenza sanitaria" e la referente del SICHER.</p>



PIANO PROGRAMMA SICUREZZA DELLE CURE 2025

Rev 0
30/05/2025

Pag 15 / 29

	<p>Per la prevenzione del rischio infettivo anche nel 2024 si sono applicate le procedure per la ricerca dello stafilococco nei pazienti da sottoporre a chirurgia ortopedica e del rachide.</p> <p>Nell'anno 2024 era emersa la criticità di una non completezza dei dati relativi al monitoraggio delle infezioni delle vie urinarie non permettendo un'analisi statistica puntuale del fenomeno.</p>
Interventi/ azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	<p>Sono stati attuati alcuni interventi di miglioramento. La modalità di raccolta dei dati riferiti alle ICA è stata implementata prevedendo un monitoraggio più puntuale dei dati e dei fattori che possono concorrere al rischio. Nel corso del 2024 è stata aperta anche un'azione proattiva volta al miglioramento del percorso di gestione delle ICA, dal sospetto diagnostico, alla rilevazione, al trattamento.</p> <p>Un'altra azione di miglioramento in ambito di prevenzione del rischio infettivo riguarda la creazione di un modulo cartaceo che viene consegnato al paziente in dimissione con le indicazioni sulla corretta gestione delle medicazioni della ferita chirurgica al domicilio. Nel 2024 sono stati effettuati programmi di formazione per il personale sulla corretta gestione delle medicazioni e sulla gestione del rischio in Sala Operatoria.</p> <p>E' stata attuata una formazione nel 2024 sulla prevenzione delle ICA e delle ISC e sulle medicazioni avanzate (chirurgiche e da decubito).</p>
Valutazione risultati e prospettive future	<p>Dal Report inviato dalla Regione sulla Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico in Emilia Romagna, la copertura SICHER (Corrispondenza in SDO delle Procedure SICHER rispetto alle procedure SDO da sorvegliare) per Casa di Cura Montanari è stata nel I semestre del 2024 del 95.7%, rispetto all'89.3% del I semestre 2023. Nel I semestre 2024 sono state rilevate 19 infezioni su 758 interventi, di cui 6 profonde, con una Rate pari allo 0.6%; dati in miglioramento rispetto al 2023.</p> <p>In attesa del Report conclusivo annuale della Regione, i nostri monitoraggi interni relativi al 2024 evidenziano una diminuzione dell'incidenza di infezioni profonde, passando dallo 0.26% del 2023 allo 0.16 % del 2024.</p> <p>Le azioni adottate a partire da fine 2023 si sono rilevate efficaci.</p> <p>Le infezioni correlate all'assistenza, da catetere vescicale, nella UO di Medicina e Medicina1 sono state 37 nel corso del 2024.</p> <p>Continuano inoltre le osservazioni per i Bundle CAUTI.</p> <p>Si proseguono nel 2025 i monitoraggi delle ICA e delle ISC e la condivisione dei dati nel CIO per attivare eventuali azioni di miglioramento/correttive.</p>



PIANO PROGRAMMA SICUREZZA DELLE CURE 2025

Rev 0
30/05/2025

Pag 16 / 29

Tipologia	PIANO DI INTERVENTO SULL'IGIENE DELLE MANI
Letteratura/Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none">ASSR Regione Emilia Romagna.
Responsabile/Referente del processo	CIO
Descrizione dello strumento/flusso informativo	La corretta igiene delle mani rappresenta la misura più efficace per ridurre il rischio di trasmettere microrganismi potenzialmente patogeni da un paziente all'altro. Molti studi hanno infatti dimostrato che, quando viene garantita una corretta igiene delle mani e degli ambienti assistenziali, il rischio di contrarre ICA si riduce drasticamente. Pertanto si rende necessario un monitoraggio relativamente alla corretta implementazione di tale pratica nella quotidianità; che in Casa di Cura viene fatto con uno strumento specifico (scheda di osservazione su Talete) di adesione al bundle. Tali osservazioni sono gestite da infermiere formate sul rischio infettivo (ISRI)
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	L'analisi delle schede di osservazione ha complessivamente rilevato un livello di adesione stabile intorno al 70 % nel 2023 e 2024, permangono alcune criticità relative all'UO di Chirurgia. Ulteriore criticità che si è evidenziata alla fine 2024 è che per l'anno 2025 è necessario formare nuove unità.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	La Cdc Montanari utilizza alcuni strumenti che permettono di monitorare l'adesione del personale coinvolto ad una corretta compliance dell'igiene delle mani (Framework l'autovalutazione dell'igiene delle mani, l'osservazione relativa all'igiene delle mani, il consumo di gel idroalcolico)
Valutazione risultati e prospettive future	La CdC Montanari continuerà l'opera di sensibilizzazione e di monitoraggio di tale pratica per continuare a garantire una corretta aderenza che risulta fondamentale per la prevenzione delle ICA Si mantiene la condivisione dei dati nel CIO per valutare eventuali azioni di miglioramento/correttive.



PIANO PROGRAMMA SICUREZZA DELLE CURE 2025

Rev 0
30/05/2025

Pag 17 / 29

Tipologia	PREVENZIONE LEGIONELLOSI
Letteratura/Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> • Linee guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi – Conferenza Stato regioni – 7 maggio 2015 • Linee Guida della Regione Emilia Romagna (DGR n°1115 del 21/07/08) - Documento “Valutazione del Rischio di esposizione a Legionella e relativo piano di gestione del rischio” del dicembre 2018 • Linee Guida del Ministero della Sanità “Documento di Linee Guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi” del 4 aprile 2000 • Linee Guida Europee dell'EWGLI “European Guidelines for Control and Prevention of Travel Associated Legionnaires’ Disease” del luglio 2002
Responsabile/Referente del processo	Responsabile Ufficio Tecnico/manutenzioni, Direzione Sanitaria
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	La Cdc Montanari ha adottato misure per la prevenzione del rischio da legionellosi: annualmente è redatto un Piano programma che descrive le azioni programmate e intraprese per il controllo e la prevenzione della Legionellosi, in linea con quanto previsto dalla normativa, è inoltre presente e periodicamente revisionato un documento di valutazione del rischio da legionellosi.
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Le legionelle sono batteri presenti negli ambienti acquatici naturali e artificiali, da questi ambienti esse raggiungono quelli artificiali come condotte cittadine e impianti idrici degli edifici che possono agire come amplificatori e disseminatori del microrganismo, creando una potenziale situazione di rischio per la salute umana. La legionellosi viene normalmente acquisita per via respiratoria mediante inalazione, aspirazione o microaspirazione di aerosol contenente Legionella, oppure di particelle derivate per essiccamento. Pertanto, le aree di intervento si concentrano su controlli e attività su impianto idrico e di areazione.
Interventi/ azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	<p>Periodicamente viene effettuato un campionamento per la ricerca di Legionella: dalle analisi nel 2024 è stata riscontrata una unica positività nel mese di novembre per il lavabo dell'Ufficio Tecnico posizionato al terzo piano; si è provveduto immediatamente alla intensificazione del flussaggio e alla sostituzione dell'areatore; al successivo campionamento a due mesi di distanza, il valore è rientrato nella norma.</p> <p>Il Piano di contenimento della Legionella prevede anche una serie di attività di flussaggio, manutenzione e verifica degli impianti al fine di prevenire la legionellosi, oltre alla formazione del personale.</p> <p>La Direzione Sanitaria e l'Area Tecnica attuano un monitoraggio costante per verificare che tali indicazioni siano rispettate.</p>
Valutazione risultati e prospettive future	<p>Gli interventi messi in atto hanno dimostrato l'efficacia della programmazione e degli interventi di manutenzione degli impianti.</p> <p>Le azioni realizzate hanno consentito di monitorare costantemente i rischi correlati alla Legionellosi, si proseguono le azioni pianificate finalizzate a mantenere il monitoraggio e a realizzare tempestive azioni di prevenzione.</p>



PIANO PROGRAMMA SICUREZZA DELLE CURE 2025

Rev 0
30/05/2025

Pag 18 / 29

Tipologia	EMOVIGILANZA
Letteratura/ Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> • Decreto Legislativo n. 19 - 19 marzo 2018 Attuazione della direttiva (UE) 2016/1214 della Commissione del 25 luglio 2016, recante modifica della direttiva 2005/62/CE per quanto riguarda le norme e le specifiche del sistema di qualità per i servizi trasfusionali. (18G00044) • Decreto Ministeriale del Ministero della Salute - 15 marzo 2018 Parziale modifica della sezione tecnica per il sistema trasfusionale del Comitato tecnico sanitario • Decreto del Ministero della Salute - 18 gennaio 2018 Definizione del materiale informativo- educativo destinato ai donatori di sangue in relazione al rischio di trasmissione dell'infezione da HIV e del questionario per la raccolta delle informazioni post donazione, ex articolo 2, comma 3, e articolo 10, comma 8, del decreto 2 novembre 2015. (18A01638) • Linee guida per l'adozione di ulteriori misure per la sicurezza del sangue e degli emocomponenti 4/07/2014 • Linee guida per la prevenzione della Trali-Transfusion related acute lung injury 15/12/2010
Responsabile/ Referente del processo	Il Direttore Sanitario è responsabile della emovigilanza
Descrizione dello strumento/fluss o informativo	L'emovigilanza è il sistema di procedure volte alla rilevazione e al monitoraggio delle reazioni gravi e degli eventi avversi gravi relativi al processo trasfusionale e comprende anche la sorveglianza delle malattie infettive trasmissibili con la trasfusione.
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Nel 2024 non vi sono stati casi di reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0 né segnalazioni di scorrette procedure di gestione degli emoderivati.
Interventi/ azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	La procedura di gestione del sangue è stata revisionata nel 2024, seguendo le indicazioni del Centro Trasfusionale di riferimento. Le modalità di trasporto del sangue sono allineate alla normativa vigente. È in corso un continuo monitoraggio sulla dotazione tecnica relativa al trasporto del sangue che ha registrato nr.0 non conformità nell'anno 2024.
Valutazione risultati e prospettive future	Le azioni realizzate hanno consentito di monitorare costantemente i rischi correlati alla gestione del sangue; si proseguono le azioni pianificate, finalizzate a mantenere il monitoraggio degli eventi indesiderati e a realizzare tempestive azioni di prevenzione.



PIANO PROGRAMMA SICUREZZA DELLE CURE 2025

Rev 0
30/05/2025

Pag 19 / 29

Tipologia	FARMACOVIGILANZA
Letteratura/ Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> • Regolamento UE 1235/2010 • Direttiva 2010/84/UE • Decreto Ministero della Salute 30 aprile 2015- Procedure operative e soluzioni tecniche per un'efficace azione di farmacovigilanza adottate ai sensi del comma 344 dell'articolo 1 della legge 24 dicembre 2012, n. 228 • Decreto Legislativo 24 aprile 2006, n. 219 e s.m.i. - Attuazione della direttiva 2001/83/CE (e successive direttive di modifica) relativa ad un codice comunitario concernente i medicinali per uso umano, nonché della direttiva 2003/94/CE. • Decreto Legislativo 29 dicembre 2007 (Disposizioni correttive al decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, recante attuazione della direttiva 2001/83/CE relativa ad un codice comunitario concernente medicinali per uso umano). • Legge 24 dicembre 2012, n. 228 - Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato • DM 12/12/2003 - Nuovo modello di segnalazione di reazione avversa a farmaci e vaccini • Decreto Legislativo 4 marzo 2014, n. 42 - Attuazione dell'articolo 1, paragrafi 1, 5 e 12 della direttiva 2012/26/UE, che modifica la direttiva 2001/83/CE, per quanto riguarda la farmacovigilanza.
Responsabile/ Ref. processo	Il Direttore Sanitario è responsabile della farmacovigilanza
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	<p>La farmacovigilanza è l'insieme delle attività finalizzate all'identificazione, valutazione, comprensione e prevenzione degli effetti avversi o di qualsiasi altro problema correlato all'uso dei medicinali, al fine di assicurare un rapporto beneficio/rischio favorevole per la popolazione.</p> <p>Gli obiettivi alla base della farmacovigilanza sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prevenire i danni causati da reazioni avverse conseguenti all'uso di un medicinale secondo le condizioni di autorizzazione ma anche agli errori terapeutici, all'esposizione professionale, agli usi non conformi incluso l'uso improprio e l'abuso. • promuovere l'uso sicuro ed efficace dei medicinali. <p>La Direzione Sanitaria della CdC Montanari è periodicamente informata dagli organi preposti del Ministero e della Regione Emilia-Romagna sulla presenza di farmaci che sono stati segnalati come non conformi e che devono essere ritirati dal mercato.</p>
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Si prosegue un'attività di attenzione costante ai protocolli e documenti relativi alla farmacovigilanza.
Interventi/ azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Nel corso del 2024 sono stati aggiornati alcuni documenti relativi alla gestione dei farmaci ed il prontuario farmaceutico interno, tenendo conto delle raccomandazioni Ministeriali relative al corretto utilizzo dei farmaci. Nel prontuario sono segnalati i farmaci FALA, LASA, la divisibilità e triturabilità delle compresse, i tempi di scadenza dalla apertura dei flaconi.



PIANO PROGRAMMA SICUREZZA DELLE CURE 2025

Rev 0
30/05/2025

Pag 20 / 29

Valutazione risultati e prospettive future	Rischi gestione farmaci	Eventi rilevabili	N° di casi
	Utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio	Non presente in struttura (vedi raccomandazione ministeriale)	0
	Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	Casi di morte o grave danno (vedi raccomandazione ministeriale)	0
	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci LASA "look-alike/soundalike"	Casi di errori in terapia (vedi raccomandazione ministeriale)	0
	Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica	Casi di errori in terapia (vedi raccomandazione ministeriale)	0
	Gestione farmaci stupefacenti	Casi di errori in terapia	0
	Somministrazione di farmaco sbagliato o a paziente sbagliato	Casi di errori in terapia (vedi raccomandazione ministeriale)	0
	Nel 2024 è iniziata l'implementazione del nuovo SW di gestione della prescrizione e somministrazione della terapia farmacologica, con Infinity, programma di magazzino informatizzato col fine di tracciare i lotti dei farmaci somministrati al singolo paziente. Nel corso del 2025 si prevede di concludere questo processo.		



PIANO PROGRAMMA SICUREZZA DELLE CURE 2025

Rev 0
30/05/2025

Pag 21 / 29

Tipologia	DISPOSITIVO VIGILANZA
Letteratura /Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none">Ministero della Salute – Circolare 29.11.2022MDR 745/2017
Responsabile/Referente del processo	E' stato nominato il Responsabile di Dispositivo Vigilanza Aziendale della CdC Montanari che si occupa del monitoraggio del rischio informando tempestivamente il CRC di ogni evento connesso
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	<p>L'obiettivo del sistema di vigilanza dei dispositivi medici è quello di monitorare la sicurezza delle cure correlata all'uso di dispositivi medici. I legali rappresentanti delle strutture sanitarie pubbliche e private e gli operatori sanitari pubblici e privati, sono tenuti a comunicare immediatamente al Ministero della Salute qualsiasi alterazione delle caratteristiche e delle prestazioni di un dispositivo o qualsiasi inadeguatezza nelle istruzioni per l'uso che possano causare o che abbiano causato danni ai pazienti o al personale.</p> <p>Gli operatori sanitari pubblici o privati che nell'esercizio della loro attività rilevino un incidente grave (come definito dall'art.2 del Regolamento UE 745/2017), anche solo sospetto, che veda coinvolto un dispositivo medico, sono tenuti a darne comunicazione al Ministero della Salute, nei termini e con le modalità riportate nella Circolare del 29 novembre 2022.</p> <p>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.</p> <p>La comunicazione deve essere inviata anche al fabbricante o al suo mandatario, anche per il tramite del distributore del dispositivo medico.</p> <p>Nel caso di incidente diverso da quello grave, che veda coinvolto un dispositivo medico, gli operatori sanitari pubblici o privati devono darne comunicazione al fabbricante o al mandatario, anche per il tramite del distributore, e possono darne comunicazione al Ministero della Salute secondo le modalità riportate nella Circolare del 29 novembre 2022</p>
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	<p>Il Responsabile della Vigilanza Aziendale partecipa agli incontri della "Rete Regionale dispositivo-vigilanza Privati" e si occupa del monitoraggio del rischio informando tempestivamente la Direzione Sanitaria/Risk Manager di ogni evento connesso.</p> <p>Coordinato dal Responsabile di Dispositivo Vigilanza Aziendale l'Ufficio Tecnico garantisce il controllo, la manutenzione di tutte le apparecchiature e dispositivi elettromedicali utilizzati oltre che la formazione agli operatori. Assicura inoltre il monitoraggio di tutti gli eventi avversi/incidenti con riferimento ad apparecchiature e dispositivi medici elettromedicali e garantisce una tempestiva informazione agli utilizzatori di tali dispositivi.</p>
Interventi/ azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	<p>Al Responsabile della Vigilanza Aziendale della CdC Montanari vengono trasmesse le segnalazioni del Ministero e della Regione Emilia-Romagna sulla presenza di dispositivi o lotti che presentano anomalie e che devono essere ritirati dal mercato.</p> <p>Gli avvisi di sicurezza ricevuti nel 2024 sono stati 5 di cui 1 non ha coinvolto i dispositivi presenti in struttura.</p> <p>Quattro segnalazioni erano riferite a dispositivi utilizzati presso la CdC e l'Azienda ha osservato le indicazioni ricevute dal fornitore per garantire la sicurezza degli operatori e dei pazienti.</p> <p>La struttura nel 2024 non ha effettuato segnalazioni al Ministero della Salute.</p>



PIANO PROGRAMMA SICUREZZA DELLE CURE 2025

Rev 0
30/05/2025

Pag 22 / 29

Valutazione
risultati e
prospettive
future

Tutte le attrezzature presenti in Casa di Cura sono sottoposte a manutenzioni programmate seguendo uno scadenziario che viene monitorato puntualmente.

Totale apparecchiature	675
Ritardi nella effettuazione delle manutenzioni preventive	0
Numero di richieste di manutenzione correttive	191
Elettromedicali che hanno subito più di 3 manutenzioni correttive	9
Numero di macchine acquisite	21
Fermi macchina che hanno causato interruzione del servizio	0

Gli eventi registrati sono stati gestiti e risolti, l'attuale organizzazione si è dimostrata adeguata a presidiare il controllo delle attrezzature e dei dispositivi, si continuano ad attuare le misure messe in atto.



PIANO PROGRAMMA SICUREZZA DELLE CURE 2025

Rev 0
30/05/2025

Pag 23 / 29

Tipologia	CHECK LIST DI SALA OPERATORIA SSCL
Letteratura/ Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> • Progetto SOS.net 'Sale operatorie sicure'. Adozione della Surgical safety checklist negli ospedali della Regione Emilia-Romagna. Politiche Sanitarie 2013; 14: 199-210. • Ministero della salute. Manuale per la sicurezza in sala operatoria: raccomandazioni e check list. 2009
Responsabile/R eferente del processo	Direzione Sanitaria/Risk Manager
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	<p>La Surgical Safety Check List (SSCL) è uno strumento a supporto delle équipe operatorie per l'esecuzione dei controlli di aderenza agli standard di sicurezza raccomandati per prevenire incidenti e ridurre la mortalità e le complicanze post-operatorie.</p> <p>In Emilia Romagna l'implementazione della SSCL in sala operatoria si è avviata nell'anno 2010 nell'ambito del progetto regionale Rete delle Sale Operatorie Sicure (SOS.net).</p> <p>Il progetto ha recepito e sviluppato i principi e gli obiettivi promossi a livello internazionale e nazionale: aumentare la sicurezza delle procedure chirurgiche e registrare le eventuali deviazioni dagli standard di sicurezza al fine di identificare le aree critiche del processo e le conseguenti opportune azioni di miglioramento.</p> <p>La check list regionale, come le analoghe versioni dell'OMS e del Ministero della salute, è organizzata secondo 3 fasi (sign in, time out, sign out); a differenza delle altre, si articola però in due moduli, che consentono sia il monitoraggio della compilazione degli item della check list sia la registrazione delle eventuali criticità che si dovessero verificare.</p>
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	La Cdc Montanari ha aderito da anni al progetto SOS net sale sicure, estendendo l'adozione e dunque l'utilizzo della scheda come standard a tutta la propria attività chirurgica
Interventi/ azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	<p>Alla fine del 2024 la Regione ci ha segnalato la comparsa di non conformità nella alimentazione del flusso SSCL, verificatesi in concomitanza con l'avvio dell'utilizzo della cartella clinica informatizzata in chirurgia.</p> <p>Le schede SSCL erano sempre state compilate anche in forma cartacea ed erano presenti nelle CC dei pazienti, quindi è stato possibile correggere lo scostamento mediante l'inserimento informatico delle schede che risultavano mancanti e che sono state inviate con il 14° invio.</p>
Valutazione risultati e prospettive future	<p>Il dato relativo alla Casa di Cura evidenzia nel 2024 evidenzia un valore di 20 non conformità su 7655 check list compilate con una frequenza di rilevazione di dati non conformi pari allo 0,26 %, nel 2023 si era registrato un valore di 2 non conformità su 6239 check list compilate con una frequenza di non conformità pari allo 0,03 %.</p> <p>Nel 2025 viene eseguito un monitoraggio serrato per la verifica del corretto invio di tutte le schede.</p>



PIANO PROGRAMMA SICUREZZA DELLE CURE 2025

Rev 0
30/05/2025

Pag 24 / 29

Tipologia	RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI											
Letteratura/ Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> • Ministero della Salute, Raccomandazioni per la sicurezza delle cure n. 1-19 • Regione Emilia-Romagna, Raccomandazioni regionali per la sicurezza delle cure n. 1-4 											
Responsabile/ Referente del processo	Direzione Sanitaria/Risk Manager											
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	<p>Il Ministero della Salute, in collaborazione con esperti di Regioni e Province Autonome si è impegnato fin dal 2005 nella stesura e diffusione di "Raccomandazioni" per la prevenzione di eventi sentinella con l'obiettivo di aumentare la consapevolezza del potenziale pericolo di alcuni eventi, indicando le azioni da intraprendere per prevenire gli eventi avversi. Ad oggi sono state emanate 19 raccomandazioni.</p> <p>L'Agenas effettua ogni anno un monitoraggio dello stato di implementazione di ciascuna delle raccomandazioni ministeriali da parte delle aziende/strutture sanitarie attraverso un questionario di autovalutazione del livello di implementazione di ciascuna raccomandazione e della check list per la sicurezza in sala operatoria (SSCL), supportato da diciassette griglie, costruite sui contenuti delle relative raccomandazioni, da considerarsi guide funzionali a supportare l'implementazione delle raccomandazioni.</p>											
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	<p>In questi anni la CdC Montanari si è impegnata per adeguarsi alle raccomandazioni pubblicate con uno sforzo organizzativo e procedurale in continua progressione.</p> <p>Attualmente per le raccomandazioni che riguardano l'attività svolta nella struttura CdC Montanari sono state redatte apposite procedure che sono state diffuse, applicate e ne è monitorata l'aderenza.</p> <p>Si riporta di seguito una sintesi delle raccomandazioni ministeriali applicabili al nostro contesto ospedaliero e della loro implementazione in forma di procedura organizzativa e relativa attuazione.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Raccomandazione</th> <th style="text-align: center;">Documentazione aziendale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Raccomandazione n. 1 sul corretto utilizzo delle Soluzioni concentrate di cloruro di potassio – kcl – Ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio</td> <td style="text-align: center;">Istruzione Operativa "Controllo e Gestione farmaci e presidi"</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Raccomandazione n. 2 per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico</td> <td style="text-align: center;">Istruzione Operativa "Sicurezza in sala Operatoria"</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Raccomandazione n. 3 per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura</td> <td style="text-align: center;">Istruzione Operativa "Sicurezza in sala Operatoria"</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Raccomandazione n. 4 per la prevenzione</td> <td style="text-align: center;">Istruzione Operativa</td> </tr> </tbody> </table>		Raccomandazione	Documentazione aziendale	Raccomandazione n. 1 sul corretto utilizzo delle Soluzioni concentrate di cloruro di potassio – kcl – Ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio	Istruzione Operativa "Controllo e Gestione farmaci e presidi"	Raccomandazione n. 2 per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico	Istruzione Operativa "Sicurezza in sala Operatoria"	Raccomandazione n. 3 per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura	Istruzione Operativa "Sicurezza in sala Operatoria"	Raccomandazione n. 4 per la prevenzione	Istruzione Operativa
Raccomandazione	Documentazione aziendale											
Raccomandazione n. 1 sul corretto utilizzo delle Soluzioni concentrate di cloruro di potassio – kcl – Ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio	Istruzione Operativa "Controllo e Gestione farmaci e presidi"											
Raccomandazione n. 2 per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico	Istruzione Operativa "Sicurezza in sala Operatoria"											
Raccomandazione n. 3 per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura	Istruzione Operativa "Sicurezza in sala Operatoria"											
Raccomandazione n. 4 per la prevenzione	Istruzione Operativa											



**PIANO PROGRAMMA SICUREZZA DELLE CURE
2025**

Rev 0
30/05/2025

Pag 25 / 29

	del suicidio di paziente in ospedale	“Prevenzione del rischio di suicidio in ospedale”
	Raccomandazione n. 5 per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0	Istruzione Operativa “Gestione sangue ed emoderivati”
	Raccomandazione n. 7 del marzo 2008 per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	Istruzione Operativa “Controllo e Gestione farmaci e presidi”
	Raccomandazione n. 8 per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	Istruzione Operativa “Prevenzioni atti di violenza ai danni degli operatori”
	Raccomandazione n. 9 per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	Istruzione Operativa “Procedura di gestione delle manutenzioni generali”
	Raccomandazione n. 11 sulla morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	Istruzione Operativa “Trasporto del paziente intra ed extra ospedaliero”
	Raccomandazione n. 12 dell’agosto 2010 per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci “lookalike/Sound-alike”	Istruzione Operativa “Controllo e Gestione farmaci e presidi”
	Raccomandazione n. 13 per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie.	Istruzione Operativa “Prevenzione delle cadute”
	Raccomandazione n. 17 per la riconciliazione della terapia farmacologica	Istruzione Operativa “Controllo e Gestione farmaci e presidi”
	Raccomandazione n. 18 per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all' uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli	Istruzione Operativa “Utilizzo abbreviazioni, acronimi e sigle”
	Raccomandazione n. 19 per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide	“Prontuario terapeutico locale”
Interventi/ azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Le Raccomandazioni sono applicate correttamente e non sono stati registrati eventi tali da richiedere modifiche alle procedure attualmente in uso.	
Valutazione risultati e prospettive future	Nel corso del 2025 continuerà il monitoraggio il rispetto delle procedure relative alle raccomandazioni ministeriali	



PIANO PROGRAMMA SICUREZZA DELLE CURE 2025

Rev 0
30/05/2025

Pag 26 / 29

Tipologia	ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI
Letteratura/ Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> • Raccomandazione Ministeriale n. 8 del 2007 “Prevenzione degli atti di violenza a danno degli Operatori Sanitari” • Raccomandazione per la Prevenzione della violenza a danno degli Operatori Sanitari – Regione Emilia-Romagna, maggio 2010 • Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella, Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, luglio 2009 • D.M. 11 dicembre 2009 Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità “SIMES” • D. Lgs 81/2008 Testo Unico sulla sicurezza sul lavoro • Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, “Circolare in ordine alla approvazione delle indicazioni necessarie alla valutazione del rischio da stress lavoro correlato di cui all'art. 28, comma 1-bis del D. Lgs n. 81 del 09/04/2008 e successive modifiche e integrazioni”, novembre 2010 • Accordo Quadro Europeo sulle molestie e sulla violenza sul luogo di lavoro, 2007 • “Violenza e molestie sul luogo di lavoro: un quadro europeo”, Eu-Osha – 2011 • PG Direzione sanitaria n. 2629 “Eventi clinici avversi”. • Nota Regione Emilia Romagna PG/2016/0383059 del 24/05/2016: “Istruzione Operativa per gli accadimenti relativi alla violenza e danno degli operatori sanitari (Flusso SIMES)” • DGR 919 del 18/06/2018 cap 1.4, Tutela della Salute e Sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie • DL 14 agosto 2013 numero 93 convertito in legge 15 ottobre 2013 numero 119 “disposizioni urgenti in tema di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere • DPCM 24 novembre 2017 “linee guida nazionali per le aziende sanitarie ed aziende ospedaliere in tema di assistenza e soccorso alle vittime di violenza • Decreto legislativo del 19 marzo 2024 n. 31
Responsabile/ Referente del processo	Direzione Sanitaria
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	<p>A prescindere dalla natura e gravità del danno, l'operatore vittima di episodio aggressivo deve tempestivamente segnalare l'evento al Coordinatore che informerà il Responsabile di Unità Operativa e la Direzione Sanitaria/Risk Manager.</p> <p>Compila il modulo su TaleteWeb <u>Rischio clinico</u> / Segnalazioni / Aggressione (la compilazione del modulo deve essere garantita entro 10 giorni dall'accadimento)</p>
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Nel 2024 è stato registrato un caso senza esiti.



PIANO PROGRAMMA SICUREZZA DELLE CURE 2025

Rev 0
30/05/2025

Pag 27 / 29

Interventi/ azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Nel 2024 è stata revisionata la Procedura “Prevenzione atti di violenza a danno degli operatori sanitari” che è anche Piano di Prevenzione della Violenza a carico degli operatori Sanitari. E’ stato fatto anche un evento formativo in più sessioni dedicato al personale, riguardo la prevenzione contro atti di violenza ad operatori.
Valutazione risultati e prospettive future	Mantenere l’adesione al Piano di Prevenzione della Violenza a carico degli operatori Sanitari.



PIANO PROGRAMMA SICUREZZA DELLE CURE 2025

Rev 0
30/05/2025

Pag 28 / 29

Tipologia	SODDISFAZIONE DELL'UTENZA E GESTIONE DEI RECLAMI E DEI SINISTRI
Letteratura/Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> • Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 11 ottobre 1994 "Direttiva sui principi per l'istituzione ed il funzionamento degli URP" • Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica 7 febbraio 2002 (pdf, 28.3 KB) "Attività di comunicazione delle Pubbliche Amministrazioni" • Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica 24 marzo 2004 "Rilevazione della qualità percepita dai cittadini" • 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" • 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" • 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"
Responsabile/Referente del processo	<p>Soddisfazione dell'Utenza: Responsabile Qualità Gestione Reclami: Direttore Sanitario/Risk Manager Gestione dei Sinistri: Comitato Valutazione Sinistri (CVS)</p>
Descrizione dello strumento/flusso informativo	<p>L'attenzione all'utenza è un elemento su cui Casa di Cura pone particolare impegno. Viene somministrato a tutti i pazienti degenti il questionario di soddisfazione e periodicamente anche ai pazienti ambulatoriali.</p> <p>La Cdc Montanari ha da tempo attivato, inoltre, un sistema di gestione dei reclami. Gli utenti, le associazioni e gli organismi di tutela dei diritti del malato possono presentare osservazioni, denunce o reclami contro gli atti o i comportamenti che negano o limitano la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria o quando sia stato evidenziato un disservizio. In particolare, rivestono interesse ai fini della gestione del rischio le segnalazioni dei cittadini aventi caratteri di reclamo riferito ad aspetti tecnico-professionali, ovvero alla qualità della prestazione sanitaria/diagnosi, agli aspetti deontologici, all'assistenza ed alle informazioni sul percorso di cura che sono state fornite in corso di prestazione sanitaria.</p> <p>Tutte le segnalazioni/osservazioni vengono analizzate e nel caso in cui evidenzino carenze vengono approfondite e apportate le opportune azioni di miglioramento.</p> <p>I pazienti che ritengono di aver subito un danno sanitario hanno il diritto di richiedere un risarcimento alle strutture che li hanno presi in carico o al medico che effettuato la prestazione.</p> <p>L'analisi delle richieste di risarcimento è stata affrontata attraverso una cogestione sanitaria, amministrativa, legale e assicurativa svolta in seno al Comitato Valutazione Sinistri (CVS). Il CVS si riunisce periodicamente</p>



PIANO PROGRAMMA SICUREZZA DELLE CURE 2025

Rev 0
30/05/2025

Pag 29 / 29

Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Tutti i dati che provengono dai questionari di gradimento vengono periodicamente analizzati dalla Direzione e dal Responsabile Qualità. Per l'area chirurgica la restituzione è maggiore rispetto all'area medica, per la tipologia di pazienti ricoverati in quest'ultima che spesso non permette un riscontro diretto. Sono numerosi tuttavia i ringraziamenti ricevuti direttamente dai Medici e dal personale di assistenza da parte dei caregiver.
Interventi/ azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Prosegue il monitoraggio e la tempestiva presa in carico dei reclami e la distribuzione dei questionari con relativa valutazione dei dati ricevuti. Nel 2024 è stato revisionato e distribuito il questionario di gradimento dell'utenza, come azione di miglioramento di Rete della Salute.
Valutazione risultati e prospettive future	Nel 2024 il 93% delle risposte ai questionari di gradimento hanno rilevato un punteggio buono/ottimo e sono pervenuti alla Direzione 20 reclami. Tutti i reclami sono stati gestiti rispondendo ai pazienti entro 30 giorni e prendendo in carico il problema segnalato. Per quanto riguarda i sinistri, nell'anno 2024 sono pervenute n° 20 richieste di risarcimento relativi al periodo 2013 – 2024. Le Cartelle Cliniche dal 2025 saranno oggetto di analisi anche da parte del Comitato Rischio Clinico, oltre che dal CVS. Nel 2025 si prosegue con il monitoraggio e la tempestiva presa in carico di eventuali segnalazioni.