

 Rete della Salute	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025-2026	 Ospedale privato universitário Prof. E. Montanari Casa di Cura dal 1912  Solet Salus Società a partecipazione paritetica
--	--	---

Redatto da	Verificato da	Approvato da
Pantazis Pantazopoulos (Coordinatore rischio clinico Rete e Responsabile rischio clinico Sol et Salus)	Cristina Trojani (Responsabile rischio clinico Montanari)	Lia Montanari (Presidente Rete della Salute)

RISULTATI ANNO 2025 - PIANO ANNO 2026

 Rete della Salute	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025-2026	 Sol et Salus
--	---	--

Indice generale

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO	3
1.1 RETE DELLA SALUTE	3
1.2 SOL ET SALUS	3
1.3 MONTANARI	5
2. DATI DI PRODUZIONE RETE DELLA SALUTE	6
2.1 SOL ET SALUS	6
2.2 MONTANARI DATI DI PRODUZIONE	8
3. ASSETTO ORGANIZZATIVO GESTIONE DEL RISCHIO RETE DELLA SALUTE	9
3.1 ORGANIZZAZIONE E MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	9
3.2 ATTIVITA' DI MONITORAGGIO	10
3.3 GESTIONE DELLE SEGNALAZIONI DI INCIDENT REPORTING	10
3.4 SCHEDE DI PROCESSO	11
INCIDENT REPORTING (eventi avversi ed eventi sentinella)	11
MONITORAGGIO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA) E DELLE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO (ISC)	15
CADUTE	18
DISPOSITIVOVIGILANZA	19
FARMACOVIGILANZA	23
EMOVIGILANZA	24
RECLAMI/SUGGERIMENTI	24
ANALISI SINISTRI	26
LESIONI DA PRESSIONI	27
PIANO DI INTERVENTO IGIENE DELLE MANI	29
PREVENZIONE LEGIONELLOSI	30
CHECK LIST DI SALA OPERATORIA SSCL	32
RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI	33
ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI	34
SEGNALAZIONI SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	36
4. PIANO DELLE AZIONI E DEI PROGETTI DI MIGLIORAMENTO PER L'ANNO 2026	39
5. LEGGI, NORME, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA E RACCOMANDAZIONI APPLICABILI	45

 Rete della Salute	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025-2026	 Ospedale Privato Accreditato Prof. E. Montanari Casa di Cura del 1312  Solet Salus SOLUZIONE E INNOVAZIONE IN CURA
--	--	--

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

1.1 RETE DELLA SALUTE

Rete della Salute: il modello di integrazione tra la Casa di Cura Montanari e l'OPA Sol et Salus

Nel mese di luglio 2016, la Casa di Cura Montanari e l'Ospedale Privato Accreditato (OPA) Sol et Salus S.p.A. hanno stipulato un contratto di rete, dando vita alla "Rete della Salute".

Nata inizialmente per aggregare le dotazioni dei posti letto e raggiungere la soglia minima necessaria per l'accreditamento (in conformità con il DM 70/2015), la rete si è evoluta in un'alleanza cooperativa strategica, il cui obiettivo principale è ampliare le potenzialità delle due strutture e generare valore per l'utenza attraverso il confronto sistematico tra professionisti e l'integrazione di competenze e risorse complementari.

Governance e Obiettivi Clinici

La "Rete della Salute" rappresenta il sistema di governance e di garanzia per tutti gli strumenti e le risorse a supporto della qualità delle prestazioni erogate dai due presidi ospedalieri, focalizzandosi su quattro pilastri fondamentali:

- Conformità alle specifiche cliniche
- Continuità assistenziale
- Sicurezza delle cure
- Centralità del paziente

Pur mantenendo mission, orientamenti disciplinari e culture organizzative differenti, le due strutture presentano una forte complementarità. Attraverso questa sinergia, l'alleanza punta a ottimizzare e completare i percorsi di cura, promuovere l'innovazione e adeguare costantemente le conoscenze tecnico-scientifiche. Questo approccio migliora l'esperienza del paziente all'interno delle strutture e rafforza la percezione di affidabilità e responsabilità delle rispettive direzioni.

Efficienza Operativa e Condivisione delle Risorse

La collaborazione permette di ottimizzare le attività chiave della catena del valore di entrambe le aziende. Tra le principali aree di cooperazione rientrano:

- Lo sviluppo di politiche di qualità condivise.
- L'acquisizione di nuove competenze e la crescita professionale degli operatori.
- La gestione comune delle attività di Health Technology Assessment (HTA).
- L'omogeneizzazione dei processi e degli aspetti clinici trasversali.

La gestione unificata dei processi di certificazione e accreditamento — attuata nel pieno rispetto dell'autonomia giuridica e organizzativa dei due soggetti — offre un'importante opportunità di scambio, apprendimento reciproco e adozione di strumenti omogenei di governo clinico. Ciò si traduce in una maggiore efficacia nel rispondere ai mandati della committenza a favore dei cittadini.

Sviluppo Continuo

Il confronto costante tra le due strutture avviene tramite incontri strutturati e azioni di miglioramento congiunte. Questo metodo garantisce un utilizzo efficiente e strategico delle risorse disponibili, supportando la sostenibilità e lo sviluppo nel tempo del progetto di integrazione.

1.2 SOL ET SALUS

Sol et Salus nasce nel 1949 come centro di riabilitazione convenzionato con il Ministero della Sanità per fornire cure mediche, chirurgiche e riabilitative. Nel 1978 con l'introduzione del servizio sanitario nazionale Sol et Salus viene riconosciuta come casa di cura medica e riabilitativa. Nel 1996 la regione Emilia-Romagna accredita Sol et Salus al Servizio Sanitario Nazionale per 140 posti letto nelle specialità della medicina fisica e riabilitazione funzionale.

Nel 2003, nell'Ospedale Privato Accreditato Sol et Salus viene attivata un'unità operativa di chirurgia

	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025-2026	Ospedale Privato Accreditato Prof. E. Montanari Consiglio di Amministrazione  Sol et Salus ORTOPEDIA E RIABILITAZIONE
---	--	---

ortopedica e generale dotata di 2 sale operatorie e di un ambulatorio chirurgico.

Dal 1996 al 2000, in previsione della istituzione della rete per le gravi cerebrolesioni della regione Emilia-Romagna (GRACER) l'unità operativa di neuroriabilitazione di Sol et Salus viene sottoposta a un intenso programma formativo dei suoi medici ed operatori sanitari congiuntamente alla ridefinizione dei percorsi dei pazienti e all'adeguamento procedurale e della strumentazione. Nel luglio 2004, a realizzazione del sistema Hub and Spoke per la rete GRACER, la regione Emilia-Romagna attribuisce a Sol et Salus 25 posti letto di neuroriabilitazione in cod. 75 (alta specialità) a seguito del rilievo della disponibilità di una dotazione "... di strutture, personale ed expertise adeguati alla presa in carico onnicomprensiva delle persone con GCA (grave cerebrolesione acquisita), con articolazione organizzativa specificamente dedicata. ...". Componente essenziale dell'unità per le gravi cerebrolesioni acquisite è l'unità operativa di semintensiva ad alta valenza riabilitativa, di cui Sol et Salus dispone già dal 2001, in grado di garantire, "... accanto ad un'assistenza internistica intensiva, un più strutturato ed assiduo trattamento riabilitativo nonché un contatto quotidiano del paziente con i suoi familiari. Il passaggio in quest'area, collegata alla rianimazione e dotata di una organizzazione specifica degli spazi e del lavoro, avviene non appena superati i problemi relativi alla garanzia della sopravvivenza del paziente ed è possibile una iniziale e parziale autonomizzazione dei sistemi di assistenza respiratoria. ...".

Dal 1996 Sol et Salus dispone di un attivo laboratorio di analisi del movimento e biomeccanica impegnato oltre che per le esigenze cliniche (valutazioni strumentali e trattamento della spasticità), in attività di ricerca con università regionali ed extraregionali. Dal 2006 il laboratorio opera in stretta collaborazione con il team di neuro-ortopedia composto da chirurgo neuro-ortopedico, fisiatra, fisioterapista e ingegnere biomedico. Le valutazioni e gli interventi di neuro-ortopedia (detta anche chirurgia funzionale), praticata in pochissimi altri centri italiani, per l'esperienza accumulata e per i risultati clinici ottenuti dal team di Sol et Salus, sono rivolti oltre a pazienti provenienti dalla regione Emilia-Romagna, anche a quelli di molte altre regioni italiane.

Dal 1991 Sol et Salus dispone di un servizio di terapia occupazionale con palestra dedicata e dalla istituzione della rete GRACER di un servizio di logopedia (attivo già dal 1983) operante congiuntamente a quello di neuropsicologia clinica e di foniatria.

Dal 2012 Sol et Salus ha acquisito la strumentazione robotica rivolta alla riabilitazione specifica dell'arto superiore e alla verticalizzazione con stepping per i pazienti con lesione neurologica centrale nell'immediata post-acuzie.

Negli ultimi anni si è visto un incremento importante dell'attività di chirurgia funzionale. Si tratta di una branca della neuro-ortopedia, una super specializzazione che si propone di correggere le deformità agli arti inferiori e/o superiori dovuta a lesioni del sistema nervoso centrale (ictus, trauma cranico, mielo-lesione, paralisi cerebrale infantile).

L'intervento di chirurgia funzionale è il risultato di un programma nell'ambito di un progetto riabilitativo definito da un team competente composto da medico fisiatra, chirurgo neuro-ortopedico, fisioterapista, paziente e i suoi familiari.

Vengono erogate le seguenti prestazioni:

- allungamenti muscolo-tendinei
- transfert muscolo tendinei
- tenotomie, osteotomie, neurotomie
- osteotomie derotative di ossa lunghe

Tali trattamenti possono essere eseguiti su spalla, gomito, mano, anca, ginocchio, piede e femore.

Sono previsti, ove necessari, controlli per il monitoraggio del risultato chirurgico sia di tipo clinico-strumentale, presso il Laboratorio di Analisi del Movimento e Biomeccanica, sia di tipo chirurgico.

L'Ospedale Privato Accreditato ha una struttura articolata su tre piani e così distribuita:

- **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 gli ambulatori specialistici con il Punto Prelievi, i Servizi Diagnostica per immagini, il Laboratorio di Analisi del Movimento, la Palestra per riabilitazione Move different, il reparto di degenza di Riabilitazione Chirurgia funzionale pediatrico, il Blocco Operatorio, il Bar, la cucina ed infine gli Uffici di Direzione Sanitaria;

 Istituto Salire	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025-2026	 CASA DI CURA MONTANARI Prof. E. Montanari Casa di Cura dal 1913  SolelSalus
--	---	---

- **Piano Primo:** si trova il reparto di Neuroriabilitazione Alta specialità, il reparto di degenza di Riabilitazione Chirurgia funzionale, le Palestre di riabilitazione Sole, terapia occupazionale, i servizi di NPS, logopedia, psicologia;
- **Piano Secondo:** si trova la U.O. di Chirurgia e di Chirurgia funzionale, il reparto di Semintensiva AVR e la palestra ortopedica

1.3 MONTANARI

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 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 2017 è stato inaugurato il Poliambulatorio “G. Montanari”, situato accanto alla Casa di Cura, presso il quale sono presenti ambulatori dedicati alla Oculistica, Dermatologia, Endocrinologia e Medicina generale.

Nell'estate 2025 gli uffici amministrativi, che erano al primo piano del Poliambulatorio, sono stati spostati in una palazzina in via Cà Fabbro 2/6 articolata su 3 piani, al piano terra è stato allestito l'archivio temporaneo di tutta la documentazione sanitaria ed amministrativa, al piano primo sono ubicati gli uffici amministrativi, l'ufficio Gestione Risorse umane, l'ufficio della Formazione e l'Ufficio del Controllo di Gestione, al secondo piano ci sono spazi per il centralino telefonico per le prenotazioni ed è stata allestita la sala riunioni.

Entro il primo semestre 2026 è prevista la conclusione di nuovi lavori di ristrutturazione dello stabile del Poliambulatorio, con la sostituzione dell'ascensore e l'allestimento, al I piano, di ulteriori 5 ambulatori per l'attività specialistica.



Rete della Salute

PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025-2026


 OSPEDALE PRIVATO ACQUAVERO
Prof. E. Montanari
 Capo di Sala del 1912
**SoletSalus**

2. DATI DI PRODUZIONE RETE DELLA SALUTE

2.1 SOL ET SALUS

Periodo di riferimento: gennaio/dicembre 2025 – 2024 – 2023

AZIENDE	2025		2024		2023	
AREA VASTA ROMAGNA	casi	gg	casi	gg	casi	gg
ANESTESIA	0	0	0	0	0	0
Chirurgia ortopedica	802	2.337	820	2289	817	2302
Chirurgia GENERALE	17	17	10	10	15	15
Chirurgia AMBULATORIALE	874	0	795	0	643	0
GRACER	39	2.746	43	2935	39	3915
Riab. Neurologica	135	6.045	135	6194	129	5366
Riab. Ortopedica	0	0	4	105	16	215
Riab. Elettivi	0	0	0	0	0	0
MEDICINA (emerg.Covid-)	0	0	0	0	0	0
Ex Villa Salus	0	0	0	0	0	0
Day-Hospital	25	34	48	77	41	69
AREA VASTA ROMAGNA	1.892	11.179	1855	11610	1700	11882
Resto della REG.	casi	gg	casi	gg	casi	gg
ANESTESIA	0	0	0	0	0	0
Chirurgia ortopedica	94	247	83	296	78	351
Chirurgia GENERALE	2	2	2	2	0	0
Chirurgia AMBULATORIALE	92	0	99	0	96	0
GRACER	0	0	0	0	0	0
Riab. Neurologica	26	719	19	607	19	588
Riab. Ortopedica	0	0	0	0	2	14
Riab. Elettivi	0	0	0	0	0	0
MEDICINA (emerg.Covid-)	0	0	0	0	0	0
Ex Villa Salus	0	0	0	0	0	0
Day-Hospital	12	19	4	5	12	14
TOT. Resto REG.	226	987	207	910	207	967
EXTRA REGIONE	casi	gg	casi	gg	casi	gg
ANESTESIA	0	0	0	0	0	0
Chirurgia ortopedica	1.381	3.460	1378	3512	1236	3433
Chirurgia GENERALE	12	12	7	7	8	8
Chirurgia AMBULATORIALE	972	0	968	0	1006	0
GRACER	14	1.296	10	1067	20	2040
Riab. Neurologica	572	15.747	479	13506	427	12385
Riab. Ortopedica	0	0	2	37	10	203
Riab. Elettivi	0	0	0	0	0	0
MEDICINA (emerg.Covid-)	0	0	0	0	0	0
Ex Villa Salus	0	0	0	0	0	0

 Istituto Salus	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025-2026	 Sol et Salus Centri di Cura e Riabilitazione
--	--	--

Day-Hospital	125	196	125	197	144	228
TOT.EXTRA REG.	3.076	20.711	2969	18326	2851	18297
TOT. GENERALE	casi	99	casi	99	casi	99
ANESTESIA	0	0	0	0	0	0
Chirurgia ortopedica	2.277	6.044	2281	6097	2131	6086
Chirurgia GENERALE	31	31	19	19	23	23
Chirurgia AMBULATORIALE	1.938	0	1862	0	1745	0
GRACER	53	4.042	53	4002	59	5955
Riab. Neurologica	733	22.511	633	20307	575	18339
Riab. Ortopedica	0	0	6	142	28	432
Riab. Elettivi	0	0	0	0	0	0
MEDICINA (emerg.Covid-)	0	0	0	0	0	0
Ex Villa Salus	0	0	0	0	0	0
Day-Hospital	162	249	177	279	197	311
TOT. GENERALE	5.194	32.877	5031	30846	4758	31146

AREA CONTINUITA' DELLE CURE -			
ESITO DEL RICOVERO	2025	2024	2023
% Dim. ordinarie	80,60%	82,08%	82,7%
% Decessi	0,09%	0,06%	0,13%
% Trasferimento per acuti	1,15%	1,56%	1,5%
% Trasf. int	15,83%	14,28%	14,3%
% Dim. Prot.	0,45%	0,37%	0,22%
% Dim Volontaria	0,30%	0,37%	0,22%
% Dim. ADI	0	0	0
% Dim. RSA	0	0	0
% Dim. Verso Riab	1,57%	1,28%	0,93%
% Allontanamento	0	0	0
QUALITA' SICUREZZA E RISCHIO			
CLINICO			2023
Gestione del rischio - utilizzo I.R.	100	100	100%
Numero nuovi decubiti/tot. pazienti	41/5194=0,8%	11/5031=0,22%	0
numero cadute/totale giornate di degenza	28/32877=0,08	26/30.846=0,08%	24/31.146=0,08%
% rilevazione dolore in cartella	100	100	100
Richieste di sangue conformi/numero delle richieste	100	100	100
AREA COMUNICAZIONE E			
SODDISFAZIONE DELLA UTENZA			
rilevazione della soddisfazione dell'utenza (indice soddisfazione $\geq$ 80%)	si	si	si

 Azienda Sanitaria Locale 1	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025-2026	 Ospedale Privato Acuto Sanato Prof. E. Montanari Casa di Cura del 1992  Solet Salus GRUPPO SANITARIO REGIONALE
--	--	--

2.2 MONTANARI DATI DI PRODUZIONE

Periodo di riferimento: gennaio/dicembre 2025 – 2024 – 2023

AZIENDE	2025		2024		2023	
	casi	gg	casi	gg	casi	gg
AREA VASTA ROMAGNA						
Medicina Generale	215	2.650	293	3.193	269	2.677
Medicina 1	148	3.564	216	4.970	203	4.785
Chirurgia Polispécialistica	161	282	178	291	133	230
Ortopedia e Traumatologia	18	48	39	129	50	121
Day Surgery	173	-	150	-	171	1
TOT. VASTA ROMAGNA	715	6.544	876	8.583	826	7.814
Resto della REG.	casi	gg	casi	gg	casi	gg
Medicina Generale	4	84	3	11	4	32
Medicina 1	-	-	-	-	-	-
Chirurgia Polispécialistica	2	5	4	10	6	10
Ortopedia e Traumatologia	1	1	-	-	4	5
Day Surgery	2	-	1	-	2	-
TOT. Resto REG.	9	90	8	21	16	47
EXTRA REGIONE	casi	gg	casi	gg	casi	gg
Medicina Generale	165	611	166	617	190	653
Medicina 1	1	16	-	-	1	6
Chirurgia Polispécialistica	582	1.217	592	1.246	604	1.303
Ortopedia e Traumatologia	1.608	4.174	1.566	4.315	1.453	4.514
Day Surgery	2.410	2	2.327	4	1.949	-
TOT. EXTRA REG.	4.766	6.020	4.651	6.182	4.197	6.476
TOT. GENERALE	casi	gg	casi	gg	casi	gg
Medicina Generale	384	3.345	462	3.821	463	3.362
Medicina 1	149	3.580	216	4.970	204	4.791
Chirurgia Polispécialistica	745	1.504	774	1.547	743	1.543
Ortopedia e Traumatologia	1.627	4.223	1.605	4.444	1.507	4.640
Day Surgery	2.585	2	2.478	4	2.122	1
TOT. GENERALE	5.490	12.654	5.535	14.786	5.039	14.337

AREA CONTINUITA' DELLE CURE – ESITO DEL RICOVERO	2025	2024	2023
% Dim. ordinarie	47,3%	41,4%	57,4%
% Decessi	14,8%	14,7%	16,2%
% Trasferimento per acuti	1,5%	1,5%	2,4%
% Trasf. int	9,0%	11,9%	6,7%
% Dim. Prot., RSA, Hospice, CRA	8,6%	10,9%	8,8%

	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025-2026	
---	--	---

% Dim Volontaria	0,2%	0,3%	0,6%
% Dim. ADI	18,6%	19,2%	7,0%
% Dim. Verso Riab	0,0%	0,0%	0,7%
QUALITA' SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	2025	2024	2023
Gestione del rischio – utilizzo I.R.	2	4	4
	16	33	18
Numero nuovi decubiti/tot. pazienti	2,9%	5,2%	2,7%
	7	15	14
numero cadute/totale giornate di degenza	0,1%	0,2%	0,2%
% rilevazione dolore in cartella	100	100	100
Richieste di sangue conformi/numero delle richieste	100	100	100
AREA COMUNICAZIONE E SODDISFAZIONE DELLA UTENZA	2025	2024	2023
rilevazione della soddisfazione dell'utenza (indice soddisfazione ≥ 80%)	sì	sì	sì

3. ASSETTO ORGANIZZATIVO GESTIONE DEL RISCHIO RETE DELLA SALUTE

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 Rete della Salute e dei singoli presidi.

Le funzioni introdotte e richiamate dai documenti aziendali sono essenzialmente il Risk Manager e l'organo collegiale che verrà nominato entro giugno 2026 "Comitato Rischio Clinico di Rete" (CRCR) con funzioni di prevenzione, controllo e gestione dei rischi aziendali.

Il CRCR sarà composto dai Risk Manager, dai Direttori Sanitari, dai RGQ e dai coordinatori infermieristici e responsabili medici di UUOO in base alle aree di pertinenza e/o in base alle segnalazioni ricevute.

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

- Monitoraggio integrato dello stato del rischio;
 - Analisi di report periodici per valutare l'efficacia delle attuali azioni di miglioramento;
 - Pianificazione audit periodici
 - Approvazione di documenti di rete inerenti il tema del rischio clinico
 - 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
- Nei singoli presidi i Risk manager, oltre ai punti sopra riportati, hanno i seguenti compiti specifici:
- Gestione eventi avversi e near miss secondo le metodiche più appropriate
 - Valutazione della qualità della documentazione clinica

3.1 ORGANIZZAZIONE E MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

La realizzazione del PPSC (piano programma per la sicurezza delle cure) riconosce sempre almeno due specifiche responsabilità:

- Quella del Risk Manager di Rete e di presidio che lo redigono e lo armonizzano e ne monitorano l'implementazione;
- Quella dell'Alta Direzione che si impegna a adottarlo ed a fornire ai Risk Manager e all'organizzazione aziendale le risorse e le opportune direttive, per la concreta realizzazione delle attività in esso previste attraverso audit interni di prima parte e audit di terza parte.

 Rete della Salute	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025-2026	 OSPEDALE POLICLINICO STORICO Prof. E. Montanari Casa di Cura del 1812  Sole et Salus Assistenza e Cura
--	--	--

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	RM/DS	DG	DO*	RGQ	CRCR
POLITICA E STRATEGIE	R	A	C	C	C
REDAZIONE PPSC	R	A	C	C	C
MONITORAGGIO DEL PPSC	R	C	C	C	C
GESTIONE DELLE SEGNALAZIONI	R	C	C	C	C
ANALISI E VALUTAZIONI	R	C	C	C	A

LEGENDA: RM/ DS = Risk Manager/Direttore Sanitario; DG = Direttore Generale; DO*= Direttore Operativo (solo per CdC Montanari); RGQ = Responsabile Sistema di Gestione della Qualità; CRCR = Comitato per la gestione del rischio clinico di Rete (presente anche di Presidio presso Montanari) R = Responsabile, I = Interessato; C = Coinvolto; A = Approva/Valida

3.2 ATTIVITA' 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:

- SegnalER
- Incident Reporting e segnalazione di non conformità;
- Dispositivo vigilanza
- Farmacovigilanza;
- Valutazione proattiva dei processi
- Emovigilanza;
- Analisi Reclami e Sinistri;
- Monitoraggio implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali;

Ulteriori metodi/strumenti sono rappresentati:

- Monitoraggio cadute;
- Adesione al progetto SIGLA
- 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
- Flusso Simes per la segnalazione degli eventi sentinella
- Agenas: adesione alle raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella
- Flusso CSIA - Consumo Soluzione Idroalcolica

3.3 GESTIONE DELLE SEGNALAZIONI DI INCIDENT REPORTING

Entrambi i presidi di Rete della Salute utilizzano l'applicativo del sistema informatico denominato TaleteWeb (SW-TW), per la gestione del Rischio Clinico. Tutte le segnalazioni di incident reporting vengono fatte dal personale sanitario utilizzando forms elettronici nativi del sistema SW-TW. Tutto il personale sanitario della Rete della Salute è stato formato all'utilizzo del software.

Considerando che la Rete della Salute ha già consolidato da anni una gestione informatizzata delle segnalazioni, è in corso un'azione di miglioramento, concordata con il Centro Regionale per la Gestione del

 Rete della Salute	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025-2026	 Prof. E. Montanari Consiglio Direttivo 2015-2018  Sol et Salus INTEGRAZIONE E PREVENZIONE MEDICINALE
--	--	--

Rischio Sanitario dell'Emilia-Romagna (Ce.Ge.Ri.S.-ER), che coinvolge gli informatici di SegnalER e di TaleteWeb per consentire l'integrazione tra i due programmi.

3.4 SCHEDE DI PROCESSO

INCIDENT REPORTING (eventi avversi ed eventi sentinella)

Scheda descrittiva degli strumenti/fonti informative disponibili sulla sicurezza delle cure e dei relativi interventi per la prevenzione e riduzione del rischio clinico	
Tipologia	INCIDENT REPORTING (eventi avversi ed eventi sentinella)
Letteratura/Normativa di riferimento	• DGR 1943/2017 "Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accreditamento delle strutture sanitarie (6° Criterio – Appropriately 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	È responsabile il Risk Manager di presidio che collabora attivamente con il Comitato Rischio Clinico di Rete (CRCR) con funzioni di prevenzione, controllo e gestione dei rischi aziendali.
Descrizione dello strumento/flusso informativo	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. Rete della Salute, 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



Rete della Salute

PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025-2026



Ospedale Policlinico di Bari
Prof. E. Montanari
Cattedra di Chirurgia



delle apparecchiature, della gestione del personale.

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 dei presidi della Rete della salute sono stati formati all'utilizzo del software.

Le schede vengono prese in carico dal Risk Manager. In sede di Comitato Rischio Clinico di Rete 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.

SOL ET SALUS

Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento

Sono state segnalate 19 schede di incident reporting così suddivise:

- 9 eventi avversi
- 10 near miss

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

A seguito delle segnalazioni sopra riportate sono realizzate:

- 4 audit clinici/sea
- 2 azione correttive

Per la gestione degli 9 eventi avversi:

- **1 SEA sulla gestione delle LDP** dal quale emerge che: Carente comunicazione interna. Non presente una descrizione esaustiva nel diario clinico dell'evoluzione della lesione da parte dell'infermiere nel report report delle LDP. È necessario che gli infermieri descrivano in maniera più puntuale lo stato delle lesioni e la loro evoluzione e che vengano previsti momenti di briefing con il medico in cui si segnalino le variazioni/evoluzioni delle lesioni da pressione. Deve essere sempre descritta la lesione al momento dell'insorgenza con caratteristiche e dimensione. È necessario aggiornare il diario clinico per rendere evidente l'evoluzione della lesione.

- **1 Azioni correttiva** tutt'ora in corso che prevede la revisione del protocollo sulla gestione della CPE
- **1 Azione correttiva** che prevedeva l'acquisto del braccialetto con GPS per la prevenzione dell'allontanamento del paziente e revisione della relativa procedura.

Le restanti segnalazioni sono state gestite attraverso riunioni formalizzate o incontri tra risk manager, responsabile qualità e UO coinvolte.

Per la gestione dei 10 near miss:

- **1 Audit (006/2025):** errata comunicazione interna, modifica delle modalità di richiesta degli spaziatori antibiotici
- **1 Audit (per gestire due near miss)** rilevate difficoltà organizzative per quanto riguarda i trasferimenti interni.

Le restanti segnalazioni sono state gestite attraverso riunioni formalizzate o incontri tra risk manager, responsabile qualità e UO coinvolte.

Valutazione risultati e prospettive future

Apertura di una azione per il 2026 in collaborazione con risorse umane, controllo di gestione, risk manager, direttore sanitario, coordinatori UO e responsabili medici per la definizione del corretto percorso di dimissione/trasferimento interno dei pazienti di chirurgia funzionale. Per il 2026 sono programmati dei momenti di valutazione del rischio (safety walk around, audit interni)

 Istituto Salus	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025-2026	CONFERMA PRIVATO ALL'INFERMAGGIO Prof. E. Montanari Coordinatore del rischio 
--	--	--

	Sono stati programmati eventi formativi su: • Il paziente pediatrico in sala operatoria: rendere più sicuro ed efficiente il personale di sala operatoria nel lavoro con i pazienti pediatrici • Procedura Rischio clinico Segnalazione per OSS (da GAP analisi del 2025): Migliorare e approfondire Procedura Rischio Clinico
MONTANARI	
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Sono state effettuate 9 riunioni del Comitato Rischio Clinico (CRC) di presidio nel 2025, come da piano annuale, per: • Monitoraggio Integrato dello stato del rischio; • Analisi di report periodici per valutare l'efficacia delle attuali azioni di contenimento; • 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 • Gestione eventi avversi e near miss secondo le metodiche più appropriate Nel 2025 sono state segnalate 32 schede di incident reporting così suddivise: • 13 eventi avversi • 19 near miss
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Per la loro presa in carico sono stati realizzati in aggiunta ai suddetti incontri del CRC: • 2 audit clinici/SEA • 5 azione correttive Per la prevenzione del rischio clinico si sono attuati eventi formativi rivolti al personale, quali: • la prevenzione e la gestione degli atti di violenza sugli operatori sanitari • gestione delle intubazioni difficili • corso sicurezza rischi generici e specifici – blocco operatorio • corretto utilizzo del SW Talete per la segnalazione con gli I.R. • gestione rischio clinico organizzazione attività modalità di segnalazione analisi eventi
Valutazione risultati e prospettive future:	Le risultanze dei suddetti interventi ed azioni correttive e proattive si sono tradotte in revisione di alcuni documenti in materia di Rischio Clinico nel corso del 2025, quali: • intubazione difficile • emergenza clinica, organizzativa e tecnologica all'interno del blocco operatorio • sicurezza in sala operatoria • ipertermia maligna • trasporto sicuro del paziente intra ed extra ospedaliero • gestione emergenza chirurgica • gestione pazienti critici in fase di pre-ricovero • prevenzione e trattamento lesioni da pressione • prevenzione del rischio di suicidio in ospedale Tale attività di revisione è proseguita nel corso dei primi mesi del 2026,



Rete della Salute

PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025-2026



COMITATO DI INDIRIZZO
Prof. E. Montanari
Cairoli 2025-2026



con l'approvazione di documenti quali:

- gestione delle emergenze cliniche, organizzative, tecnologiche
- gestione ossigenoterapia

Anche per il 2026 sono state programmate riunioni mensili del CRC di presidio per proseguire l'attività di gestione del rischio (finalità come sopra).

Gli audit clinici pianificati per il 2026, di cui alcuni già attuati altri programmati, hanno come obiettivi:

- Revisione Gestione POCT - Registrazione in LIS e in CEE
- Revisione PDTA Scompenso Cardiaco
- Revisione Documenti Protocolli Assistenziali per intervento

Per il 2026 sono programmati dei momenti di valutazione del rischio (safety walk around, audit interni)

Sono stati programmati eventi formativi su:

- Gestione del Rischio Clinico e Sicurezza delle Cure: Normativa, Strumenti e Buone Pratiche
- Rischio Biologico: prevenzione, normativa e buone pratiche per gli operatori sanitari
- Aggiornamenti in Tema di Radioprotezione del Paziente
- Approfondimenti, applicazione e gestione di procedure utilizzate in Chirurgia Polispécialistica

RETE DELLA SALUTE

Valutazione prospettive future di Rete

Avvio Comitato Rischio Clinico di Rete (CRCR) entro il 2026.
Incontri periodici CRCR per valutazione congiunta degli eventi segnalati ed eventuali azioni di miglioramento congiunte e/o programmazione audit.

Si sta implementando l'applicativo SegnalER in entrambi i presidi con supervisione dello stato di avanzamento del Risk manager di Rete attraverso riunioni, formazione e CRCR.

Per il 2026 sono programmati dei momenti di valutazione del rischio (incontri ed audit crociati) nell'ottica di un programma congiunto di Rete.
Eventi formativi condivisi su

- Formazione SegnalER per Referenti Informatici/Amministrativi Ospedali privati e per Referenti Clinici

Revisione di alcuni documenti in materia di Rischio Clinico, quali:

- carrelli emergenze
- Pianificazione condivisa delle cure
- consensi informati per alcuni interventi chirurgici comuni alle strutture (come definito nel piano di miglioramento di Rete).

 Istituto per la Salute	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025-2026	 DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA Prof. E. Montanari Chirurgo Generale  Solet Salus Società per Azioni
---	--	--

MONITORAGGIO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA) E DELLE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO (ISC)

Scheda descrittiva degli strumenti/fonti informative disponibili sulla sicurezza delle cure e dei relativi interventi per la prevenzione e riduzione del rischio clinico	
Tipologia	MONITORAGGIO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA) E DELLE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO (ISC)
Letteratura/Normativa di riferimento	• 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 • Accreditalmento Istituzionale
Responsabile Referente del processo	Coordinatori infermieristici, Risk manager e Comitato Infezioni Ospedaliere
Descrizione dello strumento/flusso informativo	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. 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. Pertanto, i dati raccolti fanno riferimento ai flussi del progetto regionale. 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. I dati relativi alle infezioni correlate all'assistenza vengono raccolti internamente come indicatori su base mensile nei CIO di Presidio e valutati semestralmente nel CIO di Rete
SOL ET SALUS	
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Dal 2024 è stato redatto il Piano Programma per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, annualmente revisionato e monitorato. Ad aprile 2025 è stata individuata un'infermiera del CIO come referente aziendale per la sorveglianza della popolazione microbica. Da gennaio 2025 sono a disposizione i dati mensili forniti dal laboratorio analisi di raccolta degli esami colturali per categorie. Entro fine 2025 revisione critica del piano programma per la prevenzione

 Azienda Sanitaria	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025-2026	 OSPEDALE E. MONTANARI Prof. E. Montanari Cura e Cura del 2025  Solet Salus
--	--	--

Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	delle infezioni con eventuali azioni di miglioramento. Nel corso del 2025 il CIO di Presidio si è riunito 6 volte affrontando diversi temi: • revisione protocollo per la gestione del catetere vescicale che ha prodotto una revisione del documento già presente in struttura e l'emissione di 4 nuove Istruzioni • nomina referente infezioni correlate all'assistenza e delega al recepimento dei dati microbiologici provenienti dal laboratorio analisi di riferimento • definizione dei dati da attenzionare nell'analisi delle tabelle sulle infezioni correlate all'assistenza • revisione protocollo per la gestione del catetere venoso periferico eseguita a settembre 2025 • analisi del Decreto del Ministero della Salute del 26/2/25 per la definizione del disinfettante da utilizzare in collaborazione con il servizio farmaceutico e infettivologo. • revisione del Piano Programma per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza nel dicembre 2025 • Audit clinici / SEA / azioni di miglioramento in tema di prevenzione e gestione del rischio infettivo (percorso di esami culturali, medicazioni) e di infezioni profonde rilevate con il follow up SICHr tramite le interviste telefoniche • Monitoraggio puntuale secondo indicazioni regionali SICHr
Valutazione risultati e prospettive future	Dal Report inviato dalla Regione sulla Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico in Emilia-Romagna riferite al 2025, la copertura SICHr (Corrispondenza in SDO delle Procedure SICHr rispetto alle procedure SDO da sorvegliare) è stata del 99,7% nel 2025. Sono state segnalate 3 infezioni su 396 interventi monitorati, con rate pari allo 0.1. Nel 2026 proseguiranno gli incontri periodici del CIO di Presidio • formazione formatore igiene mani • uso appropriato degli antibiotici (con approfondimenti EBM) • revisione del protocollo PR40 MISURE DI PREVENZIONE DELLE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO • revisione del protocollo CPE • rendicontazione sui giri di controllo eseguiti nel corso del 2025 e pianificazione • modifica del protocollo per la profilassi preoperatoria (PR10) Si prosegue con le osservazioni dell'adesione ai bundle per la prevenzione delle infezioni.
MONTANARI	
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Dal 2021 è stata formalizzata l'istituzione del Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO) con funzioni di prevenzione, controllo e gestione delle infezioni. Il CIO si riunisce trimestralmente. È 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 SICHr.

 Rete della Salute	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025-2026	 CASA DI CURA MONTANARI Prof. E. Montanari Casa di Cura del 1913  Solet Salus Società a partecipazione paritetica
--	---	--

	Per la prevenzione del rischio infettivo anche nel 2025 si sono applicate le procedure per la ricerca dello stafilococco nei pazienti da sottoporre a chirurgia ortopedica (Istruzione Operativa "Bundle per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico")
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Sono stati attuati alcuni interventi di miglioramento. • Interventi ed azioni di miglioramento per prevenzione /monitoraggio di ICA e ISC: • Audit clinici / SEA / azioni di miglioramento in tema di prevenzione e gestione del rischio infettivo (percorso di esami colturali, medicazioni) e di infezioni profonde rilevate con il follow up SICHrER tramite le interviste telefoniche • Monitoraggio puntuale secondo indicazioni regionali SICHrER • Monitoraggio interno continuo delle ICA e presa in carico • Osservazioni Bundle mani e CAUTI (si è registrato un rallentamento delle osservazioni per turn over del personale nel II semestre, ma nell'ultima parte dell'anno l'attività è ripresa con regolarità, dopo la formazione di ulteriori referenti) • Sistema di sorveglianza e di prevenzione del rischio di infezioni in ambito ospedaliero con incontri trimestrali del Comitato Infezioni Ospedaliere • Revisione di documenti quali: • Decontaminazione, pulizia, disinfezione, sterilizzazione degli endoscopi • Sterilizzazione strumentario e materiale d'uso • Percorso per la sterilizzazione dei ferri chirurgici ambulatoriali
Valutazione risultati e prospettive future	Dal Report inviato dalla Regione sulla Sorveglianza delle Infezioni del sito chirurgico in Emilia-Romagna riferite al I semestre 2025, la copertura SICHrER (Corrispondenza in SDO delle Procedure SICHrER rispetto alle procedure SDO da sorvegliare) per Casa di Cura Montanari è stata del 95,2% nel 2025, stabile rispetto al 2024 ed in aumento rispetto al 2023. Nel I semestre 2025 sono state rilevate 12 infezioni (6 profonde e 6 superficiali) su 798 interventi monitorati, con rate pari allo 0,3. Si registra un trend di miglioramento rispetto agli anni precedenti. Le infezioni correlate all'assistenza da catetere vescicale vengono sorvegliate nella UO di degenza di Medicina. I dati registrati riportano una diminuzione nel 2025 rispetto al precedente anno: 15 nel corso del 2025, rispetto alle 37 del 2024. L'attenzione alla prevenzione e le azioni messe in atto si stanno dimostrando efficaci, considerato il decremento sia di ICA sia di ISC. Si prosegue nella raccolta dati del progetto SICHrER con alimentazione puntuale ed attenta del flusso, così come il monitoraggio delle ICA. Continua l'attività del Comitato Infezioni Ospedaliere di presidio con incontri trimestrali programmati anche per il 2026. Si prosegue con le osservazioni dell'adesione ai bundle per la prevenzione delle infezioni.
RETE DELLA SALUTE	
Valutazione prospettive future di Rete	Evento formativo congiunto sull'uso appropriato degli antibiotici (con approfondimenti EBM). Incontri periodici CIO di rete per analisi congiunta delle ICA ed eventuali azioni di miglioramento congiunte e/o programmazione audit.

 Rete della Salute	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025-2026	 Università Privata di Legnano Prof. E. Montanari Data di Corsi del 2025  Solet Salus SOLUTUM & SALUTEM
--	--	---

CADUTE

Scheda descrittiva degli strumenti/fonti informative disponibili sulla sicurezza delle cure e dei relativi interventi per la prevenzione e riduzione del rischio clinico	
Tipologia	CADUTE
Letteratura/Normativa di riferimento	• Linee di indirizzo per la gestione delle cadute in ospedale – dicembre 2016 • RM13 - RACCOMANDAZIONE PER PREVENZIONE E GESTIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE
Responsabile Referente del processo	Coordinatori infermieristici e Risk manager
Descrizione dello strumento/flusso informativo	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. Le cadute vengono segnalate tempestivamente con il SW Talete web.
SOL ET SALUS	
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Sono state segnalate 29 cadute così suddivise: • 2 UO Chirurgia e riabilitazione ortopedica • 10 UO Neuroriabilitazione Alta Specialità • 2 Palestra Sole • 1 Palestra Giove • 6 Riabilitazione chirurgia funzionale nell'adulto • 7 Riabilitazione chirurgia funzionale nell'età evolutiva • 1 Semintensiva
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Dalle indagini condotte dal Risk manager su tutte e 29 le cadute emerge che si tratta di situazioni correttamente gestite dal personale e che non hanno provocato danni al paziente.
Valutazione risultati e prospettive future	Eventi formativi programmati nel 2026: • Corretta applicazione dei protocolli di mobilitazione del paziente Audit programmati con Governo clinico per monitorare l'adesione alla procedura aziendale e alla raccomandazione ministeriale
MONTANARI	
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Sono state segnalate 17 cadute così suddivise: • 9 UO Chirurgia Polispecialistica • 1 Blocco operatorio • 7 UO Medicina Generale Tutti i pazienti vengono valutati all'ingresso per il rischio cadute con la Scala di Conley e rivalutati, per quanto riguarda l'area medica, ogni 15 giorni o al variare delle condizioni cliniche; per quanto riguarda l'area chirurgica, la rivalutazione viene fatta anche nel post-operatorio e/o al variare delle condizioni cliniche. Vengono messi in atto adeguati strumenti di prevenzione e fornite informazioni ai pazienti ed ai loro famigliari

 Rete della Salute	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025-2026	 Sol et Salus
--	--	--

Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Nel 2025 è stato monitorato l'andamento durante gli incontri del CRC. Si è tenuto un evento formativo in tema di "Misure di prevenzione e gestione delle cadute" in più sessioni, dedicato al personale sanitario (infermieri, OSS, fisioterapisti, tecnici di radiologia e ortottisti).
Valutazione risultati e prospettive future	Eventi formativi programmati nel 2026 sulla "Corretta applicazione dei protocolli di mobilitazione del paziente". Negli audit interni programmati e nei SWR viene monitorata l'adesione alla procedura aziendale e alla raccomandazione ministeriale. Gli interventi preventivi e correttivi vengono messi in atto regolarmente.
RETE DELLA SALUTE	
Valutazione prospettive future di Rete	Evento formativo in più edizioni programmato nel 2026: "Movimentazione manuale pazienti ospedalizzati: corso di formazione per personale sanitario". Il corso è stato tenuto dalla RSPP di Sol et Salus che ha formato gli operatori di entrambi i presidi in ottica di uniformare i percorsi. Incontri periodici CRCR per valutazione congiunta degli eventi segnalati ed eventuali azioni di miglioramento congiunte e/o programmazione audit.

DISPOSITIVO VIGILANZA

Scheda descrittiva degli strumenti/fonti informative disponibili sulla sicurezza delle cure e dei relativi interventi per la prevenzione e riduzione del rischio clinico	
Tipologia	DISPOSITIVO VIGILANZA
Letteratura/Normativa di riferimento	• UNI EN ISO 9001:2015 • Autovalutazione ed accreditamento delle Strutture Sanitarie: linee guida liste di verifica, requisiti specifici. • Norme CEI 62-5, CEI 64-8 e norme particolari • DL 81/08 e successive modificazioni • D.L. 46 27/02/97 Attuazione della direttiva CEE 93/42 concernente i dispositivi medici e decreti applicativi sostituita dal Regolamento Dispositivi Medici (UE) 2017/745. • Raccomandazioni ANTAB (Associazione Nazionale delle apparecchiature biomediche) e AIIC Associazione Italiana Ingegneria Clinica • Determinazione Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali 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 • Raccomandazione n° 9, aprile 2009 del Ministero della Salute e delle Politiche Sociali- Raccomandazione per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali • Determinazione Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali Regione Emilia-Romagna n. 13141/2008 • AGGIORNAMENTO 2013: Linee di indirizzo in materia di vigilanza sui dispositivi medici, sui dispositivi medici • Impiantabili attivi e sui dispositivi medico-diagnostici in vitro. • Circolare ministero della salute 8 Luglio 2021: Indicazioni per la vigilanza sugli incidenti verificatisi dopo l'immissione in commercio, alla luce degli

	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025-2026	
---	--	---

	artt. 87, 88, 89 e 90 del regolamento UE 745/201 • Decreto Ministero della Salute del 22 aprile 2014 (G.U. n. 110 del 14 maggio 2014) • Reg. UE 2020/561 dispositivi legacy e periodo transitorio. • Reg. UE 2023/607 pubblicato il 20 Marzo 2023, Proroga periodo transitorio fino a 2027-2028; trasferimento • Sorveglianza ON; rimozione sell-off date. • Reg UE 2024/1860 del 9 Luglio 2023, Introduzione graduale EUDAMED; obbligo avviso interruzione fornitura (6 mesi); proroga IVD legacy. • Decisione (UE) 2025/2371; Avviso della Commissione – 27 novembre 2025. • MDCG 2025-9 Guidance on Breakthrough Devices; 16 dicembre 2025. • MDCG 2025-10; Aggiornamenti MDCG su UDI; Dicembre 2025														
Responsabile Referente del processo	Responsabili Ingegneria Clinica dei presidi														
Descrizione dello strumento/flusso informativo	Sistema di segnalazione per Dispositivovigilanza al Ministero della Salute Sistema aziendale Talete web														
SOL ET SALUS															
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Nel corso del 2025 sono state effettuate complessivamente 359 verifiche di sicurezza e 275 interventi di manutenzione programmata, per un totale di oltre 634 controlli sulle apparecchiature elettromedicali in uso presso la clinica. Tali attività hanno consentito di mantenere un elevato livello di controllo sul parco tecnologico, garantendo la continuità operativa dei dispositivi e la sicurezza dei pazienti e degli operatori. Il servizio di Ingegneria Clinica Assicura inoltre la presa in carico tempestiva e 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. AL 2025, estratto relazioni Indicatori 2025 v2: <table border="1" data-bbox="507 1361 1433 1668"> <tr> <td>Totale apparecchiature</td><td>694</td></tr> <tr> <td>Ritardi nella effettuazione delle manutenzioni preventive</td><td>0</td></tr> <tr> <td>Numero di richieste di manutenzione correttive</td><td>193</td></tr> <tr> <td>Elettromedicali che hanno subito più di 3 manutenzioni correttive</td><td>7</td></tr> <tr> <td>Numero Incidenti</td><td>0</td></tr> <tr> <td>Numero di Eventi Avversi</td><td>0</td></tr> <tr> <td>Fermi macchina che hanno causato interruzione del servizio</td><td>15</td></tr> </table> Si rileva la mancata effettuazione di n. 36 verifiche funzionali (VF) e verifiche di sicurezza elettrica (VSE) su pompe di alimentazione Nutricia, dovuta alla mancata messa a disposizione dei dispositivi per la spedizione presso il laboratorio esterno da parte dei reparti coinvolti. Redatto elenco delle apparecchiature elettromedicali candidate alla sostituzione, a seguito di valutazione di obsolescenza e criticità manutentive, fra cui sistema RIS-PACS, Elettrobisturi, DAE semiautomatici, letto operatorio. Mini arco a C, Monitor di monitoraggio, centrale del vuoto, UTA Sala Operatoria.	Totale apparecchiature	694	Ritardi nella effettuazione delle manutenzioni preventive	0	Numero di richieste di manutenzione correttive	193	Elettromedicali che hanno subito più di 3 manutenzioni correttive	7	Numero Incidenti	0	Numero di Eventi Avversi	0	Fermi macchina che hanno causato interruzione del servizio	15
Totale apparecchiature	694														
Ritardi nella effettuazione delle manutenzioni preventive	0														
Numero di richieste di manutenzione correttive	193														
Elettromedicali che hanno subito più di 3 manutenzioni correttive	7														
Numero Incidenti	0														
Numero di Eventi Avversi	0														
Fermi macchina che hanno causato interruzione del servizio	15														
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Il Servizio di Ingegneria Clinica, in collaborazione con Ufficio Qualità e Accreditamento ha informato tempestivamente tramite piattaforma Talete web gli utilizzatori delle tecnologie sanitarie di tutti gli avvisi di sicurezza ogni														



Rete della Salute

PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025-2026

CONSIGLIO D'AMMINISTRAZIONE
Prof. E. Montanari
Chirurgo del 1912



qualvolta che vengono inviati dal Ministero e/o dal fornitore attuandone le indicazioni.

Come azione di miglioramento, è stato adottato il sistema Stryker CASCO T7, un dispositivo di protezione progettato per ridurre l'esposizione dell'operatore ai rischi durante le attività assistenziali e procedurali. Il sistema consente di migliorare le condizioni di sicurezza nell'ambiente di lavoro, contribuendo a limitare il contatto con il rischio e a rendere più protetta l'esecuzione delle manovre.

A fronte degli interventi effettuati sui sistemi di trattamento dell'acqua, in particolare con l'installazione del nuovo addolcitore e l'aggiornamento del sistema di osmosi inversa, si è registrato un netto miglioramento della continuità operativa del processo di sterilizzazione, a garanzia della sicurezza e della riduzione del rischio clinico. Tali azioni hanno determinato un significativo incremento dell'affidabilità dell'autoclave Steelco VS/4, con una riduzione dei guasti e dei conseguenti interventi tecnici: nel primo semestre si sono infatti verificati 26 episodi, a fronte di soli 2 nel secondo semestre. Il dato conferma l'efficacia delle azioni correttive e migliorative intraprese a monte dell'impianto di sterilizzazione.

Valutazione risultati e prospettive future

Vedi azioni di Rete

MONTANARI

Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento

Il Servizio di Ingegneria Clinica (SIC), coordinato dal Referente Aziendale di Dispositivo-Vigilanza (RAV), garantisce il controllo e la manutenzione di tutte le apparecchiature e i dispositivi elettromedicali utilizzati in struttura. Assicura inoltre il monitoraggio di tutti gli eventi avversi e incidenti relativi ad apparecchiature e dispositivi medici per una tempestiva informazione agli utilizzatori.

Totale apparecchiature	579
Ritardi nella effettuazione delle manutenzioni preventive	0
Numero di richieste di manutenzione correttive	159
Elettromedicali che hanno subito più di 3 manutenzioni correttive	6
Numero di macchine acquisite	10
Numero Incidenti	0
Numero di Eventi Avversi	0
Fermi macchina che hanno causato interruzione del servizio	2

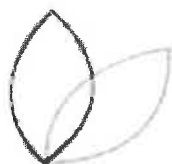
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento

Gli avvisi di sicurezza ricevuti nel 2025 sono stati 10, di cui 4 non hanno coinvolto i dispositivi presenti in struttura. 6 segnalazioni erano riferite a dispositivi utilizzati presso la struttura e l'Azienda ha osservato le indicazioni ricevute dal fabbricante/fornitore per garantire la sicurezza di operatori e pazienti. La struttura nel 2025 non ha effettuato segnalazioni al Ministero della Salute. Nel novembre 2025 il Responsabile del SIC ha concluso positivamente il Master di II Livello in "Ingegneria Clinica e Dispositivi medici" presso Alma Mater Studiorum Bologna.

Valutazione risultati e prospettive future

Vedi azioni di Rete

RETE DELLA SALUTE



Istituto Salus

PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025-2026



DELLA SALUTE
Prof. E. Montanari
Cassa di Controllo



Valutazione prospettive future di Rete

Gli eventi correttivi 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.

Come azioni future è prevista l'attuazione delle seguenti misure:

- Effettuazione della Verifica Funzionale delle Nutripompe Nutricia tramite la spedizione in laboratorio a gruppi compatibile con l'attività clinica (SOL ET SALUS)
- Installazione interblocco su laser terapeutico.
Obiettivo: aumentare la sicurezza operatore/paziente e prevenire accensioni non autorizzate o condizioni non conformi; responsabilità tecnica e pianificazione intervento da parte del Servizio Ingegneria Clinica.
- Aggiornamento procedura: NIS2 e segnalazione incidenti al Ministero della Salute.
Contenuto: integrazione degli obblighi NIS2 (registrazione, gestione degli incidenti di sicurezza informatica, ruoli e responsabilità) e aggiornamento della procedura aziendale per la segnalazione degli incidenti al Ministero della Salute, con tempi, soglie e template di notifica; responsabile: Risk & Compliance / ICT.
- Aggiornamento procedura: controlli iniziali su strumentazione elettromedicale di proprietà del medico.
Contenuto: definizione di check-list pre-uso, responsabilità del medico proprietario e dell'unità tecnica, registrazione esiti controlli, e integrazione nella procedura di accettazione/uso dispositivi (SOL ET SALUS).
- Redazione elenco di priorità di sostituzione basato su analisi FMEA.
Metodo: valutazione delle apparecchiature mediante FMEA semplificata, utilizzando indicatori multipli per definire priorità e piani di investimento. Indicatori proposti da includere nella FMEA:
 - Indicatore tecnico: strumenti con oltre 8 anni di utilizzo.
 - Indice di rischio: comunicazioni ministeriali e comunicazioni del fabbricante (safety notices, recall).
 - Fermi macchina: frequenza e durata dei fermi impianto.
 - Incidenti o NEAR MISS: eventi segnalati e gravità.
 - Comunicazione EOL (End of Life): dispositivi dichiarate a fine vita utile.
 - Numero MS / fermi impianto: numero di interventi di manutenzione straordinaria e segnalazioni.
 - Indicatore clinico: richieste giustificate dal personale clinico (impatto su erogazione prestazioni).
- Calcolo di indicatori per la valutazione delle tempistiche di intervento e risoluzione guasti (KPI).
KPI proposti: tempo medio di presa in carico (MTTA), tempo medio di risoluzione (MTTRs), rispetto SLA contrattuali.

 Rete della Salute	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025-2026	 Sol et Salus SOLUZIONE E SALUTE ASSOCIATE
--	--	---

FARMACOVIGILANZA

Scheda descrittiva degli strumenti/fonti informative disponibili sulla sicurezza delle cure e dei relativi interventi per la prevenzione e riduzione del rischio clinico	
Tipologia	FARMACOVIGILANZA
Letteratura/Normativa di riferimento	Regolamento UE 1235/2010, la cui applicazione è operativa dal 2 luglio 2012, e della Direttiva 2010/84/UE, attualmente in fase di recepimento.
Responsabile Referente del processo	Direzione Sanitaria Montanari Responsabile Farmacia Sol et Salus.
Descrizione dello strumento/fluxo informativo	On-line sul sito AIFA tramite la nuova piattaforma della Rete Nazionale di Farmacovigilanza; compilando la scheda di segnalazione e inviandola al Responsabile di farmacovigilanza della propria struttura di appartenenza dal sito aziendale Talete web nella apposita sezione di segnalazione
SOL ET SALUS	
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Nessuna segnalazione eseguita on line sul sito.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Esecuzione di Audit interni con la logica del Safety Walk Around nell'UO Blocco Operatorio per il monitoraggio della corretta applicazione della P19 Gestione farmaci e P58 Gestione stupefacenti
Valutazione risultati e prospettive future	Tutte le Non Conformità emerse sono state gestite in collaborazione con ufficio qualità e risolte. Continuo monitoraggio della corretta applicazione della procedura con esecuzione di audit mirati anche per il 2026
MONTANARI	
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Nessuna segnalazione eseguita on line sul sito.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Nel corso del 2025 la Direzione Sanitaria ha preso in carico tutte le segnalazioni relative alla farmacovigilanza. È stata revisionata nel 2025 la istruzione operativa sul controllo e gestione farmaci e presidi.
Valutazione risultati e prospettive future	È programmato un Audit clinico per il 2026 che prevede l'aggiornamento e la revisione dei farmaci in prontuario terapeutico. La gestione informatizzata della prescrizione e somministrazione della terapia farmacologica, tramite il software Tecum interfacciato col nuovo SW Infinity, presenta ad oggi ancora alcuni limiti da superare, che sono in carico alla Software House e monitorate dalla Casa di Cura. Nel corso del 2026, si manterrà uno stretto monitoraggio. Nei primi mesi del 2026 è stata emessa una istruzione operativa che funge da guida rivolta al personale infermieristico per la preparazione e somministrazione della terapia informatizzata ed è in fieri la redazione di una guida rivolta al personale medico per la prescrizione della terapia informatizzata. È programmato nel 2026 un evento formativo su: Revisione della terapia e riduzione dei farmaci nell'anziano.
RETE DELLA SALUTE	
Valutazione prospettive future di Rete	Incontri periodici CRCR per valutazione congiunta degli eventi segnalati ed eventuali azioni di miglioramento congiunte e/o programmazione audit

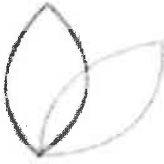
	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025-2026	 OSPEDALE PRIVATO ALL'AVANZATO Prof. E. Montanari Casa di Cura del 1972
		

EMOVIGILANZA

Scheda descrittiva degli strumenti/fonti informative disponibili sulla sicurezza delle cure e dei relativi interventi per la prevenzione e riduzione del rischio clinico	
Tipologia	EMOVIGILANZA
Letteratura/Normativa di riferimento	Sistema informativo dei servizi trasfusionali (SISTRA) (DM 21 dicembre 2007)
Responsabile Referente del processo	Direzioni Sanitarie di presidio
Descrizione dello strumento/fluxo informativo	SISTRA il sistema di emovigilanza, coordinato dal Centro nazionale sangue, che raccoglie le segnalazioni, i dati e le informazioni. Incident reporting utilizzando sito aziendale Talete web nella apposita sezione Rischio clinico
SOL ET SALUS	
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Nessuna segnalazione
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Nessuna segnalazione
Valutazione risultati e prospettive future	Nessun intervento
MONTANARI	
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	È pervenuta una segnalazione dal servizio trasfusionale per un errore nell'invio di campione per la richiesta di sangue. È stata gestita con trattamento immediato di un secondo invio contestuale con modalità corretta e presa in carico da Risk manager/Direzione Sanitaria con programmazione ed effettuazione di un SEA con i Responsabili/Coordinatore della UO.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Azione correttiva scaturita dal SEA per evitare il rischio di riaccadimento: Revisione della Istruzione Operativa Gestione sangue ed emoderivati. Comunicazione della chiusura della non conformità, con le evidenze, al SIT di riferimento.
Valutazione risultati e prospettive future	Nessun intervento e monitoraggio di eventuali Non conformità/Incident reporting
RETE DELLA SALUTE	
Valutazione prospettive future di Rete	Incontri periodici CRCL per valutazione congiunta degli eventi segnalati ed eventuali azioni di miglioramento congiunte e/o programmazione audit

RECLAMI/SUGGERIMENTI

Scheda descrittiva degli strumenti/fonti informative disponibili sulla sicurezza delle cure e dei relativi interventi per la prevenzione e riduzione del rischio clinico	
Tipologia	SODDISFAZIONE DELL'UTENZA, RECLAMI/SUGGERIMENTI E ANALISI DEI SINISTRI
Letteratura/Normativa di	• Direttiva della Presidenza del Consiglio dei ministri del 11 ottobre 1994

 Italia	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025-2026	 CURIA E RIFORMA ACCREDITAZIONE Prof. E. Montanari Casa di Cura Sanitaria  Solet Salus
---	--	---

riferimento	"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	Soddisfazione dell'Utenza: Responsabile Qualità Gestione Reclami: Direttore Sanitario/Risk Manager Gestione dei Sinistri: Comitato Valutazione Sinistri (CVS)
Descrizione dello strumento/flusso informativo	Segnalazione cartacea/verbale/telefonica ed inserimento della segnalazione nel gestionale aziendale Talete web
SOL ET SALUS	
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	40 reclami presi in carico dalla direzione sanitaria con risposta entro 30 giorni
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Risposte tempestive della Direzione sanitaria ad ogni reclamo pervenuto con identificazione del segnalante
Valutazione risultati e prospettive future	Efficace presa in carico dei reclami
MONTANARI	
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	10 reclami presi in carico dalla direzione sanitaria con risposta entro 30 giorni
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Risposte tempestive della Direzione sanitaria ad ogni reclamo pervenuto con identificazione del segnalante.
Valutazione risultati e prospettive future	Efficace presa in carico dei reclami
RETE DELLA SALUTE	
Valutazione prospettive future di Rete	Nessuna azione di rete ma di singolo presidio

	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025-2026	
---	--	---

ANALISI SINISTRI

Scheda descrittiva degli strumenti/fonti informative disponibili sulla sicurezza delle cure e dei relativi interventi per la prevenzione e riduzione del rischio clinico	
Tipologia	ANALISI DEI SINISTRI
Letteratura/Normativa di riferimento	* 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	Comitati Valutazione Sinistri (CVS) di presidio
Descrizione dello strumento/flusso informativo	Richieste di risarcimento
SOL ET SALUS	
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Nel 2025 sono pervenute 6 richieste di risarcimento in totale tra prestazioni di ricovero e ambulatoriali. Le richieste sono state prese in carico dal CVS e analizzate secondo le modalità descritte nelle procedure aziendali.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Nel corso del 2025, durante le riunioni del Comitato valutazione Sinistri (con cadenza mensile), sono stati analizzati tutti gli eventi.
Valutazione risultati e prospettive future	Il CVS dà indicazioni per l'alimentazione del Fondo Rischi facendo una stratificazione del rischio di soccombenza per sinistro calcolando richiesta di risarcimento e relative franchigie. L'analisi dei sinistri ha portato al perfezionamento del modello organizzativo di prevenzione e gestione del rischio infettivo revisionando in maniera puntuale le procedure richieste dalle normative in essere. E' stato creato un data base di raccolta dei documenti relativi alla gestione delle infezioni disponibili in maniera tempestiva al momento di richiesta da parte delle assicurazioni.
MONTANARI	
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Nel 2025 sono pervenute 28 richieste di risarcimento in totale tra prestazioni di ricovero e ambulatoriali relative a prestazioni effettuate dal 2017 al 2025. Le richieste sono state prese in carico dal CVS e analizzate secondo le

 Rete della Salute	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025-2026	 Sol et Salus
--	--	--

	modalità descritte nelle procedure aziendali.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Nel corso del 2025, durante le riunioni del Comitato valutazione Sinistri (con cadenza semestrale), sono stati analizzati gli eventi più significativi; è stato migliorato il percorso di selezione dei pazienti nella fase del prericovero e di dimissione dei pazienti con particolare attenzione ad eventuali segnali di infezione. Il Responsabile amministrativo ha effettuato un corso di aggiornamento intitolato "Fondo rischi e Fondo riserva sinistri: Analisi, Implicazioni e Opportunità previste dalla Legge Gelli Bianco n°24/2017 e dal Decreto attuativo n. 232/2023"
Valutazione risultati e prospettive future	Nell'anno in corso è necessario definire il Fondo Rischi, che opera a copertura dei rischi individuabili al termine dell'esercizio e che potrebbero dar luogo a richieste di risarcimento. Per questo sono stati rilevati gli eventi significativi: reinterventi, re-ricoveri, trasferimenti ad altra struttura per acuti, ricoveri prolungati, reclami URP, le infezioni profonde rilevate con le telefonate SichER. Sono state analizzate le cartelle cliniche che sono state inviate, per una analisi tecnica al loss adjuster, al referente della assicurazione ed al medico legale. Il processo di stima del fondo, in applicazione degli specifici principi contabili di riferimento, laddove necessario, richiede particolari conoscenze e l'utilizzo di tecniche probabilistico-attuariali ed idonee esperienze ai fini della misurazione dei relativi oneri da fronteggiare con la costituzione dei fondi. Proseguono gli incontri del CVS e di CIO/CRC ed i contatti con il loss adjuster per il monitoraggio
RETE DELLA SALUTE	
Valutazione prospettive future di Rete	Nessuna azione di Rete ma solo di singolo Presidio

LESIONI DA PRESSIONI

Scheda descrittiva degli strumenti/fonti informative disponibili sulla sicurezza delle cure e dei relativi interventi per la prevenzione e riduzione del rischio clinico	
Tipologia	LESIONI DA PRESSIONE
Letteratura/Normativa di riferimento	Le medicazioni avanzate per il trattamento delle ferite acute e croniche allegato 1 Protocollo di trattamento delle lesioni da pressione – Regione Emilia-Romagna
Responsabile Referente del processo	Risk manager di presidio e di Rete Referente medicazioni per CdC Montanari
Descrizione dello strumento/fluxo informativo	File excel condiviso con coordinatori di UO e Governo clinico in cui vengono segnalati pazienti che entrano con LDP, a cui insorge una LDP e che vengono dimessi con LDP con relativo grado di lesione
SOL ET SALUS	
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	L'incidenza di LDP per UO nell'anno 2025: UO chirurgia e riabilitazione ortopedica: • 0 LDP insorte durante il ricovero

 Rete della Salute	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025-2026	 CARICAMENTO E GESTIONE ACQUA Prof. E. Montanari Cassa di Loro del 1912  Solet Salus SISTEMI E SERVIZI DI PROTEZIONE
--	--	--

	• 0 pazienti entrano con LDP UO Riabilitazione chirurgia funzionale libra e orione: • 5 LDP insorte durante il ricovero • 18 pazienti entrano con LDP UO Riabilitazione chirurgia funzionale Villetta • 34 LDP insorte durante il ricovero • 25 pazienti entrano con LDP UO Neuroriabilitazione • 2 LDP insorta durante il ricovero • 18 pazienti entrano con LDP UO Semintensiva • 0 DD insorta durante il ricovero • 7 pazienti entrano con LDP
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Audit clinico per insorgenza LDP durante il ricovero e apertura AC per compilazione registro delle LDP
Valutazione risultati e prospettive future	Corso di formazione per il 2026: • LDP: Protocollo, Stadiazione, Prevenzione, Trattamento – Scale di valutazione Riunione con i coordinatori per valutare i risultati del 2025 e intraprendere eventuali ulteriori azioni per il 2026
MONTANARI	
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	L'incidenza di LDP per UO nell'anno 2025: UO chirurgia polispecialistica: • 0 LDP insorte durante il ricovero • 0 pazienti entrano con LDP presente UO Medicina generale: • 16 LDP insorte durante il ricovero • 108 pazienti entrano con LDP
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	I dati evidenziano che il numero di lesioni da pressione si è ridotto al 2.9% (rispetto al 5.2% dell'anno precedente). Questo anche in funzione dei processi di miglioramento messi in atto dallo scorso anno, ovvero l'acquisto di alcuni nuovi materassi antidecubito ad aria ed individuazione di personale infermieristico dedicato a medicazione e monitoraggio.
Valutazione risultati e prospettive future	Audit clinico a febbraio 2026, volto all'analisi dei dati relativi alle lesioni da decubito del 2025 e alla redazione di una check list per Audit clinici su LDP con la definizione di: • criteri di processo e di esito • obiettivi da raggiungere • strumenti di misura per il monitoraggio a partire dal 2026
RETE DELLA SALUTE	
Valutazione prospettive future di Rete	Evento formativo di Rete inerente alla gestione delle LDP nei pazienti in medicina e riabilitazione. Incontri periodici CRICR per valutazione degli eventi segnalati ed eventuali azioni di miglioramento congiunte e/o programmazione di audit.

 Istituto di Salute	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025-2026	 Sol et Salus
---	--	---

PIANO DI INTERVENTO IGIENE DELLE MANI

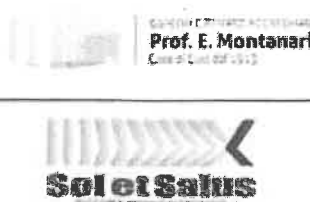
Scheda descrittiva degli strumenti/fonti informative disponibili sulla sicurezza delle cure e dei relativi interventi per la prevenzione e riduzione del rischio clinico	
Tipologia	PIANO DI INTERVENTO SULL'IGIENE DELLE MANI
Letteratura/Normativa di riferimento	ASSR Regione Emilia-Romagna.
Responsabile Referente del processo	CIO di Rete e di Presidio
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; nei presidi di Rete della salute 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)
SOL ET SALUS	
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	• L'analisi delle schede di osservazione ha complessivamente rilevato: • Prima del contatto: azioni efficaci 88,2% • Prima di una manovra in asepsi: azioni efficaci 100% • Dopo il contatto: azioni efficaci 91,3% • Dopo contatto con fluido: azioni efficaci 100% • Dopo contatto con circondario: azioni efficaci 100% • Totali: azioni efficaci 91,2% riferito a 329 rilevazioni di opportunità di utilizzo gel
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Sol et Salus utilizza alcuni strumenti che permettono di monitorare l'adesione del personale coinvolto ad una corretta compliance dell'igiene delle mani (osservazione relativa all'igiene delle mani, il consumo di gel idroalcolico)
Valutazione risultati e prospettive future	Sol et Salus 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. Formazione nuovi operatori per eseguire le osservazioni
MONTANARI	
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Nel corso del 2025 si è registrato un rallentamento delle osservazioni dovuto al turn over del personale nei primi mesi del II semestre, ma nell'ultima parte dell'anno l'attività è ripresa con regolarità, dopo l'identificazione e la formazione di nuovi infermieri referenti.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Sono stati svolti eventi formativi per personale sanitario in tema di "Bundle delle mani" e "Igiene mani" nel 2025.
Valutazione risultati e prospettive future	Continua l'attività del Comitato Infezioni Ospedaliere con incontri trimestrali programmati anche per il 2026 in cui vengono esaminate le risultanze delle

 Rete della Salute	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025-2026	 Sol et Salus
---	--	--

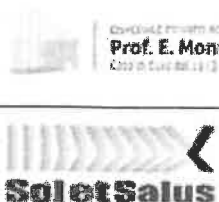
	osservazioni sull'igiene delle mani. Si prosegue con le osservazioni.
RETE DELLA SALUTE	
Valutazione prospettive future di Rete	Incontri periodici CIO di Rete per valutazione congiunta dei dati inseriti su Talete web ed eventuali azioni di miglioramento congiunte e/o programmazione di osservazioni crociate di igiene delle mani

PREVENZIONE LEGIONELLOSI

Scheda descrittiva degli strumenti/fonti informative disponibili sulla sicurezza delle cure e dei relativi interventi per la prevenzione e riduzione del rischio clinico	
Tipologia	PREVENZIONE LEGIONELLOSI
Letteratura/Normativa di riferimento	• 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 • DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 12 GIUGNO 2017, N. 828 Approvazione delle Linee guida regionali per la sorveglianza e il controllo della Legionellosi • D.Lgs. 23 Febbraio 2023 n.18 "Attuazione della direttiva (UE) 2020/2184 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 dicembre 2020, concernente la qualità delle acque destinate al consumo umano". • D.Lgs. 102/2025 Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 23 febbraio 2023, n. 18, di attuazione della direttiva (UE) 2020/2184 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 dicembre 2020, concernente la qualità delle acque destinate al consumo umano. (25G00106) (GU Serie Generale n.153 del 04-07-2025 - Suppl. Ordinario n. 24)
Responsabile Referente del processo	Responsabile Ufficio Tecnico (CdC Montanari), RSPP (Sol et Salus), Direzione Sanitaria
Descrizione dello strumento/fluxo informativo	I presidi della Rete adottano 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 il documento di valutazione del rischio da legionellosi per singolo presidio.
SOL ET SALUS	
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di	Per controllare efficacemente il rischio di Legionellosi correlata all'assistenza è necessario intervenire in diversi ambiti (clinico, assistenziale, ambientale)

	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025-2026	
---	--	---

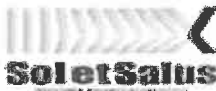
intervento	ed è quindi essenziale la collaborazione di tutte le diverse professionalità coinvolte. Presso Sol et Salus è stato costituito un Gruppo di lavoro multidisciplinare con il compito di definire il Programma di controllo della Legionellosi correlata all'assistenza che veda rappresentate le specifiche competenze sviluppate sul tema. In sede di riunione annuale ex art.35 del Testo unico della Sicurezza il gruppo di lavoro MULTIDISCIPLINARE analizza i dati ottenuti della valutazione del rischio e i relativi campionamenti eseguiti per confermare e/o individuare nuove misure di controllo. Dal 13/03/2024 è stato nominato il "Gestore della distribuzione idrica delle acque interne" (GIDI), come previsto dal D.lgs 18/2023 allegato VIII. Il GIDI deve garantire il mantenimento della qualità dell'acqua, monitorando i parametri dell'allegato I parte D riportante nuovi limiti per Piombo e Legionella.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	• Flussaggi Utenze • Campionamenti Semestrali Legionella E Potabilità • Trattamenti In Continuo O Shock Qualora Necessari • Pulizia E Disinfezione Rompigetto E Soffioni • Sostituzioni Tubi Flessibili Delle Docce • Sostituzione E Pulizia Filtri Uta • Formazione Specifica Del Personale
Valutazione risultati e prospettive future	Vedi azioni di Rete
MONTANARI	
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Le aree di intervento si concentrano su controlli e attività su impianto idrico e di areazione. In sede di riunione annuale (ex art.35 del Testo unico della Sicurezza) Direzione Sanitaria, Servizio Tecnico e Proprietà analizzano i dati ottenuti della valutazione del rischio e i relativi campionamenti per confermare e/o individuare nuove misure di controllo.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	E' stato nominato nel 2025 il "Gestore della distribuzione idrica delle acque interne" (GIDI). Periodicamente viene effettuato un campionamento per ricerca di Legionella: nelle analisi del 2025 sono state riscontrate nr. 2 deboli positività nel mese di giugno e nr. 2 deboli positività nel mese di dicembre, tutte in locali non adibiti ad attività sanitarie; si è provveduto immediatamente alla intensificazione del flussaggio, alla sostituzione dell'areatore e in due casi alla sostituzione del terminale. Al successivo campionamento i valori sono rientrati nella norma. Il Piano di contenimento della Legionella prevede una serie di attività di flussaggio, manutenzione e verifica degli impianti oltre alla formazione del personale. La Direzione Sanitaria e il Servizio Tecnico attuano un monitoraggio costante

 Rete della Salute	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025-2026	 Sol et Salus
--	--	--

	per verificare che tali indicazioni siano rispettate.
Valutazione risultati e prospettive future	Vedi azioni di Rete
RETE DELLA SALUTE	
Valutazione prospettive future di Rete	Gli interventi riportati nel piano di controllo e rischio legionellosi interno, hanno dimostrato l'efficacia della programmazione e degli interventi di manutenzione degli impianti. 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.

CHECK LIST DI SALA OPERATORIA SSCL

Scheda descrittiva degli strumenti/fonti informative disponibili sulla sicurezza delle cure e dei relativi interventi per la prevenzione e riduzione del rischio clinico	
Tipologia	CHECK LIST DI SALA OPERATORIA SSCL
Letteratura/Normativa di riferimento	- 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 Referente del processo	Direzione Sanitaria/Risk Manager Responsabili e Coordinatori Blocco Operatorio di presidio
Descrizione dello strumento/fluxo informativo	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. 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). 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. 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.
SOL ET SALUS	
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Sol et Salus aderisce al progetto SOS net sale sicure, estendendo l'adozione e dunque l'utilizzo della scheda come standard a tutta la propria attività chirurgica. Le schede SSCL vengono elaborate in maniera digitale e questo permette l'adesione nel 100% degli interventi essendo la

 Rete della Salute	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025-2026	 REGIONE EMILIA-ROMAGNA Prof. E. Montanari Chirurgo Generale  SoletSalus
--	--	---

	compilazione vincolata alla stampa del referto operatorio.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Adeguamento alle direttive regionali per la compilazione del SSCL estesa anche alla chirurgia ambulatoriale (compresa quella oculistica)
Valutazione risultati e prospettive future	Complessivamente sono state compilate ed inviate 2.299 schede • errori scartanti 25 (0,01%) dovuti ad errori di inserimento dei dati • segnalazioni 14 (0,006%) Per il 2026 si struttura un'analisi delle segnalazioni avvenute
MONTANARI	
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	La CdC Montanari ha aderito da anni al progetto SOS.net sale operatorie sicure, estendendo l'adozione e dunque l'utilizzo della scheda come standard a tutta la propria attività chirurgica Nel 2025 ci è stato segnalato dalla Regione che la corrispondenza nei primi 9 mesi era in riduzione (pari all'84%).
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	A seguito della segnalazione è stato eseguito un attento monitoraggio degli invii e sono state recuperate le schede non precedentemente inserite. Ogni 15 giorni è stato stampato l'elenco delle checklist mancanti ed effettuato il loro inserimento. A seguito dell'azione di miglioramento nel 2025 il numero totale degli interventi è stato di 8157, le checklist compilate 8120, con una percentuale del 99.5%.
Valutazione risultati e prospettive future	Prosegue il monitoraggio mensile delle schede non inserite. Già nel secondo semestre del 2025 abbiamo chiesto alla SWH Afea di inserire le schede per gli interventi di chirurgia ambulatoriale e dai primi di febbraio le schede sono inserite e compilabili. Abbiamo chiesto di inserire inoltre una nuova stampa di controllo anche delle checklist degli interventi ambulatoriali.
RETE DELLA SALUTE	
Valutazione prospettive future di Rete	Incontri periodici CRCL per valutazione congiunta degli eventi segnalati ed eventuali azioni di miglioramento congiunte e/o programmazione audit.

RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI

Scheda descrittiva degli strumenti/fonti informative disponibili sulla sicurezza delle cure e dei relativi interventi per la prevenzione e riduzione del rischio clinico	
Tipologia	RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI
Letteratura/Normativa di riferimento	• 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	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.

 Rete della Salute	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025-2026	 Sol et Salus
--	--	--

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.	
SOL ET SALUS	
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Attualmente per le raccomandazioni che riguardano l'attività svolta nelle strutture di rete della Salute (1-2-3-4-5-7-8-9-11-12-13-17-18-19) sono presenti apposite procedure ed istruzioni operative diffuse ed applicate e ne è monitorata l'aderenza.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Nel corso del 2025 sono stati eseguiti audit programmati finalizzati anche alla valutazione di adesione alle raccomandazioni ministeriali. Le Raccomandazioni sono applicate correttamente.
Valutazione risultati e prospettive future	Nel corso del 2026 continuerà il monitoraggio del rispetto delle procedure relative alle raccomandazioni ministeriali. Si prosegue con invio ad Agenas per quanto di competenza.
MONTANARI	
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Attualmente per le raccomandazioni che riguardano l'attività svolta nelle strutture di rete della Salute (1-2-3-4-5-7-8-9-11-12-13-17-18-19) sono presenti apposite procedure ed istruzioni operative diffuse ed applicate e ne è monitorata l'aderenza.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Nel corso del 2025 sono stati eseguiti audit programmati finalizzati anche alla valutazione di adesione alle raccomandazioni ministeriali. Le Raccomandazioni sono applicate correttamente.
Valutazione risultati e prospettive future	Nel corso del 2026 continuerà il monitoraggio del rispetto delle procedure relative alle raccomandazioni ministeriali. Si prosegue con invio ad Agenas per quanto di competenza.
RETE DELLA SALUTE	
Valutazione prospettive future di Rete	Incontri periodici CRCR per valutazione congiunta degli eventi segnalati ed eventuali azioni di miglioramento congiunte e/o programmazione audit. Si prosegue con invio ad Agenas per quanto di competenza.

ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI

Scheda descrittiva degli strumenti/fonti informative disponibili sulla sicurezza delle cure e dei relativi interventi per la prevenzione e riduzione del rischio clinico	
Tipologia	ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI
Letteratura/Normativa di riferimento	• 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

 Istituto della Salute	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025-2026	 Prof. E. Montanari  Sole et Salus
--	--	---

	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 (CdC Montanari), RSPP e Risk Manager (Sol et Salus)
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	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. Compila il modulo su TaleteWeb / Rischio clinico / Segnalazioni / Aggressione (la compilazione del modulo deve essere garantita entro 10 giorni dall'accadimento)
SOL ET SALUS	
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Sono state segnalate 2 aggressioni verbali
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Per la gestione delle 2 aggressioni sono state eseguite le relative indagini dal risk manager e dal RSPP in collaborazione con il personale di reparto e ufficio qualità. Trattasi di aggressioni verbali correttamente gestite, di entità minore.
Valutazione risultati e prospettive future	Nessuna azione prevista
MONTANARI	
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Nessuna aggressione
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel	Per la prevenzione del rischio clinico si sono attuati eventi formativi rivolti al personale, quali:

 Rete della Salute	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025-2026	 Ospedale Privato alla Veduggia Prof. E. Montanari Cura e Cura-2024-12  Solet Salus SOL ET SALUS
--	--	--

periodo di riferimento	• la prevenzione e la gestione degli atti di violenza sugli operatori sanitari
Valutazione risultati e prospettive future	Nessuna azione di miglioramento
RETE DELLA SALUTE	
Valutazione prospettive future di Rete	Incontri periodici CRCR per valutazione congiunta degli eventi segnalati ed eventuali azioni di miglioramento congiunte e/o programmazione audit

SEGNALAZIONI SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE

Scheda descrittiva degli strumenti/fonti informative disponibili sulla sicurezza delle cure e dei relativi interventi per la prevenzione e riduzione del rischio clinico					
Tipologia		SEGNALAZIONI SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE			
Letteratura/Normativa di riferimento		D.lgs 81/08 - Procedure sicurezza interne - DM 3/08/2026 - DPR n.1124 del 1965			
Responsabile Referente del processo		RSPP dei presidi			
Descrizione dello strumento/fluxo informativo		Dati INAIL			
SOL ET SALUS					
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento		DVR ai sensi del D.lgs.81/08 - Piano di miglioramento - Rischio Biologico (Titolo X bis) - Registrazioni infortuni e Near Miss Analisi del fenomeno infortunistico secondo la norma UNI 7249 al netto degli infortuni in itinere e degli accadimenti con prognosi zero giorni:			
		Sol et Salus	2023	2024	2025
		n° Medio dipendenti	169	168	159
		Ore lavorate (ore)	246410	243966	237984
		n° Infortuni	7	4	6
		Durata totale infortuni (gg)	393	45	201
		Indice di incidenza	4,14	2,38	3,77
		Indice di frequenza	28,41	16,40	25,21
		Indice di gravità	1,59	0,18	0,84
		Durata media (gg)	56,14	11,25	33,50
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento		Rapporto annuale delle azioni correttive applicate in termini tecnici-organizzativi-procedurali anno 2025: • Titolo X-bis del D.lgs. 81/08: riorganizzazione nei reparti per le modalità di utilizzo, confezionamento e chiusura dei rifiuti negli appositi contenitori; aggiornamento della procedura specifica P09 • Aggiornamento del Documento di Valutazione del Rischio Chimico a seguito dell'aggiornamento delle SDS • Definizione di un modulo di analisi degli infortuni ad integrazione della procedura P71 • Verifica dell'applicazione delle check-list di sicurezza mensile • Valutazione del rischio MMC e traino/spinta: manutentori e OSS			



PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025-2026

CORRISPONDENTE CLINICO
Prof. E. Montanari
Cura & Cura 84-1212



	Aggiornamento del modulo di consegna DPI P61																																				
Valutazione risultati e prospettive future	Riunione periodica annuale art. 35 D.lgs 81/08- - Statistica infortuni Azioni previste 2026: • Aggiornamento del documento di valutazione del rischio biologico • Adozione di un sistema di rilevazione dei mancati infortuni e attuazione delle misure migliorative idonee ad impedire il ripetersi degli eventi rilevati; aggiornamento delle procedure e analisi dei mancati infortuni P59. • Aggiornamento DVR rischio chimico: valutazione di inserimento di un nuovo agente chimico • Revisione delle procedure di accesso e sorveglianza dei locali a maggior rischio di rapina • Vedi azioni Azioni di Rete Aggiornamento DVR: valutazione del rischio di molestie e condotte violente nei confronti dei lavoratori ai sensi della Legge 198 del 19/12/2025 (di conversione del D.lgs. 159/2025) e programmazione delle misure preventive adeguate.																																				
MONTANARI																																					
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	DVR ai sensi del D.lgs.81/08 - Piano di miglioramento - Rischio Biologico (Titolo X bis) - Registrazioni infortuni e Near Miss Analisi del fenomeno infortunistico secondo la norma UNI 7249 al netto degli infortuni in itinere e degli accadimenti con prognosi zero giorni: <table><tr><td>Montanari</td><td>2023</td><td>2024</td><td>2025</td></tr><tr><td>n° Medio dipendenti</td><td>150.5</td><td>155.5</td><td>157.5</td></tr><tr><td>Ore lavorate (ore)</td><td>223309.9</td><td>231349.5</td><td>228268.1</td></tr><tr><td>n° Infortuni</td><td>6</td><td>1</td><td>3</td></tr><tr><td>Durata totale infortuni (gg)</td><td>47</td><td>15</td><td>157</td></tr><tr><td>Indice di incidenza</td><td>3.99</td><td>0.64</td><td>1.9</td></tr><tr><td>Indice di frequenza</td><td>26.87</td><td>4.32</td><td>13.4</td></tr><tr><td>Indice di gravità</td><td>0.21</td><td>0.06</td><td>0.69</td></tr><tr><td>Durata media (gg)</td><td>7.83</td><td>15</td><td>52.3</td></tr></table>	Montanari	2023	2024	2025	n° Medio dipendenti	150.5	155.5	157.5	Ore lavorate (ore)	223309.9	231349.5	228268.1	n° Infortuni	6	1	3	Durata totale infortuni (gg)	47	15	157	Indice di incidenza	3.99	0.64	1.9	Indice di frequenza	26.87	4.32	13.4	Indice di gravità	0.21	0.06	0.69	Durata media (gg)	7.83	15	52.3
Montanari	2023	2024	2025																																		
n° Medio dipendenti	150.5	155.5	157.5																																		
Ore lavorate (ore)	223309.9	231349.5	228268.1																																		
n° Infortuni	6	1	3																																		
Durata totale infortuni (gg)	47	15	157																																		
Indice di incidenza	3.99	0.64	1.9																																		
Indice di frequenza	26.87	4.32	13.4																																		
Indice di gravità	0.21	0.06	0.69																																		
Durata media (gg)	7.83	15	52.3																																		
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Azioni di miglioramento intraprese nell'anno 2025 a fronte della valutazione degli infortuni accaduti nel corso dell'anno 2024: • Corso di formazione sul tema della violenza nei confronti degli operatori sanitari, denominato: "La prevenzione e la gestione degli atti di violenza sugli operatori sanitari" erogato a tutto il personale sanitario • Redazione I.O. 35 01 gestione DPI • Redazione I.O. 35 02 Gestione infortuni sul lavoro • Incontri con operatori del reparto di Medicina con approfondimenti sul contenuto di I.O. 35 01 e I.O. 35 02 • Redazione P 37 (ex IO 19 07) Gestione del rischio biologico occupazionale • Corso di formazione aggiornamento sicurezza con approfondimenti sul contenuto di I.O. 35 01 e I.O. 35 02																																				
Valutazione risultati e prospettive future	Riunione periodica annuale art. 35 D.lgs 81/08- Osservatorio infortuni Azioni di miglioramento previste per l'anno 2026 a fronte della valutazione degli infortuni accaduti nel corso dell'anno 2025: • Aggiornamento della valutazione MAPO • Corso di formazione rivolto alla gestione del rischio biologico in ambiente																																				

 Istituto della Salute	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025-2026	DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA Prof. E. Montanari CHIEF OF CLINICAL UNIT
--	---	--

	sanitario • Vedi Azioni di Rete
RETE DELLA SALUTE	
Valutazione prospettive future di Rete	Azioni di miglioramento previste per l'anno 2026 a fronte della valutazione degli infortuni accaduti nel corso dell'anno 2025 • Corso di formazione sulla corretta movimentazione del paziente e rischio MAPO (vedi scheda azione 2026 di Rete) • Valutazione con la SWH dell'eventuale implementazione della gestione degli infortuni e miglioramento della gestione dei Near Miss in ambito di Sicurezza all'interno della piattaforma aziendale TALETE

 Istituto Salus	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025-2026	 OSPEDALE CIVILE MONTANARI Prof. E. Montanari CON A CURA DEL  Sol et Salus
---	--	---

4. PIANO DELLE AZIONI E DEI PROGETTI DI MIGLIORAMENTO PER L'ANNO 2026

SCHEDA N. 01- 2026	
Ambito di intervento	Prevenzioni delle infezioni correlate all'assistenza
Tipologia	Elaborazione dei dati raccolti dalle rilevazioni sull'igiene delle mani e successiva analisi nei CIO di Rete e di presidio Sensibilizzazione ed aumento del consumo di gel idroalcolico
Normativa di riferimento	5 momenti fondamentali OMS – Sorveglianza consumo soluzione idroalcolica
Tematiche correlate	Prevenzione infezioni ospedaliere
Responsabile/Referente del Processo	Risk manager di Rete e di presidio
Descrizione del Flusso informativo	Data base / gestionali raccolte dati e invio flussi informativi Regionali
Altri Flussi correlati	Schede su Talete per bundle igiene mani
Valutazione del rischio	Rischio ICA
Interventi effettuati nel periodo precedente	Raccolta dei dati e analisi Scheda OMS
Empowerment dei cittadini	Brochure per la prevenzione delle infezioni e sul lavaggio delle mani
Giudizio complessivo	Positivo
Obiettivo generale	Ridurre le infezioni correlate all'assistenza
Attività	Rilevazioni ripetute nelle UUOO dell'ospedale incrociando gli operatori in UO diverse da quelle di appartenenza
Indicatori di risultato	Consumo gel idroalcolico – consumo antibiotici – Report lavaggio mani

 Istituto per la Salute	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025-2026	 Ospedale Privato Accreditato Prof. E. Montanari Centro Cure Acute
		 Sol et Salus

SCHEDA N. 02- 2026

Ambito di intervento	Formazione MAPO
Tipologia	Formazione di Rete rivolto al personale di entrambi i presidi per garantire la sicurezza sui luoghi di lavoro: MAPO movimentazione assistita pazienti ospedalizzati
Normativa di riferimento	Sicurezza sui luoghi di lavoro Dlgs 81/2008
Tematiche correlate	Rischio clinico – prevenzione lesioni da pressione - Sistema Qualità e Accreditamento
Responsabile/Referente del Processo	RSPP
Descrizione del Flusso informativo	Comunicazione all'ufficio formazione per la condivisione dell'obiettivo
Altri Flussi correlati	INAIL
Valutazione del rischio	La corretta movimentazione assistita di pazienti ospedalizzati è tematica necessaria per la sicurezza dei lavoratori in ambito ospedaliero
Interventi effettuati nel periodo precedente	Interventi nei singoli presidi
Empowerment dei cittadini	-
Giudizio complessivo	Positivo
Obiettivo generale	Prevenzione infortuni sui luoghi di lavoro
Attività	Formazione del personale Individuato
Indicatori di risultato	Esecuzione evento formativo e verifica dell'efficacia entro il 2026

 Rete di Salute	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025-2026	 Sol et Salus
---	---	--

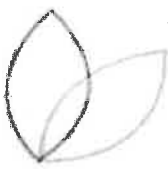
SCHEDA N. 03- 2026

Ambito di intervento	<i>Rischio clinico</i>
Tipologia	<i>Creazione del Comitato Rischio Clinico di Rete ed avvio incontri</i>
Normativa di riferimento	<i>Accreditamento istituzionale – Legge Gelli-Bianco – Legge RER 13/2012</i>
Tematiche correlate	<i>Rischio clinico</i>
Responsabile/Referente del Processo	<i>Risk manager di Rete</i>
Descrizione del Flusso informativo	<i>Centro Regionale per la gestione del Rischio Sanitario e la sicurezza del paziente - SIMES</i>
Altri Flussi correlati	<i>Talete</i>
Valutazione del rischio	<i>Per il Rischio clinico i singoli presidi gestiscono gli incident reporting seguendo la medesima scheda processo e procedura e sono consolidati incontri strutturati di Rete tra risk manager; si implementa ora anche un Comitato Rischio Clinico di Rete, coordinato dal Risk Manager di rete, al fine di creare sinergie tra professionisti per la progettazione, il monitoraggio e la valutazione congiunta degli incident reporting e di eventuali azioni o opportunità.</i>
Interventi effettuati nel periodo precedente	<i>Incontri strutturati di Rete tra risk manager Risk Manager di Rete che coordina attività di Rete Software e procedure utilizzati</i>
Empowerment dei cittadini	<i>-</i>
Giudizio complessivo	<i>Positivo</i>
Obiettivo generale	<i>Monitorare la corretta adesione alle procedure, alle raccomandazioni ministeriali, valutazione congiunta degli incident reporting e progettazione di eventuali azioni di rete</i>
Attività	<i>Revisione organigramma di rete, strutturazione CRCR e programmazione ed effettuazione incontri; rapporti con la Regione per utilizzo SegnalER / integrazione SegnalER - Talete</i>
Indicatori di risultato	<i>Verbali CRCR</i>

	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025-2026	 Ospedale Privato ACQUA CHIARI Prof. E. Montanari Capo di Cure del 2012 
---	--	--

SCHEDA N. 04 - 2026

Ambito di intervento	Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC)
Tipologia	Stesura del documento di Rete ad opera di un gruppo di lavoro costituito da professionisti delle due strutture
Normativa di riferimento	Accreditamento Istituzionale – Legge 219/2017 e Linee Guida - DGR 514/2009 e successive modifiche - Piano Nazionale Cronicità
Tematiche correlate	Qualità e sicurezza delle cure Centralità del paziente Informazione
Responsabile/Referente del Processo	Direzioni Sanitarie
Descrizione del Flusso informativo	Cartelle cliniche
Altri Flussi correlati	-
Valutazione del rischio	Creare un processo strutturato per pazienti con pluricomorbidità
Interventi effettuati nel periodo precedente	Gestione di presidio.
Empowerment dei cittadini	Garantire un percorso strutturato per condividere con il paziente e/o caregiver gli obiettivi di cura e rispettare volontà, valori e preferenze
Giudizio complessivo	Positivo
Obiettivo generale	Creare un documento PCC di Rete
Attività	Creazione di un gruppo di lavoro costituito da Direttori Sanitari e Risk Manager e Responsabili e Coordinatori di UUOO delle due strutture; incontri e redazione documento
Indicatori di risultato	Procedura e pianificazione Audit di Rete

 Istituto per la Salute	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025-2026	 UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO Prof. E. Montanari L. 15/11/2012
		 Solet Salus

SCHEDA N. 05- 2026

<i>Ambito di intervento</i>	Responsabilità ed Autorità del sistema RIS-PACS e Redazione Organigramma di Diagnostica per immagini di Rete
<i>Tipologia</i>	Stesura di documenti di Rete
<i>Normativa di riferimento</i>	D.Lgs. 101/2020
<i>Tematiche correlate</i>	Radioesposizione di pazienti e lavoratori
<i>Responsabile/Referente del Processo</i>	Responsabili Servizi di Diagnostica per immagini, Esperti Qualificati
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	-
<i>Altri Flussi correlati</i>	-
<i>Valutazione del rischio</i>	L'esercizio dell'impianto avviene nel rispetto delle norme di radioprotezione del paziente e degli operatori, assicurando l'efficienza clinica e la sicurezza tecnica delle apparecchiature nei singoli presidi; tuttavia si ravvede l'opportunità di implementare documentazione di Rete
<i>Interventi effettuati nel periodo precedente</i>	Procedure gestite in maniera autonoma nei presidi
<i>Empowerment dei cittadini</i>	Sicurezza nella radioesposizione
<i>Giudizio complessivo</i>	Positivo
<i>Obiettivo generale</i>	Procedura Responsabilità ed Autorità del sistema RIS-PACS e redazione organigramma di Diagnostica per immagini di Rete
<i>Attività</i>	Creazione gruppo di lavoro con professionisti di entrambe le strutture al fine di redigere documentazione di rete in tema di Responsabilità ed Autorità del sistema RIS-PACS, compreso un organigramma di Rete con definizione di nomine e responsabilità
<i>Indicatori di risultato</i>	Documenti di Rete

 Rete Ospedaliera Salyre	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025-2026	 ORDINE DEI MEDICI DEL CIRCOLO Prof. E. Montanari Circolo Medico del 1912  Sol et Salus
--	---	---

SCHEDA N. 06- 2026

<i>Ambito di intervento</i>	Revisione critica dei consensi informati in uso in entrambi i presidi al fine di uniformare quelli relativi ai più frequenti interventi comuni
<i>Tipologia</i>	Stesura di alcuni consensi informati di Rete
<i>Normativa di riferimento</i>	Legge 219/2017
<i>Tematiche correlate</i>	Rischio Clinico
<i>Responsabile/Referente del Processo</i>	Direzioni Sanitarie e Risk Manager
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	Cartelle Cliniche
<i>Altri Flussi correlati</i>	-
<i>Valutazione del rischio</i>	Sono in uso nei singoli presidi consensi informati e procedure per la loro gestione; si vuole perseguire un obiettivo di Rete volto al confronto tra professionisti per l'eventuale stesura di documenti di Rete
<i>Interventi effettuati nel periodo precedente</i>	Gestione nei singoli presidi dei consensi informati e relative procedure
<i>Empowerment dei cittadini</i>	Sicurezza delle cure, comunicazione e informazione
<i>Giudizio complessivo</i>	Positivo
<i>Obiettivo generale</i>	Stesura consensi informati di Rete per i principali interventi che vengono eseguiti in entrambe le strutture
<i>Attività</i>	Identificazione interventi su cui focalizzarsi, creazione team di lavoro
<i>Indicatori di risultato</i>	Documenti di Rete

	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025-2026	 Prof. E. Montanari CAPOFILA 2015-3  Sol et Salus UNIVERSITA' DI MEDICINA E CHIRURGIA
---	--	---

5. LEGGI, NORME, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA E RACCOMANDAZIONI APPLICABILI

- D. Lgs. 502/92: Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.
- D.P.R. 14/01/1997: Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.
- D. Lgs 229/99: Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419.
- D. Lgs 254/00: Disposizioni correttive e integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari.
- D. Lgs 81/08: Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro - Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.
- Circolare Ministeriale n.52/1985: "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
- Circolare Ministeriale n. 8/1988: "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza".
- D.M. 24 luglio 1995: "Contenuti e modalità degli indicatori di efficienza nel Servizio sanitario nazionale" GU n. 263, 10 Novembre 1995.
- PSN 2003-2005, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie trasmissibili prevenibili con la vaccinazione, la sorveglianza delle infezioni nosocomiali e di quelle a trasmissione iatrogena;
- PSN 2006-2008, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie infettive, la sorveglianza e il controllo delle complicanze infettive legate all'assistenza sanitaria;
- Piano Nazionale di contrasto all'antibiotico resistenza 2017-2020.
- 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". (17G00041) (GU n.64 del 17-3-2017)
- Delibera Giunta Regionale Emilia-Romagna 884/2013
- L.R. 22/2019
- DGR 886 del 06/06/2022
- Programma Strategico 2025 2026_ 30.12.2024 v02

Il Referente Rischio Clinico di Rete
Dott. P. Pantazopoulos

Risk Manager di presidio
Dott. P. Pantazopoulos (Sol et Salus)
Dott.ssa C. Trojani (Montanari)

Il Presidente della Rete della Salute
Dott.ssa L. Montanari

Direttori Sanitari di presidio
Dott. M. Montesi (Sol et Salus)
Dott.ssa C. Trojani (Montanari)

