



O.P.A. Sol et Salus - Viale S. Salvador, 204 47922 Torre Pedrera RN

Redatto da	Verificato da	Approvato da
Pantazis Pantazopoulos (Responsabile rischio clinico Sol et Salus)	Simona Bertini (Responsabile Gestione Qualità)	Massimo Montesi (Direttore Sanitario Sol et Salus)
Revisione 3 del 21/05/2025		

Prot. N. 621/25 DS DEL 09/06/2025

PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2023 - 2024

RISULTATI ANNO 2024 - PIANO ANNO 2025

RISK MANAGER Dott. PANTAZIS PANTAZOPOULOS

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO
"SOL ET SALUS S.p.A."
Il Presidente
Dott. Matteo Vaccari

Indice generale

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO.....	2
2. DATI DI PRODUZIONE.....	4
3. POLITICA E OBIETTIVI PER LA SICUREZZA E LA QUALITA' DELLE CURE.....	6
4. LEGGI, NORME, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA E RACCOMANDAZIONI APPLICABILI.....	7
5. ORGANIZZAZIONE E MATRICE DELLE RESPONSABILITA'.....	8
6. RENDICONTAZIONE DELLA GESTIONE PROATTIVA E REATTIVA REALIZZATA NEL CORSO DELL'ANNO 2023. .8	
6.1 ANALISI DEI SINISTRI.....	8
6.2 REVISIONI DI PERCORSI ATTUATI A PARTIRE DALL'ANALISI DEI SINISTRI.....	9
6.3 GESTIONE DELLE SEGNALAZIONI DI INCIDENT REPORTING.....	9
6.4 SEGNALAZIONI EVENTI E RELATIVA PRESA IN CARICO.....	9
6.5 RISCHIO INFETTIVO E INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA.....	16
6.6 DEBITI INFORMATIVI FLUSSI REGIONALI E SIMES.....	17
7. RENDICONTAZIONE DELLA GESTIONE PROATTIVA REALIZZATA.....	17
7.1 ATTIVITA' FORMATIVE EFFETTUATE NELL'ANNO 2024 IN MATERIA DI RISCHIO CLINICO.....	17
7.2 SAFETY WALK ROUND.....	21
7.4 CONTROLLI AMBIENTALI:.....	21
7.5 MISURE DI MONITORAGGIO E CONTROLLO DELLE INFEZIONI DA LEGIONELLA.....	24
7.6 Segnalazioni da parte del Servizio Prevenzione Protezione.....	24
8. OBIETTIVI GENERALI E LINEE D'INTERVENTO PER L'ANNO 2025.....	25
8.1 INTERVENTI PROATTIVI PIANIFICATI PER L'ANNO 2025.....	25
8.2 Piano programma della sicurezza e misure volte al controllo delle infezioni correlate all'assistenza. .25	
8.3 ATTIVITA' DI PRODUZIONE E REVISIONE DELLA DOCUMENTAZIONE PREVISTA PER L'ANNO 2025.....	25
8.4 ATTIVITA' FORMATIVE PIANIFICATE PER L'ANNO 2025 IN MATERIA DI RISCHIO CLINICO.....	26
8.5 INVESTIMENTI PREVISTI PER L'ANNO 2025 IN DISPOSITIVI, APPARECCHIATURE, INFRASTRUTTURE. .26	
8.6 PIANO DELLE AZIONI E DEI PROGETTI DI MIGLIORAMENTO PER L'ANNO 2025.....	31
SCHEDA N. 01- 2025.....	31
SCHEDA N. 02- 2025.....	32
SCHEDA N. 03- 2025.....	33

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

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 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 omnicomprensiva 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 composta 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.

Fin dal 2002 l'ospedale Sol et Salus ha iniziato e progressivamente applicato la gestione in qualità dei suoi processi e dal 2005 tutti i reparti e servizi operano in certificazione UNI EN ISO 9001:2015 regolarmente rinnovata ad ogni prevista scadenza.

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 di Diagnostica per immagini, il Laboratorio di Analisi del Movimento, la Palestra per riabilitazione Move different, il reparto di degenza di Riabilitazione Chirurgia funzionale paediatrico, il Blocco Operatorio, il Bar, la cucina ed infine gli Uffici di Direzione Sanitaria;
- **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

Nel mese di luglio 2016, è stato stipulato un contratto di rete con la Casa di Cura Montanari OPA Sol et Salus S.P.A. al fine di realizzare una rete di imprese denominata "Rete della Salute" per la aggregazione delle dotazioni di posti letto ed il raggiungimento della soglia minima necessaria per l'accreditamento secondo quanto previsto dal dm 70/2015, ma anche nell'intento di creare una alleanza cooperativa in grado di ampliare le Potenzialità di generare valore per gli utenti, tramite il confronto sistematico dei professionisti e la integrazione di competenze e risorse complementari.

2. DATI DI PRODUZIONE

Periodo di riferimento: gennaio/dicembre 2024- 2023-2022

AZIENDE	2024		2023		2022	
AREA VASTA ROMAGNA	casi	gg	casi	gg	casi	gg
ANESTESIA	0	0	0	0	0	0
Chirurgia ortopedica	820	2289	817	2302	970	3030
Chirurgia GENERALE	10	10	15	15	22	22
Chirurgia AMBULATORIALE	795	0	643	0	551	0
GRACER	43	2935	39	3915	39	3437
Riab. Neurologica	135	6194	129	5366	124	5373
Riab. Ortopedica	4	105	16	215	27	356
Riab. Elettivi	0	0	0	0	0	0
MEDICINA (emerg.Covid-)	0	0	0	0	6	294
Ex Villa Salus	0	0	0	0	30	792
Day-Hospital	48	77	41	69	38	77
AREA VASTA ROMAGNA	1855	11610	1700	11882	1807	13381
Resto della REG.	casi	gg	casi	gg	casi	gg
ANESTESIA	0	0	0	0	0	0
Chirurgia ortopedica	83	296	78	351	81	366
Chirurgia GENERALE	2	2	0	0	1	1
Chirurgia AMBULATORIALE	99	0	96	0	86	0
GRACER	0	0	0	0	0	0
Riab. Neurologica	19	607	19	588	16	416
Riab. Ortopedica	0	0	2	14	4	23
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	4	5	12	14	9	13
TOT. Resto REG.	207	910	207	967	197	819
EXTRA REGIONE	casi	gg	casi	gg	casi	gg
ANESTESIA	0	0	0	0	0	0
Chirurgia ortopedica	1378	3512	1236	3433	1134	3151
Chirurgia GENERALE	7	7	8	8	15	15
Chirurgia AMBULATORIALE	968	0	1006	0	1055	0
GRACER	10	1067	20	2040	27	2420
Riab. Neurologica	479	13506	427	12385	357	9820
Riab. Ortopedica	2	37	10	203	30	402
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	125	197	144	228	118	186
TOT.EXTRA REG.	2969	18326	2851	18297	2736	15994
TOT. GENERALE	casi	gg	casi	gg	casi	gg

ANESTESIA	0	0	0	0	0	0
Chirurgia ortopedica	2281	6097	2131	6086	2185	6547
Chirurgia GENERALE	19	19	23	23	38	38
Chirurgia AMBULATORIALE	1862	0	1745	0	1692	0
GRACER	53	4002	59	5955	66	5857
Riab. Neurologica	633	20307	575	18339	497	15609
Riab. Ortopedica	6	142	28	432	61	781
Riab. Elettivi	0	0	0	0	0	0
MEDICINA (emerg.Covid-)	0	0	0	0	6	294
Ex Villa Salus	0	0	0	0	30	792
Day-Hospital	177	279	197	311	165	276
TOT. GENERALE	5031	30846	4758	31146	4740	30194

**AREA CONTINUITA' DELLE CURE – ESITO DEL
RICOVERO**

	2024	2023	2022
% Dim. ordinarie	82,08%	82,7%	83,26%
% Decessi	0,06%	0,13%	0,13%
% Trasferimento per acuti	1,56%	1,5%	2,10%
% Trasf. int	14,28%	14,3%	13,15%
% Dim. Prot.	0,37%	0,22%	0,35%
% Dim Volontaria	0,37%	0,22%	0,16%
% Dim. ADI	0	0	0,16%
% Dim. RSA	0	0	0
% Dim. Verso Riab	1,28%	0,93%	0,70%
% Allontanamento	0	0	0

QUALITA' SICUREZZA E RISCHIO CLINICO

		2023	2022
Gestione del rischio – utilizzo I.R.	100	100%	100%
Numero nuovi decubiti/tot. pazienti	11/5031=0,22%	0	0
numero cadute/totale giornate di degenza	26/30.846=0,08%	24/31.146=0,08%	30/30.194=0,09%
% rilevazione dolore in cartella	100	100	100
Richieste di sangue conformi/numero delle richieste (dato di struttura II e III trim)	100	100	100

**AREA COMUNICAZIONE E SODDISFAZIONE
DELLA UTENZA**

rilevazione della soddisfazione dell'utenza (indice soddisfazione ≥ 80%)	si	si	si
---	----	----	----

3. POLITICA E OBIETTIVI PER LA SICUREZZA E LA QUALITA' DELLE CURE

Il sistema per la gestione dei processi di risk management supporta la clinical governance affinché la Sol et Salus sia in grado di operare in una visione per processi orientata al miglioramento continuo dei propri servizi e della salvaguardia degli standard di cura e di assistenza.

Gli elementi alla base della politica sono la definizione di una esplicita azione per la tutela

della salute, che punti all'efficacia clinica e all'efficienza organizzativa, nel rispetto di tutte le parti interessate al buon funzionamento dell'azienda: i pazienti, gli utenti, i dipendenti, il governo regionale, i fornitori e le istituzioni del territorio.

Il primo impegno la Direzione Strategica della Sol et Salus l'assume nei confronti del contesto esterno ed interno entro cui agisce, costituiti, sotto il primo aspetto, da fattori: politici, demografici, economici e quello aziendale, dalle risorse umane, strutturali e tecnologiche; riconoscendo e garantendo la centralità dell'essere umano, prendendosi cura della persona, realizzando così il ruolo fondante che un'azienda sanitaria deve avere nella propria mission. Questo fondamentale impegno trova materiale realizzazione attraverso un sistema organizzativo basato sulla riprogettazione dei processi aziendali, da: pianificare, realizzare, controllare e migliorare, avvalendosi di strumenti già consolidati, quale è il ciclo PDCA (Plan Do Check Act) e una metodologia sul "Risk-based thinking". Infatti, se il miglioramento dei processi è l'obiettivo, l'analisi del rischio, intesa come valutazione dei pericoli potenziali e contestuale riduzione dell'incertezza, è lo strumento per il raggiungimento di quest'obiettivo.

La Direzione Strategica della Sol et Salus ha la piena consapevolezza che conoscere i processi di un Azienda, saper valutare il rischio, significa comprenderne tutti gli aspetti che la compongono: da quelli programmatici, agli attuativi, ai controlli necessari, sia quelli costanti che i periodici. Perché solo conoscendo i contesti entro i quali si opera e ci si radica, dalle attività realizzate attraverso i loro legami, agli aspetti incerti o pericolosi, ma anche alle opportunità da considerare e sviluppare e fare crescere, si possono utilizzare al meglio le risorse, minimizzando i costi, massimizzando il valore dell'Azienda.

4. 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 ed 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

	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2024 - 2025	Revisione 3 del 21/05/2025
---	---	-------------------------------

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

5. 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 che lo redige e ne monitorizza l'implementazione;
- Quella dell'Alta Direzione che si impegna ad adottarlo ed a fornire al Risk Manager e all'organizzazione aziendale le risorse e le opportune direttive, per la concreta realizzazione delle attività in esso previste.

Il PPSC dell'Ospedale Privato Accreditato sol et Salus viene verificato dal Risk Manager armonizzato con le linee di indirizzo della Direzione Generale e verificato attraverso audit interno di prima parte e audit di terza parte.

6. RENDICONTAZIONE DELLA GESTIONE PROATTIVA E REATTIVA REALIZZATA NEL CORSO DELL'ANNO 2023

6.1 ANALISI DEI SINISTRI

La compagnia di assicurazione con la quale è stato stipulato il contratto di copertura è la: Am Trust Assicurazioni, An Am Trust Financial Company Am trust Assicurazioni S.p.A. Sede legale: Via Clerici 14, 20121 Milano, Italia Numero polizza: RCH00020000046.

L'assicurazione comprende: Responsabilità personale del Direttore Sanitario, Privacy, Rifiuti, Fonti Radioattive, Incendio esplosione e/o scoppio, interruzione di attività, inquinamento accidentale, cose consegnate e non consegnate, cose dei dipendenti, trasporto sanitario, sangue organi e tessuti, sperimentazione, estetica e fisionomia, fecondazione assistita, crioconservazione In ottemperanza agli art. 2 comma 5 e art.4 comma 3 della Legge 8 marzo 2017 n.24 la Sol et Salus pubblica sul proprio sito web i dati relativi alla sinistrosità che si riportano nella tabella seguente:

	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2024 - 2025	Revisione 3 del 21/05/2025
---	---	-------------------------------

Anno	Sinistri occorsi	Sinistri risarciti	Aperti	Chiusi a Zero	Importi liquidati
2024	7	0	7	0	0
2023	11	0	11	0	0
2022	9	1	8	0	2500
2021	3	0	3	0	0
2020	10	4	5	1	398500

6.2 REVISIONI DI PERCORSI ATTUATI A PARTIRE DALL'ANALISI DEI SINISTRI

Nella lettura dei dati relativi al risarcimento dei sinistri, occorre tenere presente che gli importi dei risarcimenti erogati sono relativi prevalentemente a sinistri accaduti e denunciati in anni precedenti.

L'analisi delle richieste di risarcimento è stata affrontata attraverso una cogestione sanitaria, amministrativa, legale e assicurativa.

E' operativo il comitato valutazione sinistri in azienda che si riunisce con cadenza mensile. Durante gli incontri programmati, vengono discussi i casi delle richieste di risarcimento con assicuratore, medico legale, avvocato, risk manager, direttore sanitario, datore di lavoro e RSPP per:

- approfondire le cause e definire la gestione del singolo sinistro
- intercettare le criticità
- proporre azioni di miglioramento anche la eventuale proposta di audit clinici

6.3 GESTIONE DELLE SEGNALAZIONI DI INCIDENT REPORTING

Sol et Salus utilizza uno specifico 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 Sol et Salus è stato formato all'utilizzo del software.

6.4 SEGNALAZIONI EVENTI E RELATIVA PRESA IN CARICO

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 2024
Letteratura/Normativa di riferimento	- DM 2 aprile 2015 n°70 - Legge stabilità 2016 (Legge n. 208 del 28 dicembre 2015, art 1 comma 539) - DGR 1943/2017 (6° criterio dell'accreditamento)

Descrizione dello strumento/fluxo informativo	Definizione: sistema di segnalazione nato nelle organizzazioni ad alto rischio poi trasferito in sanità. Lo strumento consente ai professionisti sanitari di descrivere o comunicare eventi avversi o quasi eventi near miss. Vedi dossier ASSR n 250/2015 pag. 15-16 Incident reporting utilizzando sito aziendale Talete web nella apposita sezione Rischio clinico
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Sono state segnalate 21 schede di incident reporting così suddivise: - 3 aggressioni - 11 eventi avversi - 7 near miss
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	A seguito delle segnalazioni sopra riportate sono realizzate: - 7 audit clinici/sea - 1 azione correttiva
Valutazione risultati e prospettive future	Per la gestione delle 3 aggressioni sono state eseguite le relative indagini dal risk manager in collaborazione con il personale di reparto e ufficio qualità. Sono emersi comportamenti poco adeguati degli utenti/parenti nei confronti degli operatori. A seguito degli incontri effettuati con il risk manager i comportamenti sono rientrati nella normalità. Per la gestione degli 11 eventi avversi : - 1 Audit clinico dal quale emerge che: la procedura sulla corretta identificazione del paziente e del sito sia aggiornata e corretta, ma non è stata applicata da parte dell'equipe. L'errore è attribuibile a tutta l'equipe che ha commesso leggerezza e omissioni procedurali. Il Direttore Sanitario richiama tutti ad una maggior diligenza, raccomanda il rispetto e l'attenta compilazione di tutte le voci del SOS da parte di tutta l'equipe, in particolare del chirurgo. - 1 SEA dal quale emerge: nel caso specifico si era formato un accumulo di disinfettante e non era stata messa la plastica di copertura. Dopo confronto con i colleghi e lettura della bibliografia presentata sulla preparazione del paziente per l'intervento chirurgico si ritiene necessario posizionare la copertura di plastica prima di mettere il cotone, controllare sempre l'intensità del bisturi elettrico, evitare di gonfiare troppo il laccio emostatico massimo a 250 mmHg per l'arto inferiore in un normoteso. Evitare che si formino accumuli di disinfettante sulle cute che possono condurre l'elettricità e causare ustioni ed evitare di tenere insuflato il laccio per più di 2 ore. Oltre le 2 ore sgonfiare per 10 minuti. - 1 SEA dall'analisi emerge che: quando ci sono richieste/referti di germi sentinella refertati oppure in attesa di essere refertati, la comunicazione deve essere capillare e diretta (sia scritta sul diario, che telefonicamente) e va informato il coordinatore infermieristico e il medico del turno successivo. - 1 Audit clinico : Si ritiene necessario programmare in maniera puntuale

	la sostituzione del MI. Il dott. Bemporad da indicazioni di non utilizzare più uro control nei pazienti non collaboranti in quanto non in grado di poter comunicare eventuali dolori dovuti all'applicazione dell'uro control. Informata la farmacista la quale si attiva per l'approvvigionamento necessario a coprire le nuove esigenze organizzative nei pazienti non coscienti o con alterazione dello stato di coscienza. Il coordinatore infermieristico darà consegna a tutto il personale assistenziale. Per la gestione dei 7 near miss: - 1 Azione Correttiva che ha portato a formalizzare un inventario ausili condiviso da tutte le UUOO - 1 Audit clinico che ha portato alle seguenti conclusioni: programmata formazione del personale sull'utilizzo delle nuove imbragature, sollecitato il coordinatore infermieristico alla presa in carico tempestiva delle segnalazioni del personale operante nell'UO attraverso i mezzi aziendali formalizzando le criticità - 1 SEA che ha portato alle seguenti conclusioni: il coordinatore ha preparato un planning settimanale delle scadenze che l'infermiere del turno notturno deve compilare controllando tutte le schede delle invasività e indicando i pazienti per cui è necessario cambiare i presidi. Si valuta l'opportunità di inserire le attività su Tecum. - 1 SEA che ha portato alle seguenti conclusioni: L'assistente sociale ha l'incarico di monitorare i servizi sociali territoriali per sollecitare le pratiche di acquisizione della residenza. Revisione della Procedura di accesso con conseguente formazione agli operatori Tutte le restanti segnalazioni sono state prese in carico senza ulteriori esiti.
--	---

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 2024
Letteratura/Normativa di riferimento	- 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 - Regolamento Dispositivi Medici (UE) 2017/745 - Regolamento (UE) 2023/607 - 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 - RM09 - RACCOMANDAZIONE PER PREVENZIONE EVENTI AVVERSI CONSEQUENTI A Malfunzionamento di Dispositivi
Descrizione dello strumento/flusso informativo	Incident reporting utilizzando sito aziendale Talete web nella apposita sezione Rischio clinico
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Dal 2022 è stato introdotto l'obbligo di effettuare le segnalazioni per malfunzionamento di apparecchiature sul sistema informativo gestionale aziendale Talete. Questo ha permesso il tracciamento di tutti gli interventi. Il Servizio di Ingegneria Clinica, in collaborazione con Ufficio Qualità e Accreditamento, informa tempestivamente, tramite piattaforma Talete web, gli utilizzatori delle tecnologie sanitarie di tutti gli avvisi di sicurezza ogni qualvolta che vengono inviati dal Ministero e/o dal fornitore. Complessivamente nel 2024 sono state effettuate oltre 250 verifiche di sicurezza e più di 180 manutenzioni programmate. Manutenzioni straordinarie correttive effettuate 142. Non si segnala nessun danno a cose o persone a seguito di guasto.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Incontri con fornitore nuova autoclave a seguito di ripetute segnalazioni di errore in corso di risoluzione
Valutazione risultati e prospettive future	E' in redazione una nuova procedura per gli acquisti, la quale avrà l'obiettivo di integrare il grado di obsolescenza delle tecnologie nella formulazione del piano degli investimenti. Questa procedura si propone di garantire che le decisioni di acquisto siano allineate non solo alle esigenze economiche, ma anche alle richieste cliniche espresse dai vari reparti sulla base dei principi HTA (Health Technology Assessment).

	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2024 - 2025	Revisione 3 del 21/05/2025
---	---	-------------------------------

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 2024
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.
Descrizione dello strumento/flusso 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
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 in tutte le UO della struttura a seguito delle segnalazioni di incident reporting e per il monitoraggio della corretta applicazione della P19 Gestione farmaci
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 2025

	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2024 - 2025	Revisione 3 del 21/05/2025
---	---	-------------------------------

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 2024
Letteratura/Normativa di riferimento	Sistema informativo dei servizi trasfusionali (SISTRA) (DM 21 dicembre 2007)
Descrizione dello strumento/flusso 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
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Nessuna segnalazione
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Nessun intervento
Valutazione risultati e prospettive future	Nessun intervento
Scheda descrittiva degli strumenti/fonti informative disponibili sulla sicurezza delle cure e dei relativi interventi per la prevenzione e riduzione del rischio clinico	
Tipologia	SINISTRI 2024
Letteratura/Normativa di riferimento	LEGGE 8 marzo 2017, n. 24
Descrizione dello strumento/flusso informativo	Segnalazione alla direzione sanitaria tramite richiesta di risarcimento
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Vedi tabella sotto riportata
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Istituzione Comitato Valutazione Sinistri nel novembre 2023
Valutazione risultati e prospettive future	Eventuali azioni di miglioramento a seguito dell'analisi dei 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	RECLAMI/SUGGERIMENTI 2024
Letteratura/Normativa di riferimento	Accreditamento istituzionale
Descrizione dello strumento/flusso informativo	Segnalazione cartacea/verbale/telefonica ed inserimento della segnalazione nel gestionale aziendale Talete web
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	23 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

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 2024
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
Descrizione dello strumento/flusso informativo	Incident reporting utilizzando sito aziendale Talete web nella apposita sezione Rischio clinico
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Sono state segnalate 26 cadute così suddivise: - 1 UO Chirurgia e riabilitazione ortopedica - 7 UO Neuroriabilitazione Alta Specialità - 1 Palestra Sole - 1 Palestra Giove - 11 Riabilitazione chirurgia funzionale nell'adulto - 5 Riabilitazione chirurgia funzionale nell'età evolutiva
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Dalle indagini condotte dal Risk manager su tutte e 26 le cadute emerge che si tratta di situazioni correttamente gestite dal personale.
Valutazione risultati e prospettive future	Audit programmati con Governo clinico per monitorare l'adesione alla procedura aziendale e alla raccomandazione ministeriale

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 2024
Letteratura/Normativa di riferimento	
Descrizione dello strumento/flusso informativo	File excel condiviso con coordinatori di UO e Governo clinico in cui vengono segnalati pazienti che entrano con LDD, a cui insorge una LDD e che vengono dimessi con LDD con relativo grado di lesione
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	UO chirurgia e riabilitazione ortopedica: - 0 LDD insorte durante il ricovero - 0 pazienti entrano con LDD e 0 dimessi con LDD ancora presente UO Riabilitazione chirurgia funzionale libra e orione: - 0 LDD insorte durante il ricovero - 11 pazienti entrano con LDD e 11 dimessi con LDD ancora presente UO Riabilitazione chirurgia funzionale Villette - 11 LDD insorte durante il ricovero - 26 pazienti entrano con LDD e 6 dimessi con LDD ancora presente UO Neuroriabilitazione - 1 LDD insorta durante il ricovero - 17 pazienti entrano con LDD e 9 dimessi con LDD ancora presente UO Semintensiva - 0 DD insorta durante il ricovero - 15 pazienti entrano con LDD e 8 dimessi con LDD ancora presente
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Protocollo per la gestione delle LDD revisionato nel 2024
Valutazione risultati e prospettive future	Audit clinico per insorgenza LDD durante il ricovero e apertura AC per compilazione registro delle LDD

6.5 RISCHIO INFETTIVO E INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

Nel corso del 2024 sono state relizzate le seguenti azioni:

- redazione Piano Programma per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza
- incontri periodici CIO
- rilevazione mensile sul lavaggio delle mani

Nel 2024 il CIO ha perseguito i seguenti obiettivi:

- analizzare i dati derivanti dalle rilevazioni sul lavaggio delle mani, incrociando i dati inerenti il consumo di gel forniti dalla farmacista

- adeguamento delle procedure aziendali per adempiere al quadro normativo sul tema del rischio da infezione ospedaliere con particolare riferimento al catere vescicale di prossima emissione.

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 delle infezioni con eventuali azioni di miglioramento.

Formazione sulla prevenzione delle infezioni

6.6 DEBITI INFORMATIVI FLUSSI REGIONALI E SIMES

Gli obblighi di pubblicazione dei dati sul sito della Sol et Salus derivanti dalla Legge 24/2017, sono stati puntualmente assolti, in particolare:

- Adesione al progetto SIGLA
- SOS/SSCL sicurezza per la sala operatoria
- SiCheR monitoraggio infezioni negli interventi di impiantologia ortopedica
- Scheda registrazione conteggio garze
- flusso Simes per la segnalazione degli eventi sentinella
- agenas: adesione alle raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella

7. RENDICONTAZIONE DELLA GESTIONE PROATTIVA REALIZZATA

Intensa è stata l'attività proattiva programmata e realizzata dalla struttura Rischio Clinico della Ospedale privato accreditato Sol et Salus, nel corso dell'anno 2024, in attuazione della politica aziendale. In seguito si riportano le principali aree della gestione proattiva su cui si è intervenuti nel corso dell'anno.

7.1 ATTIVITA' FORMATIVE EFFETTUATE NELL'ANNO 2024 IN MATERIA DI RISCHIO CLINICO

a) COLLANA GOVERNO RISCHIO CLINICO 2024 (20 ore totali)

1. La prevenzione del rischio infettivo e antimicrobico resistenza (3 ore)

Obiettivi:

Fornire le conoscenze di livello base e intermedio sulla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e dell'antibiotico resistenza sia in ospedale che sul territorio a tutti i professionisti (sanitari e non sanitari)

2. La prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (3 ore)

Obiettivi

Fornire le conoscenze di livello intermedio sulla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e dell'antibiotico resistenza sia in ospedale che sul territorio a tutti i professionisti (sanitari e non sanitari).

Aumentare la consapevolezza sull'importanza del governo del rischio infettivo e diffondere uno standard di conoscenze condiviso a livello regionale.

3. Antimicrobial Stewardship (8 ore)

Obiettivi

	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2024 - 2025	Revisione 3 del 21/05/2025
---	---	-------------------------------

Fornire le conoscenze di livello intermedio sulla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e dell'antibiotico resistenza sia in ospedale che sul territorio a tutti i professionisti sanitari.

Aumentare la consapevolezza sull'importanza del governo del rischio infettivo e diffondere uno standard di conoscenze condiviso a livello regionale sull'educazione alla corretta prescrizione e assunzione della terapia antibiotica, supportata dalle evidenze scientifiche disponibili.

Argomenti

- Il fenomeno dell'antibiotico resistenza, il suo sviluppo e l'impatto futuro
- Il piano nazionale di contrasto dell'antibioticoresistenza
- L'Antimicrobial Stewardship (AS)
- La classificazione per tipo di azione degli antibiotici
- I parametri farmacodinamici degli antibiotici
- Le modalità di allestimento
- Il monitoraggio dei consumi
- Perché è difficile fare Antimicrobial Stewardship sul territorio
- Da quali figure è composto il team AS
- Dettagli aggiuntivi sul ruolo dell'Infermiere
- Come migliorare l'appropriatezza nell'uso degli antibiotici
- Come eseguire correttamente i prelievi per esami colturali
- Il monitoraggio della concentrazione plasmatica dell'antibiotico
- Presentazione di 4 casi clinici per MMG e PLS: interazioni clinico paziente, azioni comunicative efficaci, scelta terapeutica corretta

4. Sinergie e integrazione tra risk management e rischio infettivo (3 ore)

Obiettivi

Aumentare la consapevolezza sull'importanza dell'interazione tra il rischio infettivo e il rischio clinico.

Diffondere uno standard di conoscenze favorendo l'integrazione delle attività di controllo del rischio infettivo con la gestione del rischio intesa come metodologia sistematica che consente di identificare, valutare e ridurre la possibilità e probabilità di danni o lesioni a pazienti conseguenti al trattamento sanitario e la cultura della sicurezza come capacità e abilità organizzative che contribuiscono a rendere i sistemi sanitari meno vulnerabili e le organizzazioni più affidabili.

5. Gestione eventi epidemici e pandemici (1 ora)

Obiettivi

Fornire le conoscenze di livello intermedio sulla gestione degli eventi epidemici e pandemici con particolare riferimento agli eventi epidemici correlati alle attività assistenziali al fine di aumentare la consapevolezza sull'importanza del governo del rischio infettivo e diffondere uno standard di conoscenze condiviso a livello regionale. Verranno inoltre fornite informazioni riguardo al Piano strategico operativo di risposta a una pandemia influenzale della Regione Emilia- Romagna.

Argomenti

- Definizioni

- Normativa internazionale, nazionale e regionale
- Meccanismi di trasmissione con focus su epidemie correlate all'assistenza
- Come identificare e gestire una epidemia correlata all'assistenza?
- Prevenire è meglio che curare: organizzazione nelle strutture sanitarie
- Pandemie: Esempi nella storia
- Piano pandemico influenzale nazionale e regionale

6. Il contrasto alla sepsi (1 ora)

Obiettivi

Fornire le conoscenze di livello base sul contrasto alla sepsi in particolare illustrando le modalità di identificazione e di gestione al fine di aumentare la consapevolezza sull'importanza e diffondere uno standard di conoscenze condiviso e diffuso a livello regionale.

Argomenti

- Definizione ed epidemiologia
- Come identificare la sepsi
- Come gestire la sepsi
- Programmi di miglioramento
- Screening
- Approccio a bundle (lattati, emocolture, riempimento volêmico e vasopressori)
- Gli antibiotici nella sepsi
- L'individuazione della fonte (source control)

7. Vaccinazioni e operatori sanitari (1 ora)

Obiettivi

Fornire le conoscenze di livello intermedio sulle **vaccinazioni in particolare negli operatori sanitari** al fine di aumentare la consapevolezza sull'importanza del governo del rischio infettivo e diffondere uno standard di conoscenze condiviso a livello regionale.

Argomenti

- Il razionale
- Il rischio e la sua percezione
- Il rischio e la sua valutazione
- Vaccinazioni e operatori sanitari

b) Legionella e Legionellosi. Rischio Biologico, Fisico e Chimico (2 ore)

Destinatari: Operatori sanitari e non sanitari di sala operatoria

Argomenti

- Legionella e legionellosi: prevenzione e controllo del rischio
- Rischio chimico
- Contaminazione ambientale
- Tecniche di campionamento
- Rischio fisico e biologico

c) Appropriata prescrizione e buon uso degli antibiotici - in collaborazione con Ausl Romagna (2,5 ore)

Destinatari: Medici

Argomenti

- Infezioni vie urinarie
- Infezioni respiratorie
- Infezioni cute e tessuti molli
- Prevenzione delle infezioni del sito chirurgico
- Infezioni osteoarticolari
- Gestione delle infezioni osteoarticolari
- Farmacovigilanza: nuova modalità di segnalazione e ruolo del clinico nella rilevazione di sospette reazioni avverse a farmaci e vaccini

d) Revisione della procedura P19 GESTIONE FARMACI_ farmaci LASA e FALA (1 ore)

Destinatari: Infermieri

Argomenti

La corretta gestione di questa tipologia di farmaci LASA o FALA fa parte di una grossa rete di interventi preventivi del risk management.

e) Revisione PR55 Protocollo gestione lesioni da decubito (1 ore)

Destinatari: Infermieri

Argomenti

Il presente protocollo ha lo scopo di definire le diverse fasi per una corretta prevenzione, identificazione e gestione delle lesioni da pressione con le relative responsabilità

f) Guida pratica alle responsabilità in ambito sanitario – Fad (17 ore)

Destinatari: Infermieri/Oss/fisioterapisti/medici/tecnico di laboratorio

Obiettivo formativo evento: Sicurezza del paziente, risk management e responsabilità professionale

Argomenti

- Le professioni sanitarie: cenni storici
- Responsabilità penale, amministrativa
- La colpa del medico, il comportamento colposo
- Differenze tra querela e denuncia
- Le prime fasi dell'azione giudiziaria
- Il medico e l'informazione di garanzia
- Dalla legge Balduzzi alla legge Gelli-Bianco
- La responsabilità penale: la colpa professionale e i possibili reati
- Un caso sanitario realmente gestito da un risk manager, esposto in forma narrativa
- Il vaso di Pandora
- Il consenso informato
- Le DAT
- Il consenso informato: forma e contenuto
- La responsabilità penale per il trattamento sanitario arbitrario

- Il consenso informato e le DAT
- Il procedimento penale per responsabilità medica
- Il procedimento penale
- La responsabilità penale: il procedimento penale per responsabilità medica
- Perseo e Medusa

g) Formazione rilevatore igiene delle mani (1,25 ore)

Destinatari: Infermiere

7.2 SAFETY WALK ROUND

Nel corso del 2024 sono stati condotti 6 Audit interni con la logica del Safety Walk Around in tutte le UUOO di Sol et Salus per la verifica della corretta applicazione delle seguenti procedure:

- PR61 Gestione del dolore
- PR29 Infezioni ospedaliere
- IO14 Gestione trasfusione
- IO00 P19 Conservazione, preparazione e somministrazione terapia
- P42 Prevenzione e gestione delle cadute
- P51 Gestione delle contenzioni
- PR55 Gestione lesioni da decubito

Non sono state rilasciate Non conformità.

7.3 CONFORMITA' ALLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI E ALLE LINEE GUIDA

Si prosegue, durante l'esecuzione degli audit interni, al monitoraggio dell'adesione delle raccomandazioni ministeriali e alle linee guida in corso di validità.

Ufficio Qualità: Segnalazioni di non conformità nel 2024 e gestione del sistema qualità

- 133 segnalazioni di non conformità prese in carico e trattate
- Complessivamente 67 documenti/procedure/IO revisionate
- Distribuiti internamente 5.831 documenti a destinatari interni
- 35 audit interni effettuati

7.4 CONTROLLI AMBIENTALI:

In base a:

- i risultati dei campionamenti periodici semestrali programmati;
- misura di gestione del rischio attuale;
- storico analizzato caratterizzato da assenza di casi di Legionellosi;
- contesto analizzato relativo ad una struttura sanitaria con determinate pratiche sanitarie (ricerca antigene);
- formazione del personale coinvolto come previsto al punto 11 della presente valutazione
- risultati della valutazione del rischio per impianto idraulico e Aeraulico riportata nei capitoli precedenti

Adottando il criterio di valutazione del rischio riportato nel DVR generale dell'OPA Sol et Salus S.p.A

Il grado di rischio R può essere rappresentato dalla seguente matrice

P

4	8	12	16
3	6	9	12
2	4	6	8
1	2	3	4

D

Dalla matrice si possono estrapolare le seguenti 4 gradazioni di rischio:

LIVELLO	VALORE
Alto	$R > 8$
Medio	$4 \leq R \leq 8$
Basso	$2 \leq R \leq 3$
Trascurabile	$R = 1$

Tabella 2.14 - Livelli di rischio e individuazione delle relative misure di prevenzione e protezione

Colore	Valore numerico	Livello di rischio	Misure di prevenzione e protezione da attuare
	$0,5 < R \leq 1$	Accettabile	Norme igieniche generali
	$1 < R \leq 2$	Basso	Norme igieniche generali
	$2 < R \leq 8$	Medio	Norme igieniche generali + Misure specifiche di prevenzione e protezione
	$8 < R \leq 10$	Alto	Misure specifiche di prevenzione e protezione urgenti
	$10 < R \leq 16$	Inaccettabile	Sospensione temporanea dell'attività a rischio e realizzazione immediata degli interventi

Per tutte le mansioni viene considerato il rischio sia per la fruizione delle utenze presenti nei servizi sia per l'attuazione di pratiche sanitaria a rischio e non.

Rischio	Valutazione iniziale	Misure adottate	Valutazione del rischio
Impiegato amministrativo	Accettabile	Vedi elenco sopra riportato e tutti i detti del presente documento e adozione del programma di controllo.	Accettabile
Addetto accettazione prenotazione e ufficio ricoveri	Basso		Accettabile
Addetto centralino	Accettabile		Accettabile
Coordinatore infermieristico	Basso		Accettabile
Coordinatore fisioterapisti	Basso		Accettabile
Infermiere	Medio		Basso
OSS	Medio		Basso
Fisioterapista	Medio		Basso
Logopedista	Medio		Basso
Podologo	Basso		Accettabile
Infermiere poliambulatori	Medio		Basso
Addetto trasporto pazienti	Basso		Accettabile
Addetto al guardaroba	Basso		Accettabile
Addetto manutenzione	Accettabile		Accettabile
Coordinatore cucina	Basso		Accettabile
Addetto cucina	Basso		Accettabile

Per gli operatori sanitari di assistenza, il rischio di contrarre la Legionellosi si riduce ai casi in cui avvenga l'inalazione di aerosol contaminato (ad esempio durante operazioni che riguardano l'igiene personale del paziente con utilizzo di acqua) al quale peraltro possono

essere esposti anche i pazienti. Tale evento si configura come poco probabile se la struttura sanitaria si è dotata di un programma di controllo del rischio Legionellosi.

Per quanto riguarda i pazienti va ricordato che in base a diversi fattori le aree assistenziali sono suddivise in diverse categorie di rischio:

- Reparti che assistono pazienti a rischio molto elevato (esempio: Centri trapianto, Oncologie, Ematologie). Questi devono essere classificati ad alto rischio e l'obiettivo deve essere quello di garantire costantemente la non rivelabilità, con metodi microbiologici colturali, di Legionella ai punti di erogazione.

- Reparti che assistono pazienti a rischio aumentato (esempio: Medicine, Pneumologia, Geriatria, Chirurgie).

Nel caso della struttura in esame trattasi di pazienti a rischio aumentato.

Vanno considerati pure tutti i manutentori esterni e le ditte esterne che svolgono la propria attività inerente la gestione dei sistemi idrici. A tutti loro verrà consegnata un'informativa sul rischio in questione.

7.5 MISURE DI MONITORAGGIO E CONTROLLO DELLE INFEZIONI DA LEGIONELLA

Per controllare efficacemente il rischio di Legionellosi correlata all'assistenza è necessario intervenire in diversi ambiti (clinico, assistenziale, ambientale) 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 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.

7.6 Segnalazioni da parte del Servizio Prevenzione Protezione

Anno ->	2021	2022	2023	2024
n° Medio dipendenti	162	169	169	168
Ore lavorate (ore)	218196	249561	246410	243966
n° Infortuni	9	8	8	4
Durata totale infortuni (gg)	539	293	545	56
Indice di incidenza	5,56	4,73	4,73	2,38
Indice di frequenza	41,25	32,06	32,47	16,40

Indice di gravità	2,47	1,17	2,21	0,23
Durata media (gg)	59,89	36,63	68,13	14,00

8. OBIETTIVI GENERALI E LINEE D'INTERVENTO PER L'ANNO 2025

8.1 INTERVENTI PROATTIVI PIANIFICATI PER L'ANNO 2025

Proseguirà, nel corso del 2025 l'attività proattiva già avviata negli anni precedenti

1. Si prevedono audit interni in collaborazione con il servizio di farmacia e la Direzione sanitaria in tutte le UUOO attraverso la compilazione di check list elaborate dal responsabile del servizio farmacia per valutare l'adesione alle procedure
2. esecuzione di SWA da parte del servizio di Governo Clinico aziendale e gestione degli interventi consequenziali alle rilevazioni emerse.
3. adozione e distribuzione della Informativa per il trattamento preanalitico, analitico e post-analitico dell'esame Emocultura fornita dal laboratorio esterno di riferimento
4. Distribuzione e condivisione della revisione della procedura di inserimento e gestione del catetere vescicale con formazione specifica

8.2 Piano programma della sicurezza e misure volte al controllo delle infezioni correlate all'assistenza

Inoltre per il 2025 le misure aziendali per il controllo delle infezioni sono:

1. Proseguire adesione al progetto Sicher. L'adesione è così articolata: Vengono compilate le schede durante la stesura del referto chirurgico. Successivamente un'infermiera addetta chiama telefonicamente i pazienti a casa eseguendo un colloquio telefonico. In caso di problematiche emerse dal colloquio i pazienti
2. Raccogliere dati indicatore consumo gel idroalcolico per le mani
3. Formalizzare la raccolta dei dati per i germi sentinella (CPE)

Nel 2025 il CIO si occuperà di vigilare sui seguenti aspetti:

- 1) corretto lavaggio delle mani
- 2) germi sentinella
- 3) segnalazioni infezioni su software Talete
- 4) consumo gel e utilizzo antibiotici ad ampio spettro in collaborazione con il servizio farmacia

8.3 ATTIVITA' DI PRODUZIONE E REVISIONE DELLA DOCUMENTAZIONE PREVISTA PER L'ANNO 2025

Anche per il 2025 si prevedono delle attività finalizzate alla revisione della documentazione in essere per aggiornarla e renderla coerente con i cambiamenti normativi ed organizzativi intercorsi con particolare riferimento al quadro normativo e giurisprudenziale sul tema del rischio da Infezione Ospedaliera da parte del Risk Manager e dell'Ufficio Qualità e Accreditamento.

Tutta la documentazione sarà gestita con l'ausilio del sistema informatico TaleteWeb che consente di tracciare la comunicazione e la condivisione dei documenti prescrittivi

(Procedure, protocolli, istruzioni, ecc.) con tutto il personale interessato, in ottemperanza alla Legge 24/2017, ai requisiti di accreditamento della Regione Emilia-Romagna in materia di nuovi requisiti di accreditamento.

8.4 ATTIVITA' FORMATIVE PIANIFICATE PER L'ANNO 2025 IN MATERIA DI RISCHIO CLINICO

- La gestione del rischio clinico
- Le infezioni e l'uso appropriato degli antinfettivi in oftalmologia stato dell'arte e casi clinici
- BLSD pediatrico base
- BLSD adulto base
- Aggiornamento alimentaristi
- Radioprotezione da radiazioni ionizzanti
- Cyber security
- Lotta alle infezioni correlate all'assistenza: strategie efficaci e responsabilità professionale

8.5 INVESTIMENTI PREVISTI PER L'ANNO 2025 IN DISPOSITIVI, APPARECCHIATURE, INFRASTRUTTURE

Per l'anno 2025 i principali investimenti finalizzati al rischio clinico riguardano:

- **Sostituzione di almeno 2 elettrobisturi obsoleti in end of life tecnico**
- **Sostituzione di 2 DAE manuali con sistema evoluto tipo Beneheart D30 completo di modalità pacemaker, lettore SpO₂ e monitoraggio NIBP (pressione non invasiva), migliora significativamente la sicurezza e la qualità dell'assistenza sanitaria in diverse situazioni cliniche. Di seguito si elencano i principali vantaggi in termini di sicurezza e le caratteristiche utili in ambito pediatrico:**

Vantaggi per la sicurezza

1) Defibrillazione manuale avanzata

- Permette al personale sanitario di impostare con precisione energia e modalità (sincronizzata o non sincronizzata), adattandosi al paziente e alla situazione (fibrillazione ventricolare, tachicardia, ecc.).
- La modalità manuale è fondamentale in ambito ospedaliero o per team ACLS avanzati.

2) Modalità Pacemaker

- Offre la stimolazione transcutanea temporanea, utile per bradiaritmie gravi o arresti post-defibrillazione.
- Migliora la gestione di emergenze cardiache dove non è subito disponibile un pacing invasivo.

3) Monitoraggio SpO₂ (Saturazione di ossigeno)

- Consente il monitoraggio continuo della saturazione, fondamentale per prevenire l'ipossia, sia nei pazienti critici che durante la rianimazione.

4) Monitoraggio NIBP

- Misura la pressione arteriosa non invasiva, essenziale per valutare la perfusione e monitorare l'evoluzione clinica durante le manovre di rianimazione o

in pazienti instabili.

5) Monitor multiparametrico integrato

- Avere tutto in un unico dispositivo riduce il tempo di intervento, migliora il **coordinamento clinico** e abbassa il rischio di errori.

6) Allarmi e avvisi intelligenti

- Gli allarmi personalizzabili per frequenza cardiaca, SpO₂ e pressione aiutano a **identificare rapidamente situazioni critiche**, anche in ambienti caotici.

Caratteristiche utili per la pediatria

1) Modalità pediatriche dedicate

- Il D30 supporta la selezione di energia e parametri vitali in **modalità pediatrica**, con soglie di sicurezza adatte per **neonati e bambini**.

2) Defibrillazione a bassa energia

- Possibilità di impostare **scariche a basso joule (es. 1–10 J)**, adatte per bambini o neonati.

3) Sensori pediatrici (SpO₂, NIBP)

- Compatibilità con **sensori di dimensione pediatrica** (ditali, bracciali piccoli), per una misurazione accurata e non invasiva.

4) Forme d'onda ECG ad alta definizione

- Il monitor mostra ECG chiari anche a bassa ampiezza, utile nei bambini con attività cardiaca meno marcata.

5) Interfaccia intuitiva con icone pediatriche

- Il display touch o fisico permette una **navigazione rapida e intuitiva**, anche in situazioni di emergenza pediatrica.

In sintesi

L'acquisto del **Mindray D30** migliora la sicurezza clinica grazie a:

- Capacità di rianimazione avanzata e personalizzata;
- Monitoraggio costante dei parametri vitali;
- Modalità pacemaker per bradiaritmie.

Offre inoltre vantaggi significativi in ambito **pediatrico**, rendendolo uno **strumento versatile e adatto sia per adulti che per bambini**.

- **Ecografo portatile di alta fascia dotato di sonda lineare multispettro e covex.**

L'acquisto di un **ecografo portatile di alta fascia per uso pediatrico**, in particolare per l'esecuzione di **blocchi neuromuscolari (blocchi nervosi periferici)**, rappresenta un **salto qualitativo importantissimo** nella sicurezza, precisione e successo delle procedure. Si elencano i principali vantaggi:

1. Precisione nel posizionamento dell'ago

- Gli ecografi di alta fascia hanno una risoluzione dell'immagine eccezionale, anche su strutture piccole e poco profonde, come i nervi nei bambini.
- L'immagine ad alta definizione permette di visualizzare chiaramente l'ago in tempo reale durante l'inserimento (tecnica "in-plane" o "out-of-plane").
- Questo riduce il rischio di danni accidentali a strutture vicine (vasi sanguigni, pleura,

	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2024 - 2025	Revisione 3 del 21/05/2025
---	---	-------------------------------

midollo, ecc.).

2. Identificazione chiara dei nervi pediatrici

- I nervi nei bambini sono più piccoli e meno mielinizzati, quindi meno visibili rispetto agli adulti.
- Gli ecografi top di gamma hanno sonde ad alta frequenza (10–18 MHz) con modalità ottimizzate pediatriche, ideali per immagini superficiali ad alta risoluzione.
- Alcuni modelli offrono modalità di imaging nervoso dedicate, con preset automatici per migliorare il contrasto delle strutture nervose.

3. Sicurezza superiore nella gestione delle dosi

- Visualizzare in tempo reale il nervo e la diffusione dell'anestetico permette di usare dosi minime efficaci, importantissimo nei bambini per evitare tossicità sistemica da anestetici locali (LAST).
- Riduce il rischio di iniezioni intraneurali accidentali.

4. Portabilità e rapidità di utilizzo

- Un ecografo portatile di alta gamma può essere trasportato facilmente in sala operatoria, ambulatorio, pronto soccorso o terapia intensiva pediatrica.
- Avvio rapido (<30 sec), touch screen intuitivo e batteria a lunga durata: migliora il flusso di lavoro, riducendo i tempi in pazienti pediatrici che non tollerano lunghi tempi di attesa o contenzione.

5. Possibilità di archiviazione e formazione

- Gli ecografi avanzati permettono la registrazione video delle procedure, utile per:
 - Documentazione medico-legale
 - Formazione degli operatori
 - Valutazione retrospettiva in caso di insuccesso o complicanza.

Vantaggi specifici in ambito pediatrico

Aspetto	Vantaggio concreto
Anatomia delicata	Risoluzione elevata consente di identificare strutture anche <5 mm
Sonde pediatriche dedicate	Più piccole, ergonomiche, progettate per spazi ristretti
Preset pediatrici	Ottimizzazione automatica di frequenza, gain e profondità
Minor esposizione a sedazione	Rapidità della procedura riduce la necessità di sedare bambini piccoli
Minore dolore e stress	Maggiore successo al primo tentativo significa meno punture e meno trauma

- **Letto operatorio carrellato ad alta portata in sostituzione del vecchio obsoleto presente in sala C e come utile misura cautelativa nel caso di effettuazione di pazienti oltre i 130Kg.**

Principali vantaggi dal punto di vista del rischio clinico

Area	Vantaggio clinico
Sicurezza del paziente	Stabilità, supporto anche per pazienti bariatrici, riduzione complicanze posturali
Sicurezza del personale	Meno movimentazioni manuali, migliore ergonomia
Precisione chirurgica	Posizionamento elettrico fine, accesso chirurgico migliorato
Versatilità procedurale	Adattabile a molteplici specialità grazie a sezioni mobili e doppie gambe/piedi
Rischio clinico ridotto	Minor rischio di cadute, errori posturali, infezioni, o complicanze anestesilogiche
Workflow operatorio	Facilita trasferimenti, compatibilità con imaging e sistemi moderni

- **Acquisizione di nuovo sistema TOFcuff. Il sistema rappresenta un'importante innovazione per gli anestesisti nella gestione del blocco neuromuscolare e offre vantaggi clinici rilevanti, soprattutto in termini di sicurezza del paziente e riduzione del rischio clinico.**

Paralisi residua post-operatoria Monitoraggio TOF accurato → consente reversal mirato ed evita complicanze respiratorie

Difficoltà nella valutazione manuale automatizzazione e quantificazione → meno soggettività, più standardizzazione

Errori di dose di curaro Somministrazione guidata da numeri → riduce sovra o sotto dosaggi

Documentazione medico-legale Tracciabilità dei valori → supporto documentale in caso di contenziosi o revisioni cliniche

Formazione e compliance protocolli Semplicità d'uso → più facile implementazione in protocolli ospedalieri

In sintesi

L'adozione del TOF-Cuff® consente agli anestesisti di:

- Aumentare la sicurezza del paziente;
- Migliorare la qualità del monitoraggio intraoperatorio;
- Standardizzare le procedure anestesilogiche;
- E ridurre in modo significativo il rischio clinico legato al blocco neuromuscolare residuo.

- **Acquisizione nuovo mini arco a C per end of life dell'attuale in uso.**

Sostituire un mini-fluoroscopio ad arco a C obsoleto e "end of life" con un nuovo modello dotato di flat panel digitale a bassa dose rappresenta un importante miglioramento del profilo di rischio clinico, specialmente in ambito pediatrico, dove la sensibilità alle radiazioni è molto più elevata.

Ecco un'analisi chiara e strutturata dei benefici clinici e di rischio:

1. Riduzione dell'esposizione alle radiazioni (soprattutto nei bambini)

- I nuovi fluoroscopi con flat panel utilizzano tecnologie di imaging digitale avanzato

a bassa dose, con:

- **Maggiore efficienza nella rilevazione dei raggi X;**
- **Filtraggio automatico della dose in base al peso del paziente;**
- **Modalità pediatriche dedicate, che riducono fino al 50–80% della dose rispetto agli archi a C obsoleti.**
- Questo è fondamentale nei bambini, che sono più radiosensibili e hanno una maggiore aspettativa di vita, aumentando il rischio cumulativo di cancro secondario.

2. Qualità d'immagine superiore a basse dosi

- I sensori flat panel garantiscono immagini ad alta risoluzione anche con esposizioni minime.
- Migliora la visualizzazione di strutture fini (come viti, cateteri, spine, articolazioni pediatriche), riducendo la necessità di ripetere le esposizioni.
- La qualità d'immagine costante aumenta la precisione delle manovre, riducendo errori procedurali.

3. Sicurezza procedurale migliorata

- Maggiore accuratezza e visibilità intraoperatoria riducono:
 - **Complicanze chirurgiche e posizionamenti errati;**
 - **Tempo sotto fluoroscopia, con conseguente minor dose totale.**
- In pediatria ortopedica, urologica, anestesiológica o neurochirurgica, la precisione riduce reinterventi e revisioni.

4. Rischio clinico e legale ridotto

- I dispositivi nuovi offrono tracciabilità dei dati dosimetrici, con registrazione di:
 - Dose per esame,
 - Tempo di esposizione,
 - Parametri di acquisizione.
- Questo è fondamentale per:
 - **Audit di qualità e sicurezza**
 - **Gestione del rischio clinico e**
 - **Tutele medico-legali (soprattutto in ambito pediatrico).**

5. Conformità a normative e raccomandazioni

- I nuovi sistemi sono conformi a:
 - **Direttive EURATOM, Linee guida IRPA/ICRP**
 - **Normative italiane sulla radioprotezione (D.Lgs. 101/2020).**
- Le apparecchiature obsolete non garantiscono questi standard, aumentando il rischio di non conformità in ispezioni ASL o in caso di eventi avversi.

	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2024 - 2025	Revisione 3 del 21/05/2025
---	---	-------------------------------

Sintesi: Impatto sul rischio clinico		
Ambito	Rischio con vecchio arco a C	Miglioramento con flat panel digitale
Dose radiante	Alta, non ottimizzata	Bassa, controllata automaticamente
Precisione procedura	Immagine poco definita, più errori e ripetizioni	Alta risoluzione, meno errori, meno ripetizioni
Pediatria	Maggiore radiosensibilità, alto rischio cumulativo	Modalità pediatriche, protezione dose
Tracciabilità	Spesso assente	Registrazione digitale della dose
Conformità legale	Fuori standard attuali	Dispositivo conforme a normative in vigore

• **Sostituzione gruppo centrali di aspirazione (vuoto) per end of life**

Area di rischio	Miglioramento con nuovo impianto di aspirazione
Guasti e interruzioni	Ridondanza e monitoraggio → migliore continuità assistenziale
Rischio infettivo	Filtri avanzati e prevenzione contaminazione → minor rischio di infezioni crociate
Sicurezza operatori	Controllo pressione e barriera biologica → protezione da agenti patogeni
Normativa e ispezioni	Conformità ISO e linee guida → riduzione non conformità durante audit e accreditamenti
Rischio tecnico/gestionale	Tracciabilità allarmi e prestazioni → migliore prevenzione e manutenzione

In itinere è in corso la valutazione degli ausili per facilitare il trasferimento e movimentazione sicura dei pazienti.

8.6 PIANO DELLE AZIONI E DEI PROGETTI DI MIGLIORAMENTO PER L'ANNO 2025

SCHEDA N. 01- 2025	
<i>Ambito di intervento</i>	<i>Prevenzioni delle infezioni correlate all'assistenza</i>
<i>Tipologia</i>	<i>Elaborazione dei dati raccolti dalle rilevazioni sull'igiene delle mani e successiva analisi</i>
<i>Normativa di</i>	<i>5 momenti fondamentali OMS</i>

<i>riferimento</i>	
<i>Tematiche correlate</i>	<i>Infezioni ospedaliere</i>
<i>Responsabile/Referente del Processo</i>	<i>Risk manager</i>
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	<i>Data base raccolta dati</i>
<i>Altri Flussi correlati</i>	<i>Schede su Talete</i>
<i>Valutazione del rischio</i>	
<i>Interventi effettuati nel periodo precedente</i>	<i>Raccolta dei dati e analisi Scheda OMS</i>
<i>Empowerment dei cittadini</i>	
<i>Giudizio complessivo</i>	
<i>Obiettivo generale</i>	<i>Ridurre le infezioni correlate all'assistenza</i>
<i>Attività</i>	<i>Rilevazioni ripetute nelle UUOO dell'ospedale incrociando gli operatori in UO diverse da quelle di appartenenza</i>
<i>Indicatori di risultato</i>	<i>Consumo gel idroalcolico – consumo antibiotici</i>

SCHEDA N. 02- 2025

<i>Ambito di intervento</i>	<i>Formazione</i>
-----------------------------	-------------------

**PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE
 CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO
 2024 - 2025**

Revisione 3 del
 21/05/2025

Tipologia	Formazione del personale individuato per l'esecuzione della FMEA/HFMECA
Normativa di riferimento	Accreditamento istituzionale
Tematiche correlate	Rischio clinico – Sistema Qualità e Accreditamento
Responsabile/Referente del Processo	Risk manager
Descrizione del Flusso informativo	Comunicazione all'ufficio formazione per la condivisione dell'obiettivo
Altri Flussi correlati	
Valutazione del rischio	Il metodo FMEA (failure mode and effect analysis)/FMECA (failure mode and critical effect analysis) è uno strumento proattivo di risk management per la riduzione degli errori nelle strutture sanitarie
Interventi effettuati nel periodo precedente	
Empowerment dei cittadini	
Giudizio complessivo	
Obiettivo generale	Identificare e prevenire problemi su prodotti o processi
Attività	Formazione del personale individuato
Indicatori di risultato	Esecuzione HFMECA entro il 2026

**PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE
CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO
2024 - 2025**

Revisione 3 del
21/05/2025

Ambito di intervento	Rischio clinico
Tipologia	Pianificazione ed esecuzione di audit finalizzati alla valutazione dell'aderenza delle procedure relative alla prevenzione degli eventi sentinella
Normativa di riferimento	Accreditamento istituzionale – Procedure interne – Raccomandazioni ministeriali
Tematiche correlate	Rischio clinico
Responsabile/Referente del Processo	Risk manager
Descrizione del Flusso informativo	Elaborazione e divulgazione procedure tramite software talete
Altri Flussi correlati	Talete
Valutazione del rischio	
Interventi effettuati nel periodo precedente	Audit mirati per la mappatura delle procedure relative alla prevenzione degli eventi sentinella
Empowerment dei cittadini	
Giudizio complessivo	
Obiettivo generale	Monitorare la corretta adesione alle procedure aziendali., alle raccomandazioni ministeriali
Attività	Esecuzione di audit programmati in Tutte le UUOO della struttura
Indicatori di risultato	Incident reporting e Non conformità rilevate in sede di audit

Il Referente Aziendale Rischio Clinico

Il Direttore Sanitario



PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE
CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO
2024 - 2025

Revisione 3 del
21/05/2025

Risk Manager
Dott. P. Pantazopoulos

Ospedale Privato Accreditato
"SOLET SALUS" S.p.A.
Specialista Anestesiologia e Rianimazione
Dott. Pantazis Pantazopoulos

Dott. M. Montesi

Ospedale Privato Accreditato
"SOLET SALUS" S.p.A. - Rimini
Direttore Sanitario
Dott. Massimo Montesi

