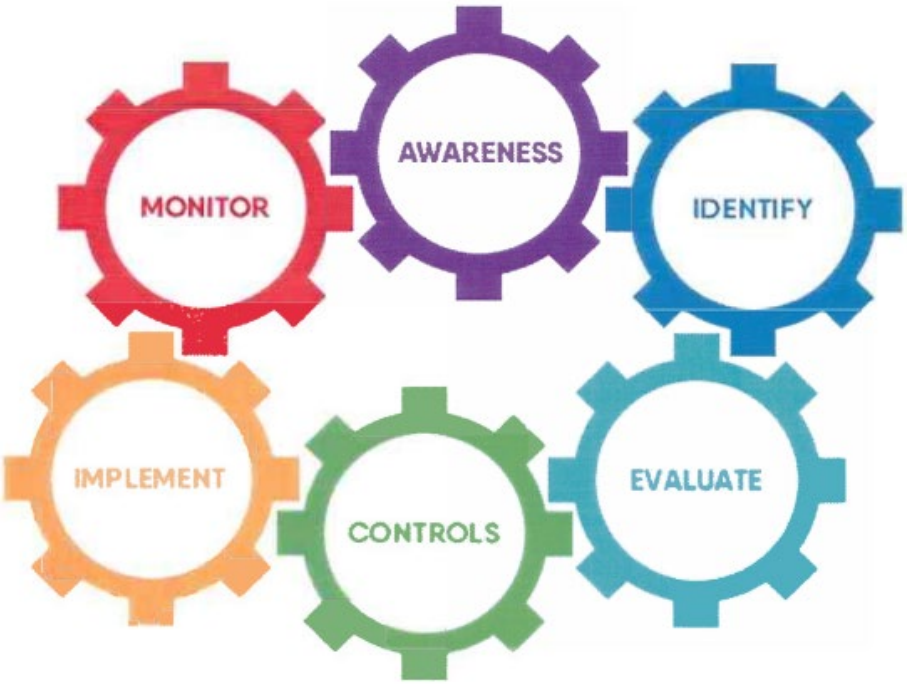
MARRELLIHEALTH

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT ANNO 2025



MARRELLI HEALTH srl
SEDE LEGALE
Via E. Fermi, 5 - 88900 Crotone (KR) tel. (+39) 0962 93 02 76
marrellihealth.it - info@marrellihealth.it
c.f. / p. iva 01356640795 cod. univoco 5RUO82D
REA: KR - 111593 | capitale sociale € 2.706.235,00 i.v.

Unità Operativa
CALABRODENTAL
Via E. Fermi, 5 - 88900 Crotone (KR) tel. 0962 93 04 14
calabrodental.it - info@calabrodental.it

Unità Operativa
MARRELLI HOSPITAL
Via G. da Fiore 5 - 88900 Crotone (KR) tel. 0962 96 01 01
marrellihospital.it - info@marrellihospital.it

MARRELLI HEALTH S.R.L. è sottoposta ad attività di direzione e coordinamento da parte di Im.mar S.r.l. | Direttore Sanitario Dott. Massimiliano Amantea

INDICE

1. PREMESSA 3
2. ATTUALI ORIENTAMENTI IN TEMA DI QUALITA' E RISCHIO CLINICO 3
2.1 Il Ministero della Salute 3
2.2 La Regione Calabria: Assessorato Regionale alla Sanità 4
2.3 Le Società scientifiche ed istituzioni internazionali dedicate alla qualità dell'assistenza. 4
2.4 Normativa, bibliografia, riferimenti utilizzati per l'elaborazione del Piano 4
2.5 Bibliografia e sitografia consultata e/o consigliata 4
3. OBIETTIVI DEL PIANO AZIENDALE PER LA QUALITA' E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 6
3.1 OBIETTIVO n. 1: SICUREZZA DEI PAZIENTI: 6
3.2 OBIETTIVO n.2: EFFICACIA E APPROPRIATEZZA 14
3.4 ALLEGATI: schede dei progetti per la realizzazione di ciascun obiettivo per il 2024 e relativi risultati a consuntivo. 16
4. OBIETTIVI ANNO 2025 16
5. FORMAZIONE RISORSE DEL SERVIZIO RISK MANAGEMENT 29
4.1 Programmazione Azioni Formative 30
6. NORMATIVA REGIONE CALABRIA 30
7. BIBLIOGRAFIA, RIFERIMENTI UTILIZZATI PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO 30
8. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA CONSULTATA E/O CONSIGLIATA 31

1. PREMESSA

La sicurezza dei pazienti è uno dei requisiti fondamentali, insieme all'efficacia e all'appropriatezza, dei processi di cura e di assistenza. Non è possibile infatti parlare di qualità, cioè conformità del sistema di erogazione a quanto progettato e quindi di capacità dei processi di raggiungere gli obiettivi stabiliti, se la sicurezza del paziente non è considerata come un prerequisito di ogni organizzazione sanitaria.
La Legge 24/2017 conosciuta come Legge Gelli - Bianco, paradigma della sicurezza delle cure, cita in premessa:

1. ***La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività.***

1. ***La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative.***

2. ***Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale.***

Per la letteratura internazionale l'ospedale, per la sua complessità, rappresenta per il paziente un "sistema ad alto rischio". Ciò va tenuto presente in fase di progettazione delle prestazioni sanitarie, prendendo tutte le precauzioni organizzative ed operative più idonee finalizzate a ridurre il più possibile la probabilità del verificarsi di un errore umano e l'eventuale danno arrecato alla persona che riceve le cure.
La risposta ai problemi suddetti deve considerare un approccio globale ed essere coerente con gli obiettivi che gli organi sovraordinati, il Ministero della Salute e l'Assessorato alla salute della Regione Calabria tramite i requisiti dell'Accreditamento Istituzionale hanno indicato alle Aziende Ospedaliere ed alle strutture private obbiettivi che sono finalizzati a garantire il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate nel massimo della sicurezza possibile per il paziente.
Lo scopo del presente piano è il perseguimento di tali obiettivi attraverso altrettanti piani di miglioramento che coinvolgono trasversalmente tutte le professionalità aziendali (medici, infermieri, tecnici, amministrativi ecc) e sono in sintonia con i requisiti dell'accreditamento istituzionale del "***Manuale per l'accreditamento istituzionale delle strutture ospedaliere***" **della Regione Calabria.**

2. ATTUALI ORIENTAMENTI IN TEMA DI QUALITA' E RISCHIO CLINICO

In materia di qualità e rischio clinico, gli organi istituzionali, nazionali e regionali in accordo con varie Associazioni scientifiche hanno fornito, numerosi contributi, direttive, atti di governo clinico, raccomandazioni a diverso grado di cogenza. Di seguito, vengono richiamati quelli più significativi, riferendosi ai quali è possibile inquadrare il razionale degli obiettivi che il presente Piano intende perseguire.

2.1 Il Ministero della Salute

A partire dal 2005, il Dipartimento della qualità del Ministero della salute ha emanato il **Protocollo per il Monitoraggio degli eventi sentinella** (ultima edizione aggiornata al luglio 2009), 19 ***Raccomandazioni*** per gli operatori, sollecitate spesso gravi eventi sentinella realizzatisi sul territorio nazionale, finalizzate a ridurre gli errori nella pratica clinica/assistenziale individuando modalità comportamentali atte a ridurre le probabilità del verificarsi di eventi avversi di particolare gravità. Ad esse si sono aggiunti due successivi **Rapporti nazionali sull'incidenza degli eventi avversi in Italia** (vedi bibliografia).

2.2 La Regione Calabria: Assessorato Regionale alla Sanità

Numerosi decreti dell'Assessorato Regionale per la Sanità Calabria, contengono importanti direttive in materia di governo clinico della qualità delle cure, della loro appropriatezza ed in materia di gestione del rischio clinico. Dal rispetto di tali direttive, dettagliatamente elencate nella bibliografia e nella sitografia, scaturiscono gli obiettivi e le conseguenti attività descritte nel presente Piano Operativo.
Con DCA n.81 del 22/07/2016 -PROGRAMMA OPERATIVO 2016-2018, Intervento 2.3.1.1 "Autorizzazioni e Accreditamento" - Approvazione Nuovo regolamento Attuativo della L.R. n. 24/2008 - Approvazione nuovi Manuali la Regione Calabria con il documento "***Manuale per l'accreditamento istituzionale delle strutture ospedaliere***" ha emanato i criteri per l'Accreditamento Istituzionale dedicando un intero capitolo, il 6, all'appropriatezza ed alla sicurezza delle cure.
In ultimo con il DCA n. 20 del 7 marzo 2022, allegati a e b, l'organo istituzionale ha emanato le direttive regionali per strutturare la "Gestione del Rischio Clinico nelle strutture sanitarie private accreditate" all'ottemperanza delle quali questo Piano si ispira.

2.3 Le Società scientifiche ed istituzioni internazionali dedicate alla qualità dell'assistenza.

Nel corso degli ultimi anni sono state divulgate da Società scientifiche, che promuovono la qualità e la sicurezza dell'assistenza sanitaria, alcune raccomandazioni in tema di Qualità e di Risk Management. In particolare sono state considerate quelle proposte dalla SIQuAS-VRQ (Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria); le iniziative dell'IPASVI, i principi della "Carta di Portonovo" della SIQuAS-VRQ, gli Standard della Joint Commision International, vero e proprio Manuale d'uso per la qualità e la sicurezza degli ospedali. Tali strumenti conoscitivi di riferimento, se applicati, attraverso azioni specifiche, possono determinare nell'immediato l'affidabilità e la maggiore sicurezza dei trattamenti diagnostico-terapeutici effettuati nella nostra Azienda, implementando virtuose attività di prevenzione dei rischi per i pazienti trattati e conseguentemente dei costi sostenuti, diretti ed indiretti.
Particolare attenzione va data alla attività della **Joint Commission International**, in considerazione anche del fatto che alcuni importanti **obiettivi internazionali per la sicurezza** (la corretta identificazione del paziente; l'eliminazione dell'intervento chirurgico in sede sbagliata, in paziente sbagliato, con la procedura errata) indicati dalla Joint Commission International per assicurare/incrementare la sicurezza del paziente e delle cure, **fanno parte degli Standard** che in alcune regioni tutte le aziende sanitarie sono tenute a soddisfare.

2.4 Normativa, bibliografia, riferimenti utilizzati per l'elaborazione del Piano

1) Risk management in Sanità. Il problema degli errori, Ministero della Salute, Roma marzo 2004.
2) Le 19 raccomandazioni Ministeriali per la Gestione del Rischio Clinico.
3) Raccomandazioni sulla gestione del rischio 2006 della SIQuAS-VRQ – Società italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria.
4) Ministero della salute: i nuovi livelli essenziali di assistenza
5) Intesa Governo-Regioni sul rischio clinico e sicurezza delle cure
6) Ministero della salute: protocollo per la segnalazione degli eventi sentinella
7) La Carta di Portonovo
8) Raccomandazioni della SIQuAS sulla gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti
9) Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: Manuale per la formazione degli operatori
10) Legge Bianco Gelli

2.5 Bibliografia e sitografia consultata e/o consigliata

1) www.ministerosalute.it

2) www.assr.it
3) www.jointcommission.org
4) www.siquas.it
5) http://groups.google.it/group/unita-Operativa-per-la-qualità-e-la-sicurezza-del-paziente
6) http://www.agenas.it/

Il Contesto Aziendale

Marrelli Health svolge la sua attività attraverso due unità operative: la clinica Marrelli Hospital e la clinica Calabrodental.

Il MARRELLI HOSPITAL è una struttura privata accreditata (DCA n. 11 del 12/10/2016 Regione Calabria) per le seguenti specialità/attività:

- ✓ *Chirurgia Generale (Cod. 09) a indirizzo prevalente oncologico con 40 (quaranta) posti letto di cui 32 (trentadue) in regime di ricovero ordinario e 8 (otto) in regime di ricovero diurno D.S.;*
- ✓ *Ortopedia e Traumatologia (Cod. 36) a indirizzo prevalente pediatrico con 20 (venti) posti letto di cui 16 (sedici) in regime di ricovero ordinario e 4 (quattro) in regime di ricovero diurno D.S.;*
- ✓ *Specialistica ambulatoriale riferita alle discipline richieste (Ambulatorio di chirurgia generale; Ambulatorio di ortopedia e traumatologia);*
- ✓ *Servizi di Laboratorio Analisi chimico cliniche, Cardiologia, Gastroenterologia e Endoscopia, Terapia del dolore di cui al DCA n.31/2016 e delle tecnologie di cui alla nota regionale prot. n. 215829/2016.*
- ✓ *Ambulatori di Ginecologia, Chirurgia Plastica e Ricostruttiva, Medicina Estetica, Pneumologia, d cui DCA n. 32 del 28/01/2020*
- ✓ *Diagnostica per Immagini di 3° livello (ecografia, radiologia tradizionale, medicina nucleare, angiografia, radiologia interventistica, MOC ed ortopantomografia) di cui DCA n. 182 del 23/10/2018*
- ✓ *Erogazione di Prestazioni di Radioterapia in regime di convenzione di cui DCA n. 215 del 08/11/2018*
- ✓ *Erogazione di Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale di Oculistica di cui Decreto Dirigenziale n. 14963 del 23/11/2022*

CALABRODENTAL è la più grande struttura sanitaria privata italiana dedicata alla cura del cavo orale, in grado di offrire agli utenti tutti i servizi afferenti alla branca odontoiatrica e della Chirurgia Maxillo-Facciale. È nata nel 1990, e dal 2005 eroga anche prestazioni in regime di ricovero in day surgery.

La Calabrodental è suddivisa in due strutture operative:

- *il centro odontoiatrico che opera in regime misto tra privato e convenzione con l'ASL e*
- *lo studio Massimo Marrelli che opera in regime privato*

La struttura è parte del "POLO ODONTOIATRICO MASSIMO MARRELLI" che si estende su circa 12.000mq di superfici attrezzate per lo studio, la diagnosi e cura delle malattie del cavo orale.

Questi i suoi numeri:

- *3000 mq di superficie attrezzata*
- *50 ambulatori odontoiatrici*
- *Blocco operatorio con 3 sale operatorie ed un ambulatorio chirurgico*
- *3 sale di sterilizzazione*
- *N.8 posti letto disponibili ad ospitare 16 pazienti/gg in ricovero day surgery*

- *Sala di Radiologia provvista di apparecchiature CBCT (TC Cone Beam), 1 ortopantomografo e radiografici digitali al fine di ridurre la quantità di radiazioni assorbite dal paziente (Circa 80% in meno)*
- *Cartelle cliniche computerizzate e archivio informatico (cartelle su supporto informatico);*
- *3 scanner intra orale (per l'impronta digitale)*
- *Sala mensa per il personale e gli accompagnatori dei pazienti in day surgery*
- *spazio verde con alberature per poter trascorrere i momenti di attesa.*
- *5.000 accessi di pazienti al mese*

La clinica si articola su tre piani, in cui sono presenti 8 reparti:

- *Prima visita e visite specialistiche odontoiatriche e maxillo facciali*
- *Odontoiatria pediatrica*
- *Ortodonzia e Gnatologia*
- *Conservativa e endodonzia*
- *Day surgery (composto da 3 sale operatorie, una sala risveglio e una sala sterilizzazione, una infermeria, una reception con sala d'attesa e 4 stanze di degenza con bagno privato)*
- *Protesi dentaria*
- *Igiene e parodontologia*
- *Radiologia e diagnostica*

Ogni piano è dotato di 1 o più sale di sterilizzazione Sono presenti 4 reception e 5 sale di attesa.

Il presente piano si applica alle due strutture salvo l'individuazione di obiettivi specifici indicati singolarmente

3. OBIETTIVI DEL PIANO AZIENDALE PER LA QUALITA' E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Il Piano aziendale rischio clinico (PRC)individua due macroaree coerenti con i principi della Sicurezza e della Qualità delle Cure cosi come indicate nella legge 24 e individuati dalla Regione Calabria che ne ha fatto oggetto di specifiche normative di riferimento alle cure dei pazienti in tema di:

- *Sicurezza*
- *Efficacia ed Appropriatezza*

3.1 OBIETTIVO n. 1: SICUREZZA DEI PAZIENTI:

1) **Diffusione e implementazione 19 raccomandazioni del Ministero della Salute**
2) **Implementazione Standard Joint Commission essenziali per la sicurezza delle cure**
3) **Monitoraggio On site dei 6 Standard Joint Commission IPSG (International Patient Safety Goal)**
4) **Implementazione Check List sala operatoria e verifica della corretta applicazione della stessa**
5) **Attività Comitato Valutazione Gestione Sinistri (CVGS)**
6) **Lotta alle ICA (Infezioni Correlate all'Assistenza)**

1) Diffusione e implementazione 19 raccomandazioni del Ministero della Salute:

Le Raccomandazioni del Ministero della Salute, per quelle pertinenti le attività della casa di cura, sono uno strumento essenziale come punto di riferimento delle buone pratiche da applicare ai percorsi clinico organizzativi. Ciascuna delle Raccomandazioni contiene i principi essenziali per la prevenzione di errori che potrebbero avere anche conseguenze gravissime. *Regolamenti, Procedure ed Istruzioni Operative Aziendali*

sono redatti in coerenza con le stesse al fine di allineare il Gruppo Marrelli Health alle direttive nazionali e, per quelle promulgate, alle indicazioni operative della Regione Calabria.
In particolare sono state individuate come obiettivi per la sicurezza per questo PRC le Raccomandazioni:

LE RACCOMANDAZIONI MINISTERO DELLA SALUTE

n.1	*Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio –KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio*
n.2	*Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico*
n.3	*Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura*
n.4	*Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale*
n.5	*Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0*
n.7	*Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica*
n. 8	*Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari*
n.9	*Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali*
n.10	*Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati (specifica per la CalabroDental)*
n.12	*Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"*
n.13	*Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie*
n.14	*Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici*
n.17	*Raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica*
n.18	*Prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli*
n. 19	*Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide*

2) Gli Standard Joint Commission per la sicurezza delle cure

La Marrelli Health, allineandosi a precedenti esperienze nazionali, ha individuato alcuni tra gli Standard JCI che intercettando gran parte delle aree assistenziali aziendali a particolare rischiosità non trascurano anche aree a carattere tipicamente amministrativo *che potrebbero influire sulla sicurezza dell'erogazione delle cure. Il metodo consente la misurabilità del raggiungimento degli Standard (definibili come "comportamenti attesi") ne deriva l'identificazione di piani di miglioramento specificamente mirati nel caso gli stessi non fossero raggiunti.* Il gruppo è attivo nella valutazione continua del rispetto di tali Standard anche utilizzando tecniche bottom-up (autovalutazione periodica), integrate da "On Site Visit" (verifiche sul campo), atte a creare consapevolezza tra gli operatori. *Allo scopo di condividere metodi ed obiettivi sono previsti cicli di formazione del personale atti a creare un clima culturale specificamente rivolto alla sicurezza delle cure.*

Di seguito si riportano le Aree oggetto dell'applicazione della metodica, l'acronimo Internazionale di riferimento le numerosità di Standard e gli Elementi Misurabili oggetto di verifica e conseguimento:

Standard	*Acronimo*	*Standard (65)*	*Elementi Misurabili (241)*
International Patient Safety Goal	*IPSG*	*6*	*24*
Accesso Assistenza / Continuità delle cure	*ACC*	*5*	*25*
Diritti dei pazienti	*PFR*	*3*	*11*
Valutazione clinica	*AOP*	*7*	*25*
Cure del Paziente	*COP*	*5*	*13*
Assistenza anestesiologica / Chirurgica	*ASC*	*11*	*39*
Gestione e utilizzo farmaci	*MMU*	*9*	*34*
Qualità / Sicurezza	*QPS*	*5*	*21*
Qualifiche / Formazione	*SQE*	*10*	*44*
Comunicazione / Informazioni	*MCI*	*4*	*18*

International Patient Safety Goal (IPSG: 6 Standard / 24 Elementi Misurabili)

Lo scopo degli Obiettivi Internazionali per la Sicurezza del Paziente è di promuovere miglioramenti specifici nell'area della sicurezza del paziente più "stringente". Gli obiettivi evidenziano infatti alcune aree problematiche dell'assistenza sanitaria e ne descrivono delle soluzioni condivise dagli esperti ed evidence-based. Partendo dalla premessa fondamentale che una solida progettazione dei sistemi deve essere intrinseca all'erogazione di un'assistenza sanitaria sicura e di qualità elevata, gli obiettivi si concentrano in linea di massima sulle soluzioni sistemiche, laddove possibile.

	STANDARD	EL. MIS
IPSG.1	L'organizzazione elabora un metodo per migliorare l'accuratezza dell'identificazione del paziente.	5
IPSG.2	L'organizzazione elabora un metodo per migliorare l'efficacia delle comunicazioni tra gli operatori.	4
IPSG.3	L'organizzazione elabora un metodo per migliorare la sicurezza dei farmaci ad alto rischio.	4
IPSG.4	L'organizzazione elabora un metodo per garantire l'intervento chirurgico in paziente corretto, con procedura corretta, in parte del corpo corretta.	4
IPSG.5	L'organizzazione elabora un metodo per ridurre il rischio di infezioni associate all'assistenza sanitaria.	3
IPSG.6	L'organizzazione elabora un metodo per ridurre il rischio di danno subito dal paziente a seguito di caduta accidentale.	4

Accesso Assistenza / Continuità delle cure (ACC:6 Standard / 25 Elementi Misurabili)

Gli Standard individuano un equilibrio tra i bisogni sanitari del paziente e i servizi disponibili, nel coordinare la tempestività delll'erogazione di prestazioni sanitarie all'interno dell'organizzazione e, infine, nel programmare dimissioni, trasferimenti e follow-up del paziente. Con l'obiettivo del miglioramento complessivo degli esiti delle cure erogate e un utilizzo più efficiente delle risorse disponibili.

	STANDARD	EL. MIS
ACC.1.1.1	Ai pazienti in emergenza, in urgenza o con bisogni immediati è data priorità di valutazione e di trattamento.	4

ACC.1.4	Il ricovero e il trasferimento da/in unità di terapia intensiva o ad alta specializzazione sono determinati da criteri prestabiliti*	6
ACC.4	Il paziente è trasferito presso un'altra organizzazione in base al suo stato e alla necessità di soddisfare le sue esigenze di continuità delle cure.	5
ACC.4.2	L'organizzazione che accoglie il paziente riceve una relazione scritta sulle condizioni cliniche del paziente e sugli interventi prestati dall'organizzazione inviante.	4
ACC.5	Il processo di invio, trasferimento e/o dimissione del paziente ricoverato e ambulatoriale prevede una pianificazione volta a soddisfare le necessità del paziente durante il trasporto.	6

**Non attinente per la Calabrodental*

Diritti dei pazienti (PFR: 3 Standard / 11 Elementi Misurabili)

La leadership di un Ospedale deve conoscere e comprendere ed ove possibile rispettare i diritti del paziente e dei familiari, così come definiti dalla legislazione e dalle normative vigenti. In tal senso uno dei focus atti a sancire un corretto rapporto tra paziente e struttura è la correlazione di fiducia tra medico e paziente nel momento della somministrazione e dell'accettazione dei contenuti del Consenso Informato che va al di là della semplice compensazione burocratica ma sancisce un vero e proprio patto comunicativo- fiduciario che risponde al vero spirito del Consenso Informato.

	STANDARD	EL. MIS
PFR.6	Il consenso informato del paziente è acquisito attraverso un processo definito dall'organizzazione e implementato da personale addestrato, con un linguaggio comprensibile dal paziente.	3
PFR.6.4	Il consenso informato è acquisito prima dell'intervento chirurgico, dell'anestesia, dell'utilizzo di sangue o emoderivati e di altri trattamenti e procedure ad alto rischio.	6
PFR.6.4.1	L'organizzazione redige un elenco delle categorie o delle tipologie di trattamenti e procedure che richiedono un consenso informato specifico.	2

Valutazione clinica (AOP: 7 Standard / 25 Elementi misurabili)

La valutazione del paziente è un processo dinamico e continuativo, che si svolge in svariati dipartimenti e ambulatori in regime di degenza e in regime ambulatoriale ed è finalizzata a stabilire quali cure, trattamenti e prestazioni potranno soddisfare i suoi bisogni iniziali e di assistenza continuativa o di prosecuzione delle cure. Un processo efficace di valutazione del paziente produce le decisioni in merito ai suoi bisogni terapeutici di cure siano esse in emergenza o programmate anche al variare delle sue condizioni.
La valutazione del paziente è appropriata quando prende in considerazione variabili come lo stato di salute, l'età, i bisogni sanitari e le richieste o le preferenze del paziente, tutte incidenti sull'esito di salute.

	STANDARD	EL. MIS
AOP.1.2	La valutazione iniziale di ciascun paziente comprende, oltre all'anamnesi e all'esame obiettivo, anche una valutazione dei fattori fisici, psicologici, sociali ed economici.	4
AOP.1.3	I bisogni di assistenza medica e infermieristica del paziente sono individuati nell'ambito delle valutazioni iniziali e sono registrati in cartella clinica.	5
AOP.1.3.1	La valutazione medica e infermieristica iniziale del paziente anche in situazione di emergenza è basata sui suoi bisogni e sulle sue condizioni.	1
AOP.1.4.1	Le valutazioni medica e infermieristica iniziali sono completate entro le prime 24 ore dall'accettazione in regime di ricovero ordinario oppure entro tempi più brevi come indicato dalle condizioni del paziente o dalla politica ospedaliera.	4

AOP.1.5.1	La valutazione medica iniziale è documentata prima dell'anestesia o del trattamento chirurgico.	2
AOP.1.7	Tutti i pazienti ricoverati e ambulatoriali sono sottoposti a uno screening del dolore, cui segue la valutazione del dolore in caso di riscontro positivo.	3
AOP.2	Tutti i pazienti sono sottoposti a rivalutazione a intervalli appropriati sulla base delle loro condizioni e del loro trattamento allo scopo di determinare la loro risposta al trattamento e di pianificare la continuità delle cure o la dimissione.	6

Cure del Paziente (COP: 5 Standard/13 Elementi Misurabili)

Erogare cure e prestazioni sicure ed efficaci a beneficio di tutti i pazienti rappresenta la Mission principale di una organizzazione sanitaria cosi anche come riconosciuto dall'art. 1 della Legge 24 citata in introduzione. Su questo principio incidono necessità di collaborazione, comunicazione efficace e standardizzazione di processi processi atti a garantire che la pianificazione, il coordinamento e l'attuazione delle cure supportino e soddisfino gli obiettivi individuali per ogni singolo paziente. Serve quindi una azione continua di coordinamento ed integrazione professionale ad opera di tutti i professionisti che prendono in carico il paziente. Con la collaborazione del paziente e dei familiari, questi professionisti possono garantire al meglio quanto segue declinato negli standard.

	STANDARD	EL. MIS
COP.2.2	I professionisti autorizzati a prescrivere annotano le prescrizioni nell'apposito spazio della cartella clinica.	4
COP.2.3	Le procedure eseguite sono documentate in cartella clinica.	2
COP.3.1	Politiche e procedure guidano l'assistenza dei pazienti in emergenza.*	2
COP.3.3	Politiche e procedure guidano la movimentazione, l'uso e la somministrazione di sangue ed emoderivati.*	2
COP.3.4	Politiche e procedure guidano l'assistenza dei pazienti in coma o tenuti in vita artificialmente*	3

**Non Attinente per Calabrodental*

Assistenza anestesiologica / Chirurgica (ASC: 11 Standard/ 39 Elementi Misurabili)

Le prestazioni di anestesia chirurgica, sedazione procedurale e intervento chirurgico richiedono una valutazione completa ed esaustiva del paziente, la pianificazione integrata delle cure, il monitoraggio continuo del paziente e il trasferimento dalle rispettive aree sulla base di criteri prestabiliti ai fini del proseguimento delle cure, della riabilitazione e dell'eventuale trasferimento e dimissione.
Sono processi complessi i cui comportamenti attesi fanno capo a standard che devono essere rigidamente applicati per un governo sicuro di attività ad "alto rischio" come quelle che fanno capo alle pratiche anestesiologiche e chirurgiche all'interno di un'organizzazione sanitaria. La particolare numerosità degli standard individuati e dei correlati elementi misurabili sono la diretta conseguenza dell'attenzione da dedicare a questa parte del PRC.

	STANDARD	EL. MIS
ASC.3	Politiche e procedure guidano l'assistenza dei pazienti sottoposti a sedazione moderata e profonda.	7
ASC.4	Un professionista qualificato esegue una valutazione preanestesiologica e una valutazione pre-induzione.	4
ASC.5	Il trattamento anestesiologico di ciascun paziente è pianificato e documentato in cartella clinica.	2

ASC.5.1	I rischi, i benefici e le alternative sono discussi con il paziente, i suoi familiari o chi ne fa le veci.	2
ASC.5.2	Il tipo di anestesia praticato e la tecnica anestesiologica sono scritti in cartella clinica.	3
ASC.5.3	Lo stato fisiologico di ciascun paziente durante la somministrazione di anestesia è sotto monitoraggio continuo, documentato in cartella clinica.	3
ASC.6	Le condizioni post-anestesia di ciascun paziente sono monitorate e documentate e il paziente è dimesso dall'area di risveglio da un professionista qualificato oppure sulla base di criteri prestabiliti.	4
ASC.7	Il trattamento chirurgico di ciascun paziente è pianificato e documentato in base ai risultati della valutazione.	3
ASC.7.1	I rischi, i benefici e le alternative sono discussi con il paziente, i suoi familiari o chi ne fa le veci.	3
ASC.7.2	Un verbale operatorio o una breve nota sull'intervento chirurgico sono presenti in cartella clinica allo scopo di facilitare la prosecuzione delle cure.	2
ASC.7.4	L'assistenza postoperatoria del paziente è pianificata e documentata.	6

Gestione e utilizzo farmaci (MMU: 9 Standard/34 Elementi MIsurabili)

*Per **farmaco** si intende qualsiasi medicinale soggetto a prescrizione medica; campioni di specialità medicinali; rimedi fitoterapici; vitamine; nutraceutici; medicinali da banco; vaccini; mezzi di contrasto e altre sostanze utilizzate o somministrate a scopo di diagnosi, trattamento o prevenzione di patologie o disturbi;*
I farmaci sono una componente critica della cura fornita ai pazienti e sono utilizzati per il trattamento diagnostico, sintomatico, preventivo, curativo e palliativo e per la gestione di malattie e patologie.
L'utilizzo sicuro ed efficace dei farmaci richiede un impegno coordinato e multidisciplinare dei professionisti sanitari che sono coinvolti nell'applicazione dei principi di progettazione, implementazione e miglioramento dei processi a tutti gli aspetti del processo di gestione dei farmaci, ovvero:

- *la selezione,*
- *l'approvvigionamento,*
- *la conservazione,*
- *la prescrizione/richiesta,*
- *la trascrizione,*
- *la distribuzione,*
- *la preparazione,*
- *la dispensazione,*
- *la somministrazione,*
- *la documentazione*
- *il monitoraggio delle terapie farmacologiche.*

	STANDARD	EL. MIS
MMU.3	I farmaci sono conservati in modo appropriato e sicuro.	3
MMU.3.2	I farmaci per le emergenze sono disponibili, presidiati e al sicuro se conservati fuori dalla farmacia.	3
MMU.4	La prescrizione, l'ordinazione e la trascrizione dei farmaci sono guidate da politiche e procedure.	6
MMU.4.1	L'organizzazione definisce gli elementi per la completezza delle prescrizioni o richieste di terapia farmacologica e quali prescrizioni sono considerate accettabili.	2

MMU.4.2	L'organizzazione identifica i professionisti qualificati che sono autorizzati a prescrivere od ordinare i farmaci.	3
MMU.5.2	È in uso un sistema di dispensazione dei farmaci nella giusta dose per il paziente giusto al momento giusto.	5
MMU.6.1	La somministrazione dei farmaci prevede un processo atto a verificare la correttezza del farmaco rispetto alla prescrizione dello stesso.	5
MMU.6.2	Politiche e procedure regolano la gestione dei farmaci introdotti nell'organizzazione a scopo di autosomministrazione o come campioni di specialità medicinali*	3
MMU.7.1	Gli errori di terapia, compresi i "near miss", sono segnalati con un processo e nei tempi stabiliti dall'organizzazione.	4

**Non Attinente per Calabrodental*

Qualità / Sicurezza (QPS: 5 Standard / 21 Elementi Misurabili)

Qualità e Sicurezza delle cure, oltre che individuate dal primo articolo della Legge 24, rappresentano un requisito essenziale per un'organizzazione sanitaria
Poiché il personale clinico valuta i bisogni dei pazienti ed eroga le cure, il perseguimento del raggiungimento di standard misurabili può aiutare a comprendere come apportare reali miglioramenti dei processi al fine di fornire un servizio migliore ai pazienti e contemporaneamente di ridurre i rischi.
In questo stesso quadro è altresì possibile inserire i tradizionali programmi di misurazione, come quelli per gli eventi inattesi (risk management). Nel tempo, con il progressivo raggiungimento degli standard sottoelencati la Marrelli Health potrà:

- *sviluppare un maggiore sostegno della leadership a favore di un programma trasversale a tutta l'organizzazione;*
- *formare e coinvolgere più personale nelle attività del programma;*
- *stabilire priorità più chiare riguardo che cosa misurare;*
- *basare le decisioni sui dati della misurazione;*
- *realizzare miglioramenti sulla base del confronto con altre organizzazioni, a livello nazionale e internazionale.*

	STANDARD	EL. MIS
QPS.1	I responsabili del governo e della gestione dell'organizzazione sanitaria partecipano alla pianificazione e alla misurazione di un programma per il miglioramento della qualità e per la sicurezza del paziente	4
QPS.3.1	I leader dell'organizzazione identificano gli indicatori clinici chiave per le singole strutture, processi ed esiti clinici dell'organizzazione	6
QPS.3.3	I leader dell'organizzazione identificano gli indicatori chiave per ogni singolo Obiettivo internazionale per la sicurezza del paziente	3
QPS.6	L'organizzazione utilizza un processo predefinito per identificare e gestire gli eventi sentinella	4
QPS.8	L'organizzazione ha un processo predefinito per l'identificazione e l'analisi dei near miss	4

Qualifiche / Formazione (SQE: 10 Standard / 44 Elementi Misurabili)

Un'organizzazione sanitaria necessita di un numero variegato e idoneo di persone qualificate ed esperte per adempiere alla propria mission e soddisfare in sicurezza i bisogni dei pazienti.
È essenziale documentare le capacità, le conoscenze, la formazione e le precedenti esperienze lavorative dei candidati. In particolare, è molto importante verificare attentamente le credenziali del personale medico e infermieristico poiché questi professionisti sanitari sono a diretto contatto con i pazienti.
Parimenti al personale vanno proposte opportunità di formazione in tema di sicurezza delle cure.

	STANDARD	EL. MIS
SQE.1.1	Le responsabilità di ciascun operatore sono definite in una job description aggiornata	3
SQE.3	L'organizzazione utilizza un processo predefinito per garantire che le conoscenze e le capacità del personale sanitario corrispondano ai bisogni dei pazienti	5
SQE.5	Le informazioni sul personale sono documentate per ciascun operatore	7
SQE.7	Tutti gli operatori sanitari e non sanitari sono orientati all'organizzazione, al dipartimento o all'unità di assegnazione e alle responsabilità specifiche del proprio incarico all'atto dell'assegnazione degli incarichi	4
SQE.8.1	Gli operatori sanitari a diretto contatto con il paziente e altri operatori identificati dall'organizzazione sono addestrati nelle manovre di rianimazione cardiopolmonare d'urgenza e sono in grado di dimostrare una competenza adeguata al riguardo	4
SQE.9	L'organizzazione ha un processo efficace per raccogliere, verificare e valutare le credenziali (abilitazione, formazione, pratica, competenze ed esperienze) del personale medico autorizzato a fornire assistenza sanitaria senza supervisione	5
SQE.9.1	Come minimo ogni tre anni, la leadership prende una decisione fondata su informazioni precise in merito al rinnovo dell'autorizzazione di ciascun medico a seguitare ad erogare prestazioni clinico-sanitarie	1
SQE.10	L'organizzazione ha una procedura standardizzata oggettiva e basata sull'evidenza per autorizzare tutti i medici a ricoverare e a curare i pazienti e a erogare altre prestazioni cliniche in funzione delle rispettive qualifiche	4
SQE.11	L'organizzazione si serve di un processo standardizzato e permanente per valutare la qualità e la sicurezza delle prestazioni cliniche erogate da ciascun medico	5
SQE.12	L'organizzazione ha un processo efficace per raccogliere, verificare e valutare le credenziali (abilitazione, studi, tirocinio ed esperienze) del personale infermieristico	6

Comunicazione / Informazioni (MCI: 4 Standard /18 Elementi Misurabili)

La comunicazione è un passaggio strategico fondamentale per l'erogazione di cure efficaci e sicure anche con altri professionisti sanitari e con il territorio, come individua con precisione le Raccomandazioni Ministeriali sulla riconciliazione farmacologica e sulla scrittura.
*I difetti di comunicazione sono tra le **cause profonde** più frequenti degli incidenti a danno della sicurezza del paziente e sono spesso la conseguenza di calligrafie illeggibili e dell'utilizzo difforme o non standardizzato di abbreviazioni, acronimi, simboli e codici all'interno di un'organizzazione.*

	STANDARD	EL. MIS
MCI.18	Una politica o un protocollo scritto definisce i requisiti per lo sviluppo e la gestione di politiche e procedure interne e un processo per la gestione di politiche e procedure esterne	4
MCI.19.1.1	La cartella clinica di ogni paziente trattato in pronto soccorso riporta l'ora di arrivo, le conclusioni al termine del trattamento di pronto soccorso, le condizioni del paziente alla dimissione e le istruzioni di follow-up *	4
MCI.19.3	Per ogni annotazione effettuata in cartella clinica è possibile identificarne l'autore e la data	3
MCI.19.4	Nell'ambito delle proprie attività di miglioramento delle performance, l'organizzazione valuta regolarmente il contenuto e la completezza delle cartelle cliniche	7

**Non attinente per CalabroDental*

3) Monitoraggio On Site dell'implementazione delle Raccomandazioni e degli Standard JCI

L'obiettivo è quello di conseguire gli standard individuati come target assistenziale effettuando audit di supporto a sostenere il processo di acquisizione dei singoli elementi misurabili di pertinenza nelle articolazioni organizzative aziendali valutandone il grado di implementazione e se necessario fornire supporto e strumenti di facilitazione.

4) Implementazione Check List Sala Operatoria

La sicurezza in sala operatoria si giova di strumenti di verifica tra i quali l'uso della Check List di controllo, la cui implementazione ha ormai assunto valenza globale. L'implementazione di tale modello comportamentale, in tutti i suoi passaggi, abbatte significativamente il rischio di errori correlati alla pratica chirurgica, prevenendo eventi sentinella dalle conseguenze devastanti non solo per i pazienti ma anche per le ricadute sugli operatori e sull'immagine della Casa di Cure. L'implementazione va verificata in presenza attraverso l'uso di appositi questionari valutativi da parte di personale dedicato all'uso.

5) Attività Comitato Valutazione Gestione Sinistri (CVGS)

L'attività del **Comitato Valutazione Gestione Sinistri (CVGS)** è stata istituita con DPGR N.11 DEL 31/1/2011. Le sue finalità coincidono con processi di economicità e trasparenza oltre che consentire al Risk Manager di ottenere dati utili alla prevenzione degli errori anche non segnalati/segnalabili e la mappatura aziendale degli stessi. I dati riconosciuti come eventi sentinella verranno puntualmente segnalati all' ASP per i provvedimenti previsti dalla normativa regionale

6) Lotta alle ICA (Infezioni Correlate all'Assistenza)

Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono infezioni acquisite che costituiscono la complicanza più frequente e grave dell'assistenza sanitaria e possono verificarsi in ogni ambito assistenziale, incluso gli ospedali per acuti, il *day-hospital/day-surgery,* le strutture di lungodegenza, gli ambulatori, l'assistenza domiciliare, le strutture residenziali territoriali. Uno studio nazionale di prevalenza, ha rilevato una frequenza di pazienti con una infezione contratta durante la degenza pari a 6,3 ogni 100 pazienti presenti in ospedale; nell'assistenza domiciliare 1 paziente ogni 100 contrae una ICA. Non tutte le ICA sono prevenibili, ma si stima attualmente che possa esserlo una quota superiore al 50%.. La Casa di Cure deve attuare tutte le misure possibili alla prevenzione delle ICA a partire dalla redazione ed implementazione di specifiche procedure atte a ridurre il fenomeno.

3.2 OBIETTIVO n.2: EFFICACIA E APPROPRIATEZZA

1) **Prevenzione Tromboembolismo venoso TVP**
2) **Monitoraggio dati PNE (Programma Nazionale di Valutazione Esiti)**
3) **Monitoraggio della qualità della documentazione clinica**
4) **Applicazione linee guida specifiche odontoiatriche**

1) Prevenzione Tromboembolismo venoso (TVP)

La prevenzione delle complicanze derivate dalla Trombosi Venosa Profonda costituisce un indirizzo fondamentale per lo sviluppo di politiche di prevenzione di eventi avversi su pazienti specie come risultato di effetti collaterali nel post-operatorio

La Regione Calabria ha emanato con proprio documento (DGR 30/2012) un PDTA apposito *"Appropriatezza prescrittiva nella Profilassi e nella Terapia della Malattia Trombo-Embolica Venosa (MTEV)*" volto alla prevenzione della TVP ed alla appropriatezza prescrittiva degli anticoagulanti adottato dalla Casa di Cure per la prevenzione della temibile complicanza.

2) **Monitoraggio dati PNE (Programma Nazionale Esiti) per gli esiti correlati a situazioni di potenziale rischio clinico**

Il programma nazionale di valutazione esiti ha lo scopo di omogeneizzare la valutazione qualitativa delle performances degli Ospedali. I dati sono prodotti attraverso una serie di indicatori di esito che, opportunamente modulati da tecniche statistiche di Risk Adjustement, riescono a individuare con sufficiente precisione aree critiche su cui intervenire in maniera proattiva con la condivisione di piani di miglioramento dedicati. Il monitoraggio dei dati individuati dal Programma Nazionale contribuisce significativamente all'individuazione precoce di aree di ***substandard care*** se non addirittura di franco rischio clinico.

3) **Qualità della documentazione clinica (PR.CLI.04.05.02)**

Studi effettuati in letteratura attestano che la bassa qualità della documentazione cinica, intesa come numerosità di informazioni appropriate all'esaustività informativa quotidiana delle condizioni cliniche del paziente ha ripercussioni sulla sicurezza e sulla qualità delle cure. La diretta conseguenza è la carenza nella trasmissione delle informazioni fondamentali relative al percorso di cura del paziente ricoverato. Talvolta l'esiguità di queste informazioni, in certi casi persino l'assenza, predispone ad errori che possono rivelarsi fatali. Lo studio della qualità della documentazione clinica può fornire alle Direzioni strategiche informazioni utili al fine di interventi atti a prevenire le criticità riferite in precedenza.
La Casa di Cure si è dotata di una specifica procedura sulla gestione della documentazione clinica. L'applicazione dei singoli punti sarà oggetto di valutazione periodica attraverso schede specifiche (DR.CLI.01 - "Griglia per la valutazione della cartella clinica") ed interventi mirati nel caso di non conformità rispetto a quanto individuato nella stessa.

4) Applicazione linee guida nazionali specifiche odontoiatriche (Calabrodental)

L'unità operativa di Marrelli Health che si occupa delle linee specifiche di patologie dentali allo scopo di fornire cure sicure ed efficaci, le eroga applicando in maniera puntuale i contenuti clinici, i comportamenti e gli indirizzi previsti dalle sottoelencate linee guida riconosciute a livello nazionale e condivise dal Ministero della Salute. L'impegno riunisce in sé i principi di Qualità e Sicurezza contenuti nella Legge 24 e nelle Mission e Vision di Marrelli Health. Di seguito si elencano le Linee Guida oggetto di applicazione:

1. **Promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva**
2. **Promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali negli individui in età evolutiva che devono essere sottoposti a terapia chemio e/o radio**
3. **Prevenzione e la gestione clinica dei traumi dentali negli individui in età evolutiva**
4. **Promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva**
5. **Prevenzione ed il trattamento odontoiatrico della sindrome delle apnee ostruttive nel sonno**
6. **Promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età adulta**
7. **Prevenzione ed il trattamento odontoiatrico del russamento e della sindrome delle apnee ostruttive nel sonno in età evolutiva**

8. **Diagnostica radiologica odontoiatrica in età evolutiva**
9. **Promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali negli individui in età evolutiva che devono essere sottoposti a terapia chemio e/o radio**
10. **Prevenzione e la gestione clinica dei traumi dentali negli individui in età evolutiva**

3.3 D.A. concorrenza del 19/12/2023

Il comitato rischio clinico si è riunito per esaminare la compliance delle U.O. al DECRETO 19 dicembre 2022 - Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie (cd decreto concorrenza) ed in particolare agli allegati A e B del decreto.
Il comitato si è soffermato sul contenuto dell'art. 4 commi 2 e 3 ritenuti di importanza strategica:
"Nella selezione dei soggetti erogatori, le regioni e le province autonome, in relazione al proprio contesto territoriale, alla tipologia di strutture presenti e ai dati a loro disposizione, possono tener conto dei risultati dell'attività di monitoraggio condotta dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), relativamente agli aspetti di competenza indicati agli Allegati A e B del presente decreto, avvalendosi, in particolare, dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità nonché delle rilevazioni del Programma nazionale esiti (PNE).
L'AGENAS provvede alla stesura e alla pubblicazione di un report con l'indicazione delle risultanze delle attività di monitoraggio di cui al comma 2, con cadenza annuale per le strutture ospedaliere e triennale per le altre tipologie di erogatori soggetti all'accreditamento. Il primo report è reso disponibile entro il 30 novembre 2023."

3.4 ALLEGATI: schede dei progetti per la realizzazione di ciascun obiettivo per il 2025

Azienda	Marrelli Health
Risk Manager Aziendale	Dr. Giovanni Andò
OBIETTIVO N.1 – SICUREZZA DEI PAZIENTI	
1. Titolo del progetto	**Implementazione Raccomandazione Ministeriale n. 1**
2. Motivazione della scelta	Percorso di miglioramento standardizzato e dotato di cogenza. (Reg. G.R. n.99 del 12/2/2010)
3. Area di intervento	Prevenzione Errori, Implementazione Buone Pratiche, Sicurezza del Paziente
4. Ambito di intervento	UU.OO. Aziendali
5. Obiettivo generale del progetto	**Impedire la somministrazione erronea (persona/formulazione) di soluzioni concentrate di potassio KCL**
6. Strumenti e metodi	On Site Visit
7. Obiettivi specifici del progetto	Valutazione dell'applicazione su scala Aziendale e di U.O. della raccomandazione n.1 del ministero della salute

Indicatori di risultato e modalità di misura	
Indicatore	**Modalità di misura**
Numero di conservazioni a norma/Numero di osservazioni specifiche	On Site Visit

CRONOGRAMMA		Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembr	Ottobre	Novembr	Dicembre
Risorse	**Responsabilità**												
Aziendali	Risk Manager	X	AUDIT MONITORAGGIO ATTIVITA'										
Aziendali	Coordinatore di U.O.	X											
			2025										

Procedure aziendali correlate:

- PRO_01_Gestione Soluzioni Potassio concentrato

Azienda	Marrelli Health
Risk Manager Aziendale	Dr. Giovanni Andò
OBIETTIVO N.2 – SICUREZZA DEI PAZIENTI	
1. Titolo del progetto	**Implementazione Raccomandazione Ministeriale n. 2**
2. Motivazione della scelta	Percorso di miglioramento standardizzato e dotato di cogenza. (Reg. G.R. n.99 del 12/2/2010 e DPGR n. 96 28/6/2012 e DPGR n.158 del 3/9/2012)
3. Area di intervento	Prevenzione Errori, Implementazione Buone Pratiche, Sicurezza del Paziente
4. Ambito di intervento	UU.OO. Aziendali
5. Obiettivo generale del progetto	**Prevenzione della ritenzione di garze strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico**
6. Strumenti e metodi	On Site Visit
7. Obiettivi specifici del progetto	Valutazione dell'applicazione su scala Aziendale e di U.O. della raccomandazione n.2 del Ministero della Salute

Indicatori di risultato e modalità di misura	
Indicatore	**Modalità di misura**
Numero di osservazioni secondo normativa/Numero di osservazioni specifiche	On Site Visit

CRONOGRAMMA		Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembr	Ottobre	Novembr	Dicembre
Risorse	**Responsabilità**												
Aziendali	Risk Manager	X	AUDIT MONITORAGGIO ATTIVITA'										
Aziendali	Coordinatore di Sala Operatoria	X											
	Ferrista	X											
			2025										

Procedure aziendali correlate:

- PRO_11_Sicurezza Sala Operatoria (MH)
- PRO_10_Sala Operatoria rev.05 (MH)
- POS_14_Sicurezza in sala operatoria (CD)
- POS_13_Sala operatoria (CD)

- Manuale per la sicurezza in sala operatoria

Azienda	Marrelli Health
Risk Manager Aziendale	Dr. Giovanni Andò
OBIETTIVO N.3 – SICUREZZA DEI PAZIENTI	
1. Titolo del progetto	**Implementazione Raccomandazione Ministeriale n. 3**
2. Motivazione della scelta	Percorso di miglioramento standardizzato e dotato di cogenza. (Reg. G.R. n.99 del 12/2/2010 e DPGR n. 96 28/6/2012 e DPGR n.158 del 3/9/2012)
3. Area di intervento	Prevenzione Errori, Implementazione Buone Pratiche, Sicurezza del Paziente
4. Ambito di intervento	UU.OO. Aziendali
5. Obiettivo generale del progetto	**Prevenzione dell'errore di persona, del sito chirurgico e/o della procedura chirurgica**
6. Strumenti e metodi	On Site Visit
7. Obiettivi specifici del progetto	Valutazione dell'applicazione su scala Aziendale e di U.O. della raccomandazione n.3 del Ministero della Salute

Indicatori di risultato e modalità di misura	
Indicatore	**Modalità di misura**
Numero di osservazioni secondo normativa/Numero di osservazioni specifiche	On Site Visit

CRONOGRAMMA		Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembr	Ottobre	Novembr	Dicembre
Risorse	**Responsabilità**												
Aziendali	Risk Manager	X	AUDIT MONITORAGGIO ATTIVITA'										
Aziendali	Coordinatore di Sala Operatoria	X											
	Personale medico coinvolto	X											
			2025										

Procedure aziendali correlate:

- POS_14_Sicurezza in sala operatoria (CD)
- PRO_11_Sicurezza Sala Operatoria (MH)
- PRO_10_Sala Operatoria rev.05 (MH)
- POS_13_Sala operatoria (CD)

Azienda	Marrelli Health
Risk Manager Aziendale	Dr. Giovanni Andò
OBIETTIVO N.4 – SICUREZZA DEI PAZIENTI	
1. Titolo del progetto	**Implementazione Raccomandazione Ministeriale n. 4**
2. Motivazione della scelta	Percorso di miglioramento organizzativo/strutturale standardizzato e dotato di cogenza. (Reg. G.R. n.99 del 12/2/2010)
3. Area di intervento	Prevenzione Errori, Implementazione Buone Pratiche, Sicurezza del Paziente
4. Ambito di intervento	Ambienti Aziendali

5. Obiettivo generale del progetto	**Prevenzione del suicidio del paziente in ospedale**
6. Strumenti e metodi	On Site Visit
7. Obiettivi specifici del progetto	Valutazione dell'applicazione su scala Aziendale e di U.O. della raccomandazione n.4 del Ministero della Salute

Indicatori di risultato e modalità di misura	
Indicatore	**Modalità di misura**
Numero di osservazioni secondo normativa/Numero di osservazioni specifiche	On Site Visit

CRONOGRAMMA		Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembr	Ottobre	Novembr	Dicembre
Risorse	**Responsabilità**												
Aziendali	Risk Manager	X	AUDIT MONITORAGGIO ATTIVITA'										
Aziendali	Direzione Sanitaria	X											
Aziendali	Ufficio Tecnico	X											
			2025										

Procedure aziendali correlate

- PRO_02_Prevenzione e gestione suicidio rev.01 (MH)
- PROT_Racc. 04_ Prevenzione suicidio (CD)

Azienda	Marrelli Health
Risk Manager Aziendale	Dr. Giovanni Andò
OBIETTIVO N.5 – SICUREZZA DEI PAZIENTI	
1. Titolo del progetto	**Implementazione Raccomandazione Ministeriale n. 5**
2. Motivazione della scelta	Percorso di miglioramento organizzativo standardizzato e dotato di cogenza. (Reg. G.R. n.99 del 12/2/2010 e DPGR N.16 DEL 22/10/ 2010
3. Area di intervento	Prevenzione Errori, Implementazione Buone Pratiche, Sicurezza del Paziente
4. Ambito di intervento	UU.OO. Aziendali
5. Obiettivo generale del progetto	**Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO**
6. Strumenti e metodi	Vedi procedura aziendale
7. Obiettivi specifici del progetto	Valutazione dell'applicazione su scala Aziendale e di U.O. della raccomandazione n.5 del Ministero della Salute

Indicatori di risultato e modalità di misura	
Indicatore	**Modalità di misura**
Numero di trasfusioni correttamente eseguite/Numero di trasfusioni	On Site Visit /Segnalazione di reazioni trasfusionali

CRONOGRAMMA		Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembr	Ottobre	Novembr	Dicembre
Risorse	**Responsabilità**												
Aziendali	Risk Manager	X	AUDIT MONITORAGGIO ATTIVITA'										
Aziendali	Direzione Sanitaria	X											
Aziendali	Personale coinvolto nel processo	X											
			2025										

Procedure aziendali correlate:

- POS_16_Emotrasfusione MH
- POS_02_Gestione frigoemoteca MH

Azienda	Marrelli Health
Risk Manager Aziendale	Dr. Giovanni Andò
OBIETTIVO N.6 – SICUREZZA DEI PAZIENTI	
1. Titolo del progetto	**Implementazione Raccomandazione Ministeriale n. 7**
2. Motivazione della scelta	Percorso di miglioramento organizzativo standardizzato e dotato di cogenza.
3. Area di intervento	Prevenzione Errori, Implementazione Buone Pratiche, Sicurezza del Paziente (Reg. G.R. n.99 del 12/2/2010)
4. Ambito di intervento	UU.OO. Aziendali
5. Obiettivo generale del progetto	**Prevenzione morte coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica**
6. Strumenti e metodi	Procedura aziendale / controlli cartelle cliniche
7. Obiettivi specifici del progetto	Valutazione dell'applicazione su scala Aziendale e di U.O. della raccomandazione n.7 del Ministero della Salute

Indicatori di risultato e modalità di misura	
Indicatore	**Modalità di misura**
STU correttamente compilate/campione di cartelle cliniche	Verifiche campionarie qualità della documentazione clinica

CRONOGRAMMA		Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembr	Ottobre	Novembr	Dicembre
Risorse	**Responsabilità**												
Aziendali	Risk Manager	X	Controllo campionario qualità delle cartelle cliniche secondo questionario regionale										
Aziendali	Direzione Sanitaria	X											
Aziendali	NOC aziendali	X											
			2025										

Procedure aziendali correlate:

- PRO_18_Gestione Farmaci

Azienda	Marrelli Health
Risk Manager Aziendale	Dr. Giovanni Andò
OBIETTIVO N.7 – SICUREZZA DEI PAZIENTI	
1. Titolo del progetto	**Implementazione Raccomandazione Ministeriale n. 8**
2. Motivazione della scelta	Percorso di miglioramento organizzativo standardizzato e dotato di cogenza.
3. Area di intervento	Prevenzione e protezione del Personale
4. Ambito di intervento	UU.OO. Aziendali
5. Obiettivo generale del progetto	**Prevenzione atti di violenza a danno degli operatori**
6. Strumenti e metodi	Vedi procedura aziendale
7. Obiettivi specifici del progetto	Valutazione dell'applicazione su scala Aziendale e di U.O. della raccomandazione n.8 del Ministero della Salute

Indicatori di risultato e modalità di misura	
Indicatore	**Modalità di misura**
Numero di aggressioni con danno per il personale /anno	Raccolta di segnalazioni tramite modello di Incident Reporting

CRONOGRAMMA		Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembr	Ottobre	Novembr	Dicembre
Risorse	**Responsabilità**												
Aziendali	Risk Manager	X	AUDIT MONITORAGGIO ATTIVITA' e PROVVEDIMENTI STRUTTURALI e COMUNICATIVI DI DETERRENZA										
Aziendali	Direzione Sanitaria	X											
Aziendali	Ufficio tecnico	X											
			2025										

Procedure aziendali correlate

- PRO_03_Gestione e prevenzione violenza contro operatore (MH)
- PROT_racc. 08_Violenza contro operatore (CD)

Azienda	Marrelli Health
Risk Manager Aziendale	Dr. Giovanni Andò
OBIETTIVO N.8 – SICUREZZA DEI PAZIENTI	
1. Titolo del progetto	**Implementazione Raccomandazione Ministeriale n. 9**
2. Motivazione della scelta	Percorso di miglioramento organizzativo standardizzato e dotato di cogenza. (Reg. G.R. n.99 del 12/2/2010)
3. Area di intervento	Manutenzione e controlli
4. Ambito di intervento	UU.OO. Aziendali
5. Obiettivo generale del progetto	**Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali**
6. Strumenti e metodi	Vedi procedura aziendale

7. Obiettivi specifici del progetto	Valutazione dell'applicazione su scala Aziendale e di U.O. della raccomandazione n.9 del Ministero della Salute

Indicatori di risultato e modalità di misura	
Indicatore	**Modalità di misura**
Segnalazione di malfunzionamenti che causano o stavano per causare Eventi Avversi	Schede di segnalazione

CRONOGRAMMA		Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembr	Ottobre	Novembr	Dicembr
Risorse	**Responsabilità**												
Aziendali	Risk Manager	X	Audit di monitoraggio di applicazione procedura aziendale										
Aziendali	Direzione Sanitaria	X											
Aziendali	Ufficio tecnico (manutenzione app)	X											
			2025										

Procedure aziendali correlate

- IST_12_ISTRUZIONE MANUTENZIONE APPARECCHIO ULTRASUONI "ALSA" (MH)
- IST_13_ISTRUZIONE MANUTENZIONE LASER CO2 A SCANSIONE OPTON 8000 (MH)
- IST_14_ISTRUZIONE MANUTENZIONE MAGNETICWHEEL-LFI-1 (MAGNETOTERAPIA) (MH)
- IST_15_ISTRUZIONE MANUTENZIONE MULTIWAVE (ELETTROTERAPIA) (MH)
- IST_16_ISTRUZIONE MANUTENZIONE SINEBIO ELETTROTERAPIA (MH)
- IST_17_ISTRUZIONE MANUTENZIONE SINEBIO RADARTERAPIA (MH)
- IST_18_ISTRUZIONE MANUTENZIONE TERAPIC 2 (ELETTROSTIMOLAZIONE E IONOFORESI) (MH)
- IST_19_ISTRUZIONE MANUTENZIONE SINEBIO ULTRASUONI (MH)
- IST_20_ISTRUZIONE MANUTENZIONE THERAMED (ELETTROTERAPIA) (MH)
- IST_21_ISTRUZIONE MANUTENZIONE MONITOR MULTIPARAMETRICO (MH)
- IST_22_ISTRUZIONE MANUTENZIONE ELETTROCARDIOGRAFO (MH)
- PRO 07_GESTIONE APPARECCHIATURE BIOMEDICHE
- IST_MAA APPARECCHIO ANESTESIA (CD)
- IST_MCECG Controllo elettrocardiografo (CD)
- IST_ULTR ultrasuoni (CD)
- IST_AUTCL autoclave (CD)

Azienda	*Marrelli Health*
Risk Manager Aziendale	Dr. Giovanni Andò
	OBIETTIVO N.9 – SICUREZZA DEI PAZIENTI
1. Titolo del progetto	***Implementazione Raccomandazione Ministeriale n. 10***
2. Motivazione della scelta	*Raccomandazione per la prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bisfofonati*
3. Area di intervento	*Sicurezza delle cure*
4. Ambito di intervento	*UU.OO. Aziendali (Calabrodental)*
5. Obiettivo generale del progetto	***Prevenire osteonecrosi della mascella e conseguenti danni a pazienti in trattamento con bisfofonati in ambito oncologico***
6. Strumenti e metodi	*Vedi Raccomandazione Ministeriale*

7. Obiettivi specifici del progetto	*Valutazione dell'applicazione su scala Aziendale e di U.O. della Raccomandazione n.10 del Ministero della Salute*

Indicatori di risultato e modalità di misura	
Indicatore	***Modalità di misura***
Numero di fratture segnalate/numero di pazienti oncologici trattati	*Segnalazioni al sistema di Incident Reporting di fratture intervenute durante le cure odontoiatriche*

CRONOGRAMMA		*Gennaio*	*Febbraio*	*Marzo*	*Aprile*	*Maggio*	*Giugno*	*Luglio*	*Agosto*	*Settembr*	*Ottobre*	*Novembr*	*Dicembre*
Risorse	***Responsabilità***												
Aziendali	*Risk Manager*	*X*	*Audit di monitoraggio delle segnalazioni pervenute*										
Aziendali	*Direzione Sanitaria*	*X*											
			2025										

Procedure aziendali correlate

- Prot_Racc 10_ PREVENZIONE DELL'OSTEONECROSI MASCELLARE/MANDIBOLARE DA BIFOSFONATI

Azienda	Marrelli Health
Risk Manager Aziendale	Dr. Giovanni Andò
OBIETTIVO N.10 – SICUREZZA DEI PAZIENTI	
1. Titolo del progetto	**Implementazione Raccomandazione Ministeriale n. 12**
2. Motivazione della scelta	Percorso di miglioramento organizzativo standardizzato e dotato di cogenza.
3. Area di intervento	Sicurezza dei pazienti
4. Ambito di intervento	UU.OO. Aziendali
5. Obiettivo generale del progetto	**Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look Alike/Sound Alike"**
6. Strumenti e metodi	Vedi procedura aziendale
7. Obiettivi specifici del progetto	Valutazione dell'applicazione su scala Aziendale e di U.O. della raccomandazione n.12 del Ministero della Salute

Indicatori di risultato e modalità di misura	
Indicatore	**Modalità di misura**
N. Non conformità/N. di controlli	On site visit periodiche (trimestrali)

CRONOGRAMMA		Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembr	Ottobre	Novembr	Dicembr
Risorse	**Responsabilità**												
Aziendali	Risk Manager	X	Audit di monitoraggio di applicazione procedura aziendale										
Aziendali	Farmacia	X											

Aziendali	Coordinatori di U.O.	X	
			2025

Procedure aziendali correlate

- PRO_18_GESTIONE FARMACI

Azienda	Marrelli Health
Risk Manager Aziendale	Dr. Giovanni Andò
OBIETTIVO N.11 – SICUREZZA DEI PAZIENTI	
1. Titolo del progetto	**Implementazione Raccomandazione Ministeriale n. 13**
2. Motivazione della scelta	Percorso di miglioramento organizzativo standardizzato e dotato di cogenza. (DPGR n. 98 del 30/9/2015)
3. Area di intervento	Sicurezza dei pazienti
4. Ambito di intervento	UU.OO. Aziendali
5. Obiettivo generale del progetto	**Prevenzione e gestione della caduta di paziente in ospedale**
6. Strumenti e metodi	Vedi procedura aziendale
7. Obiettivi specifici del progetto	Valutazione dell'applicazione su scala Aziendale e di U.O. della raccomandazione n.13 del Ministero della Salute

Indicatori di risultato e modalità di misura	
Indicatore	**Modalità di misura**
Numero di cadute con danno/anno solare	Segnalazione in scheda Incident Reporting

CRONOGRAMMA		Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembr	Ottobre	Novembr	Dicembr
Risorse	**Responsabilità**												
Aziendali	Risk Manager	X											
Aziendali	Direzione Sanitaria	X											
Aziendali	Coordinatori di U.O.	X											
			2025										

Audit di monitoraggio di applicazione procedura aziendale

Procedure aziendali correlate

- IST_02_CONTENZIONE_rev.01 (MH)
- PRO_16_PREVENZIONE E GESTIONE CADUTE_rev.02 (MH)
- PRO_17_CONTENZIONE FISICA (MH)
- POS 12 PREVENZIONI CADUTE rev 2019 (CD)
- POS 17 CONTENZIONE FISICA E FARMACOLOGICA IN DS (CD)
- IST_CT CONTENZIONE (CD)

Azienda	Marrelli Health
Risk Manager Aziendale	Dr. Giovanni Andò
OBIETTIVO N.12 – SICUREZZA DEI PAZIENTI	
1. Titolo del progetto	**Implementazione Raccomandazione Ministeriale n. 17**

2. Motivazione della scelta	Percorso di miglioramento organizzativo standardizzato e dotato di cogenza.
3. Area di intervento	Sicurezza dei pazienti
4. Ambito di intervento	UU.OO. Aziendali
5. Obiettivo generale del progetto	**Riconciliazione farmacologica**
6. Strumenti e metodi	Vedi procedura aziendale
7. Obiettivi specifici del progetto	Valutazione dell'applicazione su scala Aziendale e di U.O. della raccomandazione n.17 del Ministero della Salute

Indicatori di risultato e modalità di misura	
Indicatore	**Modalità di misura**
Numero di schede non compilate/numero totale di schede da compilare	Verifica qualità della documentazione clinica

CRONOGRAMMA		Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembr	Ottobre	Novembr	Dicembr
Risorse	**Responsabilità**												
Aziendali	Risk Manager	X											
Aziendali	Direzione Sanitaria	X											
Aziendali	Personale sanitario coinvolto nel percorso di cura	X											
			2025										

Audit di monitoraggio di applicazione procedura aziendale su campione di cartelle cliniche

Procedure aziendali correlate

- PRO_04_Gestione RICONCILIAZIONE FARMACOLOGICA

Azienda	Marrelli Health
Risk Manager Aziendale	Dr. Giovanni Andò
OBIETTIVO N.13 – SICUREZZA DEI PAZIENTI	
1. Titolo del progetto	**Implementazione Raccomandazione Ministeriale n. 18**
2. Motivazione della scelta	Percorso di miglioramento organizzativo standardizzato e dotato di cogenza.
3. Area di intervento	Sicurezza dei pazienti
4. Ambito di intervento	UU.OO. Aziendali
5. Obiettivo generale del progetto	**Prevenzione degli errori in terapia conseguenti ad uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli**
6. Strumenti e metodi	Vedi procedura aziendale
7. Obiettivi specifici del progetto	Valutazione dell'applicazione su scala Aziendale e di U.O. della raccomandazione n.18 del Ministero della Salute

Indicatori di risultato e modalità di misura	
Indicatore	**Modalità di misura**

Riscontro di Non conformità (simboli ed acronimi non conformi alla procedura aziendale)/totale campione di cartelle cliniche	Verifica qualità della documentazione clinica

CRONOGRAMMA		Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembr	Ottobre	Novembr	Dicembr
Risorse	**Responsabilità**												
Aziendali	Risk Manager	X	Verifica periodica della qualità della documentazione clinica										
Aziendali	NOC Aziendali	X											
Aziendali	Personale sanitario coinvolto nel percorso di cura	X											
			2025										

Procedure aziendali correlate

- PRO_05_Prevenzione errori in terapia, sigle, simboli e acronimi

Azienda	Marrelli Health
Risk Manager Aziendale	Dr. Giovanni Andò
OBIETTIVO N.14 – SICUREZZA DEI PAZIENTI	
1. Titolo del progetto	**Implementazione Raccomandazione Ministeriale n. 19**
2. Motivazione della scelta	Percorso di miglioramento organizzativo standardizzato e dotato di cogenza.
3. Area di intervento	Sicurezza dei pazienti
4. Ambito di intervento	UU.OO. Aziendali
5. Obiettivo generale del progetto	**Manipolazione forme farmaceutiche orali solide**
6. Strumenti e metodi	Vedi procedura aziendale
7. Obiettivi specifici del progetto	Valutazione dell'applicazione su scala Aziendale e di U.O. della raccomandazione n.19 del Ministero della Salute

Indicatori di risultato e modalità di misura	
Indicatore	**Modalità di misura**
Non Conformità (violazioni comportamentali della procedura aziendale)/Conformità valutate	On Site di verifica

CRONOGRAMMA		Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembr	Ottobre	Novembr	Dicembr
Risorse	**Responsabilità**												
Aziendali	Risk Manager	X	On site visit di verifica										
Aziendali	Personale sanitario coinvolto nel percorso di cura	X											
			2025										

Procedure aziendali correlate

- All.01_ PRO_18_GESTIONE FARMACI_rev.03
- PRO_18_GESTIONE FARMACI

Azienda	Marrelli Health
Risk Manager Aziendale	Dr. Giovanni Andò
OBIETTIVO N.15 – SICUREZZA DEI PAZIENTI	
1. Titolo del progetto	**Prevenzione trombosi venosa profonda post-operatoria**
2. Motivazione della scelta	Percorso di miglioramento organizzativo standardizzato e dotato di cogenza
3. Area di intervento	Sicurezza dei pazienti
4. Ambito di intervento	UU.OO. Aziendali
5. Obiettivo generale del progetto	**Prevenzione TVP appropriatezza uso anticoagulanti**
6. Strumenti e metodi	Vedi procedure aziendali
7. Obiettivi specifici del progetto	Riduzione delle complicanze post-operatoria dovuta a Trombosi Venosa

Indicatori di risultato e modalità di misura	
Indicatore	**Modalità di misura**
Non Conformità (inappropriatezza prescrittiva di anticoagulanti)/campione di casi valutati	Verifica campionaria della documentazione clinica

CRONOGRAMMA		Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembr	Ottobre	Novembr	Dicembr
Risorse	**Responsabilità**		Verifica semestrale su campione casuale di cartelle cliniche di interventi chirurgici										
Aziendali	Risk Manager	X											
Aziendali	Personale sanitario coinvolto nel percorso di cura	X											
Comitato	CIO	**2025**											

Procedure aziendali correlate

- prot. tromboembolismo venoso in medicina (MH)
- prot. tromboembolismo venoso in ortopedia (MH)
- PROT . TROMBOEMBOLISMO VENOSO IN ODONTOIATRIA (CD)

Azienda	Marrelli Health
Risk Manager Aziendale	Dr. Giovanni Andò
OBIETTIVO N.16 – SICUREZZA DEI PAZIENTI	
1. Titolo del progetto	**Implementazione politiche per la prevenzione delle ICA**
2. Motivazione della scelta	Percorso di miglioramento organizzativo standardizzato
3. Area di intervento	Sicurezza dei pazienti
4. Ambito di intervento	UU.OO. Aziendali

5. Obiettivo generale del progetto	**Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza**
6. Strumenti e metodi	Vedi procedure aziendali
7. Obiettivi specifici del progetto	Riduzione delle principali Infezioni correlate all'assistenza

Indicatori di risultato e modalità di misura	
Indicatore	**Modalità di misura**
Non Conformità (violazioni comportamentali delle procedure aziendale)/Conformità valutate	On Site di verifica

CRONOGRAMMA		Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembr	Ottobre	Novembr	Dicembr
Risorse	**Responsabilità**												
Aziendali	Risk Manager	X	On site visit di verifica periodiche Verbali CIO										
Aziendali	Personale sanitario coinvolto nel percorso di cura	X											
Comitato	CIO	**2025**											

Procedure aziendali correlate

- PROT_SISC Sorveglianza infezione sito chirurgico (CD)
- POS_25_Sorveglianza infezione sito chirurgico (MH)
- Bundle di gestione Catetere venoso centrale
- Bundle di inserimento Catetere venoso centrale
- IST_08_Lavaggio delle Mani
- POS_14_ PROTOCOLLO PROFILASSI ANTIBIOTICA PERIOPERATORIA (MH)
- POS_23_Tricotomia-MH
- PRO 25 Sanificazione ambienti_rev.04
- PRO 41 Controllo microbiologico
- PRO_13_GESTIONE RIFIUTI
- PT Bundle Prevenzione ISC
- IST_REM remember
- PROT_PR ANT profilassi antibiotica perioperatoria rev 2019 (CD)
- POS 23 - Prevenzione e controllo della legionellosi
- PRO 25 SANIFICAZIONE AMBULATORI (CD)
- PROT_STERIL PROTOCOLLO STERILIZZAZIONE (CD)
- VA-IST OP - Pulizia degli ambienti Marrelli Health

Azienda	Marrelli Health
Risk Manager Aziendale	Dr. Giovanni Andò
OBIETTIVO N.17 – EFFICACIA E APPROPRIATEZZA	
1. Titolo del progetto	**Qualità della Documentazione Clinica**
2. Motivazione della scelta	Valutazione proattiva del rischio derivato dalla carenza di informazioni cliniche
3. Area di intervento	Qualità delle cure

4. Ambito di intervento	UU.OO. Aziendali coinvolte nel percorso
5. Obiettivo generale del progetto	**Miglioramento della qualità della documentazione clinica in rapporto a Standard attesi**
6. Strumenti e metodi	Verifica campionaria di cartelle cliniche (5% del totale delle cartelle cliniche dell'anno precedente)
7. Obiettivi specifici del progetto	Ottenere massima esaustività ed appropriatezza delle informazioni contenute nella documentazione clinica

Indicatori di risultato e modalità di misura	
Indicatore	**Modalità di misura**
Cartelle cliniche con non conformità rispetto al documento DR.CLI.01/totale cartelle cliniche sottoposte a valutazione	Verifica campionaria di Cartelle cliniche in misura non inferiore al 5% del campione complessivo dell'anno precedente

CRONOGRAMMA		Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembr	Ottobre	Novembr	Dicembr
Risorse	**Responsabilità**												
Aziendali	Risk Manager	X	Verifica semestrale di campione casuale di cartelle cliniche										
Aziendali	Ufficio Ricoveri	X											
Aziendali	Personale sanitario coinvolto nel percorso di cura	X											
			2025										

Procedure aziendali correlate

- PRO 15 CARTELLA CLINICA E PRIVACY-CD
- PRO 26 GESTIONE CARTELLE AMBULATORIALI PAZIENTI – CD
- PROCEDURA Cartella Clinica Informatizzata (MH)
- IST_RDS ISTRUZIONE RILASCIO DOC SANITARIA-CD
- IST_REM ISTRUZIONE SEGNALAZIONE PATOLOGIE

3.5 OBIETTIVI ANNO 2025

In considerazione delle risultanze degli audit clinici condotti nel 2024, il CRC della Marrelli Health ripropone gli stessi obiettivi del 2024 anche per il 2025, anche nell'ottica della gestione delle relative azioni correttive proposte.
Implementazione della comunicazione e della formazione farà si che aumenti, in tutti gli operatori sanitari e non, la cultura del Rischio e la modalità di gestione dello stesso.

4. FORMAZIONE RISORSE DEL SERVIZIO RISK MANAGEMENT

Allo scopo di rafforzare una cultura aziendale proattivamente, orientata alla prevenzione degli errori, ed in ottica al risultato ottenuto dagli audit clinici condotti nel corso del 2024, appare necessaria la promozione di attività formative atte a favorire una implementazione consapevole delle Raccomandazioni del Ministero della Salute e delle buone pratiche correnti oltre che degli indirizzi e delle politiche emanate negli anni dalla Regione Calabria.
Di seguito il dettaglio tematico e cronologico del piano formativo
Il Piano di formazione prevede i seguenti obiettivi:

- Trasferire nozioni e concetti per inquadrare puntualmente gli aspetti più rilevanti della gestione del rischio clinico favorendo la diffusione di metodi atti a definire misure efficaci di prevenzione e gestione dei rischi;
- Presentare strumenti operativi utili a favorire l'analisi dei processi, l'individuazione dei rischi potenziali e la gestione degli eventi avversi;
- Accrescere le conoscenze di base per effettuare una valutazione dei rischi connaturati ai processi aziendali di assistenza e cura;
- Acquisire una visione multidimensionale delle problematiche in ambito rischio clinico e gestire processi critici in sinergia con altre professionalità o con il supporto di specialisti esperti.

4.1 Programmazione Azioni Formative

- Vedi Allegato – Piano di Formazione 2025 dove saranno focalizzate attenzioni alle 19 raccomandazioni del ministero della salute, alla gestione delle ICA e alla prevenzione delle cadute del paziente.

5. NORMATIVA REGIONE CALABRIA

- Giunta regionale n.99 del 12/10/2010
- DPGR n.8 del 28/1/2011
- DPGR n.11 del 31/1/2011
- DPGR n.96 del 28/6/2012
- DPGR n.158 del 3/9/2012
- DCA n.70 del 29/6/2015
- DCA n.98 del 30/9/2015
- DCA n. 81 del 27/7/2016
- DCA n.20 del 7/3/2022
- DPGR n.16 del 22/10/2022

6. BIBLIOGRAFIA, RIFERIMENTI UTILIZZATI PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO

1. Risk management in Sanità. Il problema degli errori, Ministero della Salute, Roma marzo 2004.
2. Le 19 raccomandazioni Ministeriali per la Gestione del Rischio Clinico.
3. Raccomandazioni sulla gestione del rischio 2006 della SIQuAS-VRQ – Società italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria.
4. La Gestione del Rischio nelle aziende Sanitarie, Renata Cinotti, Il pensiero scientifico, Ed., Roma 2004.
5. Libro bianco del Ministero della Salute sui principi fondamentali del Sistema Sanitario Nazionale
6. Ministero della salute: i nuovi livelli essenziali di assistenza
7. Intesa Governo-Regioni sul rischio clinico e sicurezza delle cure
8. Ministero della salute: protocollo per la segnalazione degli eventi sentinella
9. La Carta di Portonovo
10. Ultimo Rapporto Agenas PNE
11. Raccomandazioni della SIQuAS sulla gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti
12. Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: Manuale per la formazione degli operatori
13. Guidelines for Preventing Trasmission of infectious Agents in Healthcare Settings
14. Effectiveness and Efficiency of root cause analysis in medicine. JAMA, February 13, 2008-Vol 299,6
15. Development of medical checklists for improved quality of patient care.
16. Legge Gelli Bianco

7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA CONSULTATA E/O CONSIGLIATA

1. www.ministerosalute.it
2. www.assr.it
3. www.jointcommision.org
4. www.siquas.it
5. http://groups.google.it/group/unita-Operativa-per-la-qualità-e-la-sicurezza-del-paziente
6. http://www.agenas.it/

Responsabile Rischio Clinico Marrelli Health Dr. Giovanni Andò Crotone 18/02/25 _____	Direttore Sanitario Marrelli Health Dr. Massimiliano Amantea Crotone 18/02/25 _____	Legale Rappresentante Marrelli Health Dr.ssa Antonella Stasi Crotone 18/02/25 _____

Crotone lì 18/02/2025

I componenti del NARC

Il presente documento rappresenta copia conforme all'originale - con le firme in calce - depositato presso l'archivio cartaceo e telematico della Società