

Relazione annuale sugli accadimenti relativi alla sicurezza delle cure e relative azioni di miglioramento e coperture assicurative

ex art.2 co.5, art.4, co. 3 e art 10 co.4 della L. 24 del 08.03.2017 DDL Gelli - Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e persona assistita - Responsabilità professionale operatori sanità

Sommario

1	Premessa.....	2
2	Descrizione del contesto di riferimento	4
2.1	Presentazione di Ospedali Privati Riuniti	4
2.2	L'approccio OPR alla gestione del rischio.....	6
2.3	L'assetto organizzativo aziendale per la gestione del rischio.....	7
2.4	Le fonti informative del Piano Programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio	8
3	Schede descrittive degli strumenti / fonti informative sulla sicurezza delle cure e dei relativi interventi per la prevenzione e riduzione del rischio clinico.....	9
4	Coperture assicurative e informazioni sui risarcimenti di Ospedali Privati Riuniti.....	19
5	Conclusioni.....	20

Ospedali Privati Riuniti Spa

Sede legale Viale Ercolani 9, 40138 Bologna - Telefono 051/396411 - Fax 051/346972

www.ospedaliprivatiriuniti.it

1 Premessa

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

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

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

Si comprende pertanto quale sia lo spirito che anima tali dettati normativi che è quello di contemperare tutte le esigenze: promuovere la sicurezza delle organizzazioni, garantendo la trasparenza nei confronti del cittadino (attraverso la pubblicazione nel proprio sito internet della presente relazione e anche dei dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio) e orientando proprio la disponibilità dei dati alla rappresentazione dell'impegno che le stesse organizzazioni spendono per la sicurezza ed il miglioramento. La relazione annuale deve infatti contenere le "conseguenti iniziative messe in atto" predisposte e attuate a seguito dello studio delle cause degli accadimenti connessi alla sicurezza delle cure, che rappresentano quindi (specialmente in caso di near miss, eventi senza danno o con basso danno) delle opportunità di apprendimento per il miglioramento e l'incremento del livello di sicurezza.

L'impegno per la sicurezza, profuso dalle organizzazioni sanitarie regionali, passa quindi non soltanto dalla rilevazione degli "eventi avversi", ma soprattutto dallo sforzo e dalla propensione alla "misurazione della sicurezza delle cure" e all'utilizzo delle relative fonti informative da cui attingere le informazioni. Vi sono infatti ampie evidenze sul fatto che le organizzazioni più affidabili sono quelle che mettono al centro della loro attenzione la misurazione ed il monitoraggio della sicurezza.

La questione che viene posta rispetto alla tematica riguarda di fatto impegnativo tema dell'individuazione di tutti gli incidenti/accadimenti significativi per la sicurezza delle cure e di tutte quelle informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni che aumentino il livello di sicurezza nelle organizzazioni sanitarie. Non deve sfuggire infatti che la rilevazione degli eventi viene posta dal legislatore in correlazione

con l'analisi degli stessi per individuarne le cause e soprattutto per la predisposizione di iniziative conseguenti finalizzate ad evitarne il riaccadimento. Risulta quindi chiaro che la prospettiva evocata e che rappresenta l'elemento centrale è quella della prevenzione e del miglioramento.

La misurazione della sicurezza del paziente non è tuttavia cosa semplice e richiede accuratezza ed estrema ricercatezza nell'interpretazione dei risultati. Quello che è certo è che non è corretta una misurazione della sicurezza delle organizzazioni sanitarie che si basi esclusivamente sui dati derivanti dall'utilizzo di un solo strumento di rilevazione, fatto che, come è riportato unanimemente dalla letteratura internazionale e nazionale, può presentare evidenti distorsioni. Tutti gli studi su questo tema giungono infatti alle medesime conclusioni, che possono essere così efficacemente sintetizzate da Sun :

[...] i vari metodi sono complementari, e non alternativi, offrendo differenti livelli di informazioni qualitative e quantitative sulla sicurezza delle cure; [...] le organizzazioni sanitarie dovrebbero utilizzare un ampio portfolio di metodi di rilevazione per identificare i problemi relativi alla sicurezza del paziente e successivamente sintetizzare i dati raccolti in una immagine sufficientemente esaustiva; [...] la composizione del portfolio dipenderà dalla tipologia di problemi di sicurezza che l'organizzazione ritiene maggiormente rilevanti e dalle risorse disponibili per la gestione del rischio.

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

C'è comunque da fare un ragionamento generale rispetto alla quantificazione degli eventi avversi. In presenza di un aumento di eventi avversi identificati è complesso determinare se questo rifletta un peggioramento nelle performance dell'organizzazione sanitaria relative alla gestione del rischio o un miglioramento nella capacità di rilevare gli eventi. Si fa presente che i sistemi sanitari che investono nel miglioramento della sicurezza dei pazienti possono anche osservare un aumento del numero di eventi avversi registrati a breve termine. Questo non deve necessariamente essere interpretato come un deterioramento della qualità della cura, in quanto può essere semplicemente il risultato di una migliore consapevolezza e trasparenza nel sistema.

Sono inoltre importanti anche le informazioni relative all'attività svolta nelle aziende per la prevenzione dei rischi ed in particolare quelle realizzate, in coerenza con gli indirizzi forniti da Ministero della Salute ed Agenas, per la applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali e lo sviluppo delle Pratiche per la Sicurezza del paziente. La raccolta e rappresentazione di informazioni relative anche alle attività messe in campo per promuovere la sicurezza, fornendo una fotografia anche della parte positiva della sicurezza, contribuisce a dare una visione sistemica del fenomeno, più fedele alle attività svolte nei contesti di cura reali.

2 Descrizione del contesto di riferimento

2.1 Presentazione di Ospedali Privati Riuniti

La società **Ospedali Privati Riuniti Spa**, con sede in viale Ercolani 9 a Bologna, è presente in città con due strutture ospedaliere accreditate aventi distinte e specifiche autorizzazioni sanitarie:

- Ospedale Privato Accreditato Nigrisoli, Viale Ercolani 9;
- Ospedale Privato Accreditato Villa Regina, Via Castiglione 115.

La costituzione nel 2004 di Ospedali Privati Riuniti Spa, d'ora in poi OPR, ha consentito di accentrare una serie di funzioni di governo, gestionali e operative presso OPR focalizzando l'attività degli Ospedali sull'erogazione delle loro prestazioni peculiari.

Le due strutture sanitarie risultano comunque identificate autonomamente dal punto di vista autorizzativo e al momento distinte anche da diversi provvedimenti di accreditamento.

L'**Ospedale Privato Accreditato Nigrisoli**, autorizzazione PG.207951 del 06.10.2004, è una struttura sanitaria privata Accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale, accreditamento rinnovato con determinazione n.15377 del 30.12.2010 e successiva rettifica determinazione n.1784/2011.

L'**Ospedale Privato Accreditato Villa Regina**, autorizzazione PG.18931 del 02.02.2001 e PG.191691 del 14.09.2004 e successive integrazioni, è una struttura sanitaria privata Accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale dal 2005, accreditamento rinnovato con determinazione n.15390 del 30.12.2010 e successiva rettifica determinazione n.4142/2011.

Si precisa che in forza della DGR 1604/2015, nelle more della revisione complessiva del sistema di accreditamento della nostra regione, è stato stabilito che tutti gli accreditamenti in vigore compresi quelli inerenti le funzioni di governo aziendale della formazione e di provider, sono stati prorogati sino al 31.07.2018.

A dicembre 2017 è stata pubblicata La Delibera n.1943 del 04.12.2017 "Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie" conformemente a quanto deliberato, entro il termine stabilito del 31.01.2018 sono state presentate tutte le domanda di rinnovo di accREDITAMENTO.

OPA Nigrisoli dispone di un totale di 120 posti letto per prestazioni di ricovero in:

- Medicina generale
- Recupero e rieducazione funzionale
- Lungodegenza e Riabilitazione estensiva
- Chirurgia Generale
- Ortopedia
- Urologia

offre inoltre prestazioni ambulatoriali nei seguenti ambiti:

- presidio di riabilitazione
- centro di diagnostica per immagini, dotato di due Risonanze Magnetiche e una TC spirale
- laboratorio di analisi e punto prelievi
- poliambulatorio relativamente alle discipline: Oculistica, Chirurgia generale, Ginecologia, Ortopedia e traumatologia, Urologia, Otorinolaringoiatria, Cardiologia, Dermatologia, Neurologia, Medicina Generale, Pneumologia, Gastroenterologia, Reumatologia, Endocrinologia, Medicina del lavoro, Endoscopia.

L'Ospedale Privato Accreditato Nigrisoli è inoltre organizzatore di eventi formativi, dopo aver accreditato eventi formativi nell'ambito del Programma Nazionale ECM fin dal 2002 e ottenuto nel 2011 l'accreditamento come Provider Nazionale, finalmente in forza della regionale dalla fine 2012 l'OPA Nigrisoli è diventato Provider Regionale ECM potendo organizzare eventi formativi destinati agli operatori sanitari.

OPA Villa Regina dispone attualmente di un totale di 50 posti letto, di cui 45 accreditati, per prestazioni di ricovero in:

- Chirurgia generale
- Oculistica
- Ortopedia
- Ginecologia
- Otorinolaringoiatria
- Urologia
- Recupero e Riabilitazione funzionale
- Lungodegenza e riabilitazione estensiva
- Medicina Generale.

offre inoltre prestazioni ambulatoriali nei seguenti ambiti:

- centro di diagnostica per immagini
- punto prelievi
- poliambulatorio relativamente alle discipline: Oculistica, Chirurgia generale, Ostetricia ginecologia, Ortopedia e traumatologia, Urologia, Angiologia, Otorinolaringoiatria, Dermatologia, Neurologia, Cardiologia, Medicina Generale, Pneumologia, Oncologia, Chirurgia plastica, Gastroenterologia, Endocrinologia - malattie del metabolismo, Reumatologia, Ematologia, Pediatria, Medicina del lavoro.

Sia OPA Nigrisoli che OPA Villa Regina sono iscritti all'Associazione Italiana Ospedalità Privata (AIOP), organo ufficiale del sistema sanitario privato italiano.

Il contesto in cui opera Ospedali Privati Riuniti è caratterizzato dalla presenza e coesistenza di numerosi portatori di interesse (stakeholder):

destinatari dei servizi offerti

- cittadini del territorio di riferimento
- pazienti in accreditamento
- pazienti fuori regione
- pazienti paganti
- caregiver
- associazione pazienti

enti e istituzioni di riferimento

- regione
- azienda Usl (committenza)
- ospedali pubblici del territorio: S. Orsola, Ospedale Maggiore, IOR
- comune
- associazioni imprenditoriali (AIOP, Unindustria)

professionisti del mondo della sanità

- personale
- professionisti medici
- studi associati di infermieri
- Medici di Medicina Generale

altre aziende interessate dalle attività svolte

- aziende del territorio
- enti di formazione
- fornitori di prodotti e servizi
- assicurazioni
- enti e società clienti (per medicina del lavoro es.)

proprietà dell'ospedale

Il sistema di gestione OPR, ormai da molti anni, costituisce il riferimento aziendale per l'organizzazione di processi e attività codificati ed adeguati a fornire risposte coerenti alle aspettative dei soggetti interessati.

Tenendo conto della complessità e dinamicità che deriva dai tanti fattori in gioco, il sistema di gestione è in continuo "adattamento" per cogliere opportunità e mitigare rischi che si presentano in base alle evoluzioni dello scenario di riferimento.

2.2 L'approccio OPR alla gestione del rischio

La gestione del rischio in una struttura sanitaria indica un insieme di attività volte a identificare, valutare ed eliminare i rischi attuali e potenziali al fine di assicurare qualità e sicurezza alle prestazioni assistenziali.

OPR ha da tempo sviluppato un approccio proattivo al risk management concretizzatosi nell'adozione di una serie di norme interne (procedure, protocolli, istruzioni, check list, ecc.) volte a contenere e, quando possibile, eliminare i rischi a cui possono essere esposti pazienti e personale in determinate situazioni e nella raccolta di dati ed informazioni (su apposita modulistica, su documentazione sanitaria, a sistema informativo) che possono essere utili per rafforzare le misure già previste.

La gestione della sicurezza delle cure e del rischio costituisce un sotto-sistema integrato nel più complessivo sistema di gestione per la qualità di OPR e il Piano Programma costituisce una sintesi, sia in termini di pianificazione che di consuntivazione, per focalizzare le priorità sul tema.

2.3 L'assetto organizzativo aziendale per la gestione del rischio

Il Comitato Governo Clinico OPR ha la funzione di facilitare la valutazione multidisciplinare e multiprofessionale delle tematiche legate a sicurezza ed efficacia delle attività sanitarie e, a seconda dei casi, opera come:

- Comitato Infezioni Ospedaliere - CIO;
- Comitato Ospedale Senza Dolore – COSD;
- Comitato per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio.

Il Comitato è presieduto dal Direttore Sanitario OPR in quanto delegato per il risk management in ambito sanitario e Referente Aziendale per la Gestione del Rischio e la Sicurezza delle Cure.

Componenti del Comitato sono:

- Responsabile Pianificazione, Controllo e Qualità OPR
- Responsabile Sistema Qualità OPA Villa Regina
- Responsabile Comunicazione e Assistente PCQ OPR
- Responsabile Gestione Personale e Formazione OPR
- Responsabile Gestione impianti e attrezzature
- Responsabile Equipe Medica OPA Nigrisoli
- Responsabile Equipe Chirurgica
- Anestesista
- Farmacista
- Responsabile Laboratorio OPR
- Capo Sala Degenze OPA Nigrisoli
- Capo Sala Degenze OPA Villa Regina
- Capo Sala Operatoria OPA Nigrisoli
- Capo Sala Operatoria OPA Villa Regina

In base ai temi trattati e/o alla necessità di approfondimento, alle riunioni vengono invitati altri soggetti esperti in materia. Annualmente, in vista del riesame della Direzione, il Comitato:

- effettua una rivalutazione complessiva del Piano Programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio;
- individua eventuali nuove raccomandazioni e/o indirizzi in materia di sicurezza e rischi e verifica che eventuali normative o raccomandazioni già note siano state correttamente recepite;
- valuta l'andamento delle attività pianificate e di dati/indicatori/informazioni raccolti, individua;
- provvede alla rivalutazione delle priorità dei rischi;
- individua le priorità di intervento e propone alla Direzione specifici obiettivi ed azioni di miglioramento.

2.4 Le fonti informative del Piano Programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio

Il Piano Programma di Ospedali Privati Riuniti (OPR) è predisposto tenendo conto di:

- indicazioni, normative e raccomandazioni emesse dai soggetti che determinano ed influenzano il contesto in cui operano gli ospedali, ed in particolare:
 - ▶ Ministero della Salute;
 - ▶ Regione Emilia Romagna;
 - ▶ AGENAS;
 - ▶ Società Scientifiche di riferimento per le specialità e discipline esercitate in OPR;
 - ▶ Azienda Sanitarie del territorio con cui gli ospedali si rapportano per specifici percorsi e/o processi (es. USL di Bologna per post-acuzie o Ospedaliera Universitaria S. Orsola Malpighi per Servizio Trasfusionale)
- fonti informative che consentono la raccolta di dati e informazioni utili per la valutazione ed il monitoraggio, quali:
 - ▶ Segnalazioni Incident Reporting
 - ▶ Segnalazione di episodi di aggressività e/o violenza da terzi a danno degli operatori
 - ▶ Segnalazioni - Eventi Sentinella (SIMES)
 - ▶ Segnalazioni dei cittadini per la gestione del rischio- Data Base Regionale URP
 - ▶ Monitoraggio implementazione raccomandazioni per la sicurezza - Agenas
 - ▶ Indicatori di rischio clinico - Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali - SISEPS
 - ▶ Checklist di sala operatoria (SSCL)
 - ▶ Infezioni correlate all'assistenza (compreso flusso SICHER)
 - ▶ Sinistri (si rinvia alla Relazione quinquennale sui sinistri - ex articoli 4 comma 3 e 10 comma 4 della Legge 34/2017 Legge Gelli)
 - ▶ Farmaco-vigilanza
 - ▶ Dispositivo-vigilanza
 - ▶ Cadute
 - ▶ Lesioni da compressione
 - ▶ Eventi correlati all'uso del sangue

Oltre a tutti gli altri dati ed informazioni raccolti con gli strumenti previsti dalla sistema di gestione per la qualità quali: non conformità, risultati di audit interni ed esterni, analisi delle cartelle cliniche, indicatori previsti dal Piano Indicatori OPR, ecc..

3 Schede descrittive degli strumenti / fonti informative sulla sicurezza delle cure e dei relativi interventi per la prevenzione e riduzione del rischio clinico

Il periodo di riferimento considerato dalle seguenti schede è l'anno 2017.

TIPOLOGIA	EVENTI AVVERSI E NEAR MISS - INCIDENT REPORTING
Letteratura/Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> • DM 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" (Standard generali di qualità per i presidi ospedalieri - Gestione dei Rischio clinico). • Legge di Stabilità 2016 (Legge n. 208 del 28 dicembre 2015, art. 1 comma 539). • DGR 1943/2017 "Approvazione requisiti generali e procedure per li rinnovo dell'accreditamento delle strutture sanitarie" (6° Criterio Appropriatezza clinica e sicurezza).
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	<p>SISTEMA INCIDENT REPORTING</p> <p>L'incident reporting è un sistema di segnalazione, nato nelle organizzazioni ad alto rischio e successivamente adattato al contesto sanitario. Lo strumento consente ai professionisti sanitari di descrivere e comunicare eventi avversi - definiti come danni involontari causati dal sistema sanitario o dalla malattia del paziente (Brennan et al., 1991) - e cosiddetti near miss - definiti come "eventi evitati" associati ad errori con la potenzialità di causare un evento avverso, che però non si verifica per effetto del caso o perché intercettato o perché non comporta effetti indesiderati per il paziente (Ministero della salute, 2007).</p> <p>Obiettivi</p> <p>La raccolta sistematica delle informazioni inerenti gli eventi e/o quasi eventi e la periodica lettura e interpretazione delle segnalazioni consente di creare "massa critica" per promuovere la conoscenza di rischi presenti o potenziali all'interno delle strutture sanitarie e di accrescere quindi la consapevolezza di aree critiche dell'organizzazione, sia a livello locale che centrale. Lo scopo principale di questo sistema di segnalazione volontaria (così come di altri sistemi basati sullo stesso principio) è quello di apprendere dall'esperienza (learning), di acquisire informazioni indispensabili per la gestione del rischio e di adottare misure idonee a ridurre e/o a prevenire il ripetersi degli eventi. Un limite intrinseco dello strumento, legato alla volontarietà delle segnalazioni, è la sottostima o la sovrastima degli eventi, a seconda della "sensibilità" del segnalatore. Ma l'incident reporting non ha finalità epidemiologiche e le segnalazioni raccolte non possono in alcun modo</p>

TIPOLOGIA	EVENTI AVVERSI E NEAR MISS - INCIDENT REPORTING
	<p>essere considerate valide per stimare l'incidenza o la prevalenza degli eventi medesimi. I dati raccolti sono quindi da leggere con una certa cautela e con una prospettiva chiara: un elevato numero di segnalazioni (di eventi o near miss) non indica un minore livello di sicurezza garantito da quell'Azienda o da quel Dipartimento/Struttura, e viceversa un numero ridotto di segnalazioni non corrisponde necessariamente a un elevato livello di sicurezza.</p> <p><i>Fonte: Dossier ASSR n.250/2015, pagg. 15 e 16.</i></p>
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	<p>Complessivamente le rilevazioni di eventi e quasi eventi effettuate attraverso l'incident reporting nel 2018 sono state 77, di cui 65 cadute (che sono trattate nella tabella per la tipologia specifica).</p> <p>I rimanenti riguardano principalmente inadeguatezze nei processi diagnostici terapeutici e assistenziali.</p>
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	<p>Gli eventi registrati dagli operatori sul portale interno realizzato sulla traccia del sistema regionale, sono stati elaborati dall'ufficio qualità codificandoli per area tematica e problematica e analizzati durante le riunioni di integrazione multidisciplinari di area/reparto. Il livello minimo di azione è costituito dalla sensibilizzazione degli responsabili e in alcuni casi sono stati analizzati secondo il metodo del Significant Event Analysis, dando luogo quando ritenuto necessario all'apertura di azioni correttive e di miglioramento di cui è stata valutata l'efficacia.</p>
Valutazione risultati e prospettive future	<p>E' prevista una sempre maggiore attenzione alla rilevazione degli eventi avversi e degli eventi comunque significativi ai fini dell'analisi del cause e del miglioramento continuo.</p>

TIPOLOGIA	CADUTE
Letteratura/Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> • Raccomandazione ministeriale n° 13 per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie rev.2011 • Linee di indirizzo regionali RER sulle cadute in ospedale -2016
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	<p>La rilevazione avviene utilizzando il sistema di incident reporting sopra descritto.</p> <p>L'incidenza delle cadute per le giornate di degenza in area medica è presente anche nel Piano indicatori annuale per la qualità.</p>
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	<p>Complessivamente le rilevazioni di eventi e quasi eventi relative a cadute sono state 65 cadute.</p>

TIPOLOGIA	CADUTE
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> • Corso "Monitoraggio raccomandazioni ministeriali" con effettuazione di autovalutazione rispetto alla check list Agenas. • Adeguata a nuove linee guida regionali la documentazione interna IO60 OPR prevenzione e gestione cadute. • Introdotta un report R01-IO60 Scheda valutazione rischio caduta. • Introdotti nuovi opuscoli informativi per il paziente. • Partecipazione a corsi facilitatori e formatori (RER) sulle cadute in ospedale.
Valutazione risultati e prospettive future	Consolidamento delle azioni già attivate e verifica attraverso audit interni, oltre al monitoraggio delle cadute con invio dati in regione.

Tipologia	LESIONI DA PRESSIONE
Letteratura/Normativa di riferimento	DOSSIER RER 94/2004 Raccomandazione per la prevenzione delle lesioni da decubito. IO111 Prevenzione e gestione lesioni cutanee da decubito
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	Rilevazione del rischio con scala di Braden in cartella infermieristica, indicazione soggetto a rischio con specifica rilevazione. Monitoraggio in cartella clinica della gestione della lesione (valutazione e medicazione) L'incidenza delle lesioni da pressione sviluppate dopo il ricovero in casa di cura (PS, medicina e lungodegenza) costituisce un indicatore del Piano indicatori annuale per la qualità.
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	L'incidenza complessiva di insorgenza è attestata sul 3% a fronte di un riferimento standard regionale del 5%. Al fine di avere un dato sempre attendibile è necessario continuare ad investire sull'uniformità di valutazione da parte del personale.
interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Nuovi protocolli e presidi (materassi) per il trattamento dei pazienti differenziati per fini preventivi per i soggetti a rischio e curativi per i soggetti con lesioni presenti.
Valutazione risultati e prospettive future	Consolidamento delle azioni già attivate e verifica attraverso audit interni, oltre al monitoraggio degli indicatori previsti dall'accreditamento.

TIPOLOGIA	INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA
Letteratura/Normativa di riferimento	LINEE GUIDA Flusso SICHER SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO Regione Emilia-Versione 1.0 del 21/11/2016 Dossier 261/2017 – Regione Emilia Romagna – Prevenzione delle infezioni del sito chirurgico
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	<ul style="list-style-type: none"> • Rilevazione infezioni ospedaliere alla dimissione • Flusso SICHER infezioni del sito chirurgico

TIPOLOGIA	INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA
	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema di sorveglianza degli enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE) secondo protocollo aziendale
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	<ul style="list-style-type: none"> • Infezioni correlate all'assistenza: considerando complessivamente le aree mediche e chirurgiche dei due ospedali il dato 2018, calcolato su tutti i ricoveri alla dimissione, si attesta intorno al 2% in linea con gli anni precedenti. • Infezioni da ferita chirurgica: il dato, rilevato con sistema di monitoraggio SICHER, follow up telefonico post dimissione su interventi chirurgici previsti da protocollo regionale, si attesta complessivamente intorno allo 0,3% in linea con anni precedenti e significativamente al di sotto degli standard stabiliti.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoraggio con indicatori dell'efficacia e rispetto delle procedure in materia. • Formazione degli operatori sulle infezioni correlate all'assistenza • Audit clinico specifici sull'antibiotico profilassi in chirurgia • Monitoraggio delle IFC e infezioni ospedaliere
Valutazione risultati e prospettive future	<ul style="list-style-type: none"> • Revisionato il sistema di monitoraggio della sorveglianza della ferita chirurgica conformemente al nuovo debito informativo verso la Regione (Flusso SICHER) con aggiornamento delle norme operative interna: IO48 OPR sorveglianza delle infezioni ospedaliere • Informatizzato il processo di rilevazione dei dati. • Si prevede il consolidamento del sistema avviato

TIPOLOGIA	EVENTI SENTINELLA -MONITORAGGIO AGENAS
Letteratura/Normativa di riferimento	<p>Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella - Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali - Osservatorio nazionale sugli eventi sentinella - Luglio 2009.</p> <p>Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali - Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità - Decreto 11 dicembre 2009.</p> <p>Raccomandazioni ministeriali / monitoraggio AGENAS:</p> <p>0-Check list di sala operatoria</p> <p>1-Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio - KCL ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio</p> <p>2-Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico</p> <p>3-Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura</p> <p>4-Raccomandazione per la prevenzione del suicidio di paziente in ospedale</p> <p>5-Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO</p>

TIPOLOGIA	EVENTI SENTINELLA -MONITORAGGIO AGENAS
	<p>7-Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica</p> <p>8-Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari</p> <p>9-Raccomandazione per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali</p> <p>10-Raccomandazione per la prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati</p> <p>12- Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"</p> <p>13-Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie</p> <p>14-Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici</p> <p>17-Raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica</p>
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	Schede ministeriali A e B (SIMES) per la segnalazione degli eventi Monitoraggio Agenas per la verifica dello stato di applicazione delle raccomandazioni ministeriali sugli eventi sentinella
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Effettuata l'autovalutazione e monitoraggio di tutte le raccomandazioni applicabili da cui è emerso un elevato livello di adesione alle raccomandazioni stesse
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> • Coinvolti i professionisti in gruppi di lavoro per effettuare l'autovalutazione. • Realizzato nel 2017 corso di formazione per la condivisione dei risultati dell'autovalutazione. • Attivato intervento di miglioramento sulla scheda infermieristica di sala operatoria.
Valutazione risultati e prospettive future	Avviata l'azioni di miglioramento su raccomandazione n° 1 e aggiornata l'istruzione operativa interna sulla gestione del potassio.

Tipologia	SICUREZZA IN SALA OPERATORIA - Check list di sala operatoria
Letteratura/Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> • Manuale per la sicurezza in sala operatoria : Raccomandazioni e check list – del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali – Ottobre 2009 • Gawande AA. Weiser TG. World Health Organization Guidelines for Safe Surgery. Geneva: World Health Organization, 2008. • raccomandazione e check list 2009 - Linee Guida Regionale FLUSSO SSCL rev.1 2016
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	Check list per la sicurezza in sala operatoria Flusso regionale SSCL

Tipologia	SICUREZZA IN SALA OPERATORIA - Check list di sala operatoria
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	La check list è attiva da diversi anni in tutti i comparti chirurgici e risulta correttamente applicata. Consolidato nel 2018 l'invio del flusso dati regionale .
interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Dal 2017 è attivo un sistema di registrazione informatizzato dei dati che consente la verifica e la registrazione diretta sul dispositivo mobile da parte del coordinatore della check list.
Valutazione risultati e prospettive future	In prospettiva futura ci si attende un confronto con i dati risultanti a livello regionale al fine di poter verificare gli scostamenti ed attivare eventuali azioni volte al miglioramento continuo della sicurezza nel perioperatorio.

Tipologia	Dispositivo-vigilanza
Letteratura/Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> • Art. 11, D.Lgs. 507/92 "Attuazione della direttiva 90/385/CEE concernente il ravvicinamento della legislazione degli Stati membri relative ai DM impiantabili attivi"; • Artt. 9 e 10, D.Lgs. 46/97 "Attuazione della direttiva 93/42/CEE, concernente i DM"; • Art. 11, D.Lgs. 332/00 "Attuazione della direttiva 98/79/CE relativa ai dispositivi medico diagnostici in vitro"; • Circolare del Ministero della Salute 27 luglio 2004 "Vigilanza sugli incidenti con dispositivi medici"; • Decreto ministeriale 15 novembre 2005 "Approvazione dei modelli di schede di segnalazioni di incidenti o mancati incidenti, che coinvolgono dispositivi medici e dispositivi medico-diagnostici in vitro"; • Linea Guida sul sistema di vigilanza dei DM – Direzione Generale Impresa e Industria della Commissione Europea - MEDDEV 2.12-1 rev. 7, marzo 2012; • D. Lgs. 37/10 "Attuazione della direttiva 2007/47/CE che modifica le direttive 90/385/CEE per il ravvicinamento delle legislazioni degli stati membri relative ai dispositivi medici impiantabili attivi, 93/42/CE concernente i dispositivi medici e 98/8/CE relativa all'immissione sul mercato dei biocidi."

Tipologia	Dispositivo-vigilanza
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	<p>Ogni utilizzatore di dispositivi medici (DM), dispositivi medici impiantabili attivi e dispositivi medici in Vitro (IVD) che rileva un incidente o mancato incidente ovvero: <i>“Qualsiasi disfunzione o deterioramento delle caratteristiche e/o delle prestazioni nonché qualsiasi carenza nell’etichettatura o nelle istruzioni per l’uso, direttamente o indirettamente, di un dispositivo che possano causare o abbiano causato la morte o un grave peggioramento dello stato di salute del paziente o di un utilizzatore o di altre persone”</i> deve tempestivamente segnalare al Referente aziendale l’incidente o mancato incidente compilando i moduli ministeriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Rapporto di incidente o di mancato incidente da parte di operatori sanitari al Ministero della Salute –Dispositivi Medici -Rapporto di incidente o di mancato incidente da parte di operatori sanitari al Ministero della Salute –Dispositivi Medico-diagnostici in Vitro. <p>Tali moduli devono essere trasmessi entro non oltre 10 giorni dall’evento per gli incidenti ed entro 30 giorni dall’evento per i mancati incidenti, ad inoltrare la segnalazione a: Ministero della Salute- Direzione generale dei dispositivi medici, del servizio farmaceutico e della sicurezza delle cure, alla Regione Emilia Romagna DG Sanità e Politiche Sociali, oltre che al fabbricante.</p>
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	<p>Il “sistema di vigilanza” si prefigge di migliorare il livello di protezione e di sicurezza dei pazienti, degli utilizzatori e di altri, riducendo la possibilità che il medesimo incidente si ripeta in luoghi diversi in tempi successivi.</p> <p>Nel 2018 sono state effettuate 2 segnalazioni.</p>
interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	<p>E’ applicata e presente specifica istruzione operativa aziendale Esistenza della IO102 OPR -del 03.06.2013 sulla Vigilanza INCIDENTI su dispositivi medici (DM), dispositivi medici impiantabili attivi e dispositivi medici in Vitro (IVD)</p>
Valutazione risultati e prospettive future	<p>Mantenere alta l’attenzione alla segnalazione di tali eventi da parte dei professionisti delle nostre strutture ospedaliere, al fine di un contributo attivo della struttura al sistema di tutela della salute pubblica.</p>

TIPOLOGIA	FARMACO-VIGILANZA
Letteratura/Normativa di riferimento	<p>IL Decreto del Ministero della Salute 30 aprile 2015 ha ribadito l’obbligo di segnalare tempestivamente le sospette reazioni avverse da farmaci e da vaccini e ha definito dei limiti di tempo entro cui gli operatori sanitari sono tenuti ad effettuarle.</p> <p>Le segnalazioni di sospette reazioni avverse (ADR, Adverse Drug Reaction in inglese) costituiscono un’importante fonte di informazioni per le attività di farmacovigilanza, in quanto consentono di rilevare potenziali segnali di allarme relativi all’uso dei medicinali così da renderli più sicuri, a beneficio di tutti i pazienti.</p>

TIPOLOGIA	FARMACO-VIGILANZA
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	<p>Gli operatori sanitari sono tenuti ad effettuare la segnalazione alla Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNF) dell'AIFA, in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le sospette reazioni avverse da medicinali vanno segnalate entro 2 giorni da quando il medico o l'operatore sanitario ne viene a conoscenza. • L'obbligo di segnalazione scende a 36 ore in caso di ADR da medicinali di origine biologica (inclusi i vaccini). <p>E' possibile effettuare una segnalazione di sospetta reazione avversa secondo una delle seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> • compilando la scheda di segnalazione di sospetta reazione avversa (elettronica o cartacea) e inviandola al Responsabile di farmacovigilanza della propria struttura di • direttamente online sul sito www.vigifarmaco.it seguendo la procedura guidata.
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Nel 2018 non risultano effettuate segnalazioni da parte degli operatori sanitari appartenenti alle strutture ospedaliere.
interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Il Responsabile Farmacia segnala sistematicamente gli utilizzatori tramite la rete aziendale tutti i richiami/limitazioni/note informative emesse dall'AIFA sui farmaci in prontuario.
Valutazione risultati e prospettive future	Migliorare la sensibilizzazione di tutti gli operatori sanitari delle strutture, al fine di un contributo attivo della struttura al sistema di tutela della salute pubblica.

Tipologia	Emo-vigilanza
Letteratura/Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> • Direttiva 2005/61/CE, recepita con il decreto legislativo 9 novembre 2007, n 207 sistema informativo dei servizi trasfusionali (SISTRA) (DM 21 dicembre 2007), • Legge 21 ottobre 2005, n. 219 Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati • Delibera Giunta Regionale 222/2010 "Organizzazione del sistema sangue della Regione Emilia-Romagna" • Ministero della Salute, Decreto 2 novembre 2015: Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti.

Tipologia	Emo-vigilanza
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	<p>L'emovigilanza è il sistema di procedure volte alla rilevazione e al monitoraggio delle reazioni gravi e degli eventi avversi gravi relativi al processo trasfusionale e comprende anche la sorveglianza delle malattie infettive trasmissibili con la trasfusione.</p> <p>Con l'istituzione del sistema informativo dei servizi trasfusionali (SISTRA) (DM 21 dicembre 2007), è stato realizzato un sistema di emovigilanza, coordinato dal Centro nazionale sangue, che raccoglie le seguenti segnalazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sorveglianza epidemiologica dei donatori • reazioni indesiderate gravi dei donatori • effetti indesiderati gravi sui riceventi e errori trasfusionali • incidenti gravi
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	<p>Nel 2018 sono state riscontrate solo 3 criticità consistenti in errore anagrafici intercettati all'inizio del processo dal sistema di controllo e prontamente gestiti a livello organizzativo senza nessuna conseguenza.</p>
interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	<p>Nel 2017 istituito Foglio informativo sulla Trasfusione da consegnare al paziente a titolo di informativa prima di acquisire il consenso informato alla trasfusione. Il controllo sulle cartelle cliniche che ha evidenziato la correttezza del processo.</p>
Valutazione risultati e prospettive future	<p>Partecipare attivamente al sistema informativo dei servizi trasfusionali SISTRA, mediante una pronta segnalazione da parte dei professionisti delle strutture di eventuali incidenti gravi ed errori trasfusionali.</p> <p>Attenzione continua alle modifiche avviate dal SIMT BO e pronto adeguamento delle istruzioni interne.</p>

TIPOLOGIA	RECLAMI / SUGGERIMENTI dei CITTADINI SUL RISCHIO CLINICO
Letteratura/Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> • l'art.14, comma 4 del D.lgs 502/1992 e s.m.i., in tema di Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini, stabilisce che le Aziende Sanitarie individuino modalità di raccolta e di analisi dei segnali di disservizio, prevedendo altresì il diritto del cittadino al reclamo contro gli atti o comportamenti che negano o limitano la fruibilità delle prestazioni; • Il D.P.C.M. del 19.5.1995 "Schema generale di riferimento della Carta dei Servizi pubblici e sanitari" • L.R. 19/1994, art. 15 "Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini"; • DGR Emilia-Romagna n. 320 del 1/3/2000 "Linee Guida sulla Comunicazione tra Aziende Sanitarie e Cittadini"; • Delibera n. 398 del 22/4/1997 ad oggetto "Approvazione della Carta dei Servizi Sanitari: modifica al Regolamento Pubblica Tutela adottato con provvedimento n. 1108 del 18/10/1996";

TIPOLOGIA	RECLAMI / SUGGERIMENTI dei CITTADINI SUL RISCHIO CLINICO
<p>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</p>	<p>Il Sistema Qualità di Ospedali Privati Riuniti prevede precise procedure finalizzate a raccogliere ogni informazione dalla nostra utenza per migliorare la qualità dei servizi offerti. Tali procedure richiedono che gli operatori della Struttura si facciano sempre carico della raccolta e gestione di ogni problema riscontrato dai nostri ospiti, sia quando questo è espresso a voce ai singoli operatori (in questo caso parliamo di segnalazione di disservizio) sia quando l'utente intenda effettuare un atto più formale attivando la procedura di reclamo.</p> <p>L'Utente può segnalare il disservizio telefonicamente o di persona, utilizzando il modulo presente in carta dei servizi, oppure formalizzare un reclamo richiedendo ai Responsabili dei servizi o reparti addetti all'accoglienza un colloquio con la Direzione Sanitaria che tratterà il reclamo su apposito modulo oppure inviare una lettera di reclamo in carta semplice alla Direzione Sanitaria dell'Ospedale.</p> <p>Tutti i reclami scritti e quelli verbali o telefonici registrati dagli operatori su apposita modulistica sono inviati al Direttore Sanitario che li gestisce direttamente. Il Direttore Sanitario, in sede di colloquio, provvederà a fornire una risposta immediata se il quesito non richiede una fase istruttoria; viceversa qualora il caso necessiti di approfondimenti, viene fornita risposta in un periodo di tempo di norma non superiore a 30 giorni.</p>
<p>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</p>	<p>I reclami pervenuti nel 2018 sono stati complessivamente n. 7 e nessuno di essi ha riguardato le tematiche del rischio clinico ma piuttosto aspetti relazionali o organizzativi e sono stati puntualmente gestiti.</p>
<p>interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>Per tutti i reclami pervenuti in forma scritta è stata svolta un'istruttoria volta ad accertare cause allo scopo di fornire adeguata risposta all'utenza e poter intervenire sulle criticità accertate.</p>
<p>Valutazione risultati e prospettive future</p>	<p>Migliorare il sistema di raccolta dei reclami e dei suggerimenti da parte dei cittadini tramite la diffusione della cultura di umanizzazione dell'assistenza, favorire la raccolta tramite il portale interno al fine di non perdere traccia delle segnalazioni degli utenti.</p>

4 Coperture assicurative e informazioni sui risarcimenti di Ospedali Privati Riuniti

Nota: Il presente paragrafo è stato predisposto in osservanza a quanto richiesto dagli articoli 4 comma 3 e 10 comma 4 della Legge 34/2017 (Legge Gelli).

L'obiettivo del legislatore, al cui spirito aderisce Ospedali Privati Riuniti, è quello di favorire la costruzione di organizzazioni sicure (sia attraverso l'implementazione nelle aziende sanitarie di meccanismi volti a ridurre il verificarsi di eventi avversi prevenibili sia attraverso l'istituzione dei centri regionali per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente) e garantire la trasparenza nei confronti del cittadino (rendendo visibili gli sforzi fatti dalle organizzazioni sanitarie per sicurezza e miglioramento).

I seguenti dati descrivono il numero e il valore dei risarcimenti a cui gli Ospedali Privati Riuniti hanno fatto fronte nell'ultimo quinquennio.

	2014	2015	2016	2017	2018
N° risarcimenti	2	8	3	1	6
Liquidato annuo	4067,18	€ 130.387,40	€14.154,86	€23.500,00	118.226,05

Per la corretta comprensione di questi dati è importante considerare che il numero di risarcimenti ed il liquidato in uno specifico anno fanno riferimento a accadimenti la cui origine va ricercata in periodi spesso molto precedenti. Ne consegue ovviamente che una correlazione tra queste informazioni e il livello di assistenza offerto in uno specifico periodo è priva di significato.

Ospedali Privati Riuniti è dotata di un sistema di coperture assicurative in grado di tutelare sia gli interessi dei propri pazienti che quelli della società stessa e dei suoi collaboratori. In particolare, alla data del presente documento, sono attive le seguenti coperture:

Compagnia	Tipologia di contratto e clausole
Swisse-Re (Sw-Re International SE) rappresentanza per l'Italia	Polizza di assicurazione della RCT e prestatori di lavoro per struttura ospedaliera. Capitale assicurato per sinistro Euro 2,5 milioni. Aggregato per periodo euro 5,0 milioni. Polizza con franchigia e clausola claims made

Alle coperture assicurative, come forma di garanzia, si aggiungono le auto-coperture che garantiscono la capacità di Ospedali Privati Riuniti di fare fronte a imprevisti e/o eventuali franchigie grazie ad appositi fondi e riserve accantonate a bilancio.

5 Conclusioni

Le priorità che OPR identifica sulla gestione del rischio per il triennio 2018-2020 sono:

- aggiornare periodicamente il piano programma per la gestione del rischio e la valutazione del rischio a cura del Comitato per la Gestione del Rischio e la Sicurezza delle Cure,
- continuare l'azione di sensibilizzazione e formazione di tutto il personale e dei collaboratori sulla gestione del rischio,
- recepire rapidamente le eventuali nuove disposizioni, indirizzi, raccomandazioni e linee guida specifiche con impatto su sicurezza delle cure e gestione del rischio, declinandole nella realtà operativa di OPR attraverso specifici documenti operativi e strumenti;
- migliorare costantemente il sistema di raccolta e rilevazione di dati relativi a sicurezza e rischio, privilegiando l'informatizzazione delle registrazioni vista come leva per aumentare la capacità di elaborazione delle informazioni raccolte;
- monitorare con sistematicità il livello di adesione a raccomandazioni AGENAS, PDTA e procedure che impattano sul livello di rischio;
- diffondere l'utilizzo degli audit clinici per aumentare la consapevolezza dei professionisti.

Bologna, 29 marzo 2019

Per Ospedali Privati Riuniti spa

Il legale rappresentante

Firmato

Dott.ssa Nicoletta Antonini

Il Risk Manager e Direttore Sanitario

Firmato

Dott. Sandro Uva