

ATHENA S.p.A.

**RELAZIONE ANNUALE
SUGLI EVENTI AVVERSI**
(Art.2 comma 5 Legge 8 marzo 2017, n. 24)

referimento anno 2024

INDICE

1.0	PREMESSA	2
2.0	CONTESTO	3
2.1	MISSION E VISION AZIENDALE	3
3.0	ORGANIZZAZIONE AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO	3
3.1	METODI ADOTTATI	4
4.0	LE SCHEDE DESCRITTIVE DEGLI STRUMENTI/FONTI INFORMATIVE	4
4.1	INCIDENT REPORTING	4
4.2	FARMACOVIGILANZA	7
4.3	DISPOSITIVO VIGILANZA	10
4.4	GESTIONE DEI SINISTRI	12
4.5	RECLAMI/SUGGERIMENTI DEI PAZIENTI RELATIVI AL RISCHIO CLINICO	13
4.6	EMOVIGILANZA	14
5.0	SORVEGLIANZA INFEZIONI OSPEDALIERE	15
6.0	AUDIT	15
7.0	FORMAZIONE	16
8.0	RISARCIMENTI EROGATI (LIQUIDATO ANNUO)	18

1.0 PREMESSA

La Legge 24/2017, all' art.2 e all'articolo 4, prevede per tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie, per la trasparenza dei dati, la pubblicazione di una Relazione Annuale sulle attività di Risk Management.

Il Comitato di Risk Management della Casa di Cura Athena ha provveduto ad implementare misure per la prevenzione, gestione e monitoraggio del rischio in Sanità.

La presente relazione redatta ai sensi dell'art. 2 comma 5 della Legge 24 del 8 marzo 2017 intende rappresentare a consuntivo gli eventi avversi registrati nell'anno 2023 segnalati utilizzando il sistema di reporting aziendale, il sistema di Audit e le azioni correttive e di miglioramento messe in atto.

2.0 CONTESTO

La Casa di Cura Athena è una struttura sanitaria privata fondata nel 1956, accreditata con il Sistema Sanitario Nazionale. Dispone di 60 posti letto ed eroga servizi di:

- Diagnosi e cura in regime ambulatoriale e ricovero ordinario e Day Surgery per le specialità di Medicina Generale e Chirurgia (Chirurgia Generale, Vascolare, Oculistica, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia, Otorinolaringoiatria, Urologia).
- Diagnostica per Immagini, Patologia clinica e Fisiokinesiterapia.

ATHENA S.p.A.	
DATI DI ATTIVITA' – anno 2024	
INDICATORE	RIFERIMENTO
Ricoveri ordinari	n.2026
Ricoveri Day Surgery	n. 254
Branche specialistiche	n.8
PACC Medicina	n. 1726
PACC Chirurgia	n.1668
Prestazioni ambulatoriali:	
Laboratorio analisi	n. 205030
Fkt	n.20236
Diagnostica per immagini	n.33680

2.1 MISSION E VISION AZIENDALE

La Casa di Cura, nell'ambito del sistema regionale per la salute, esercita le proprie funzioni assistenziali (di diagnosi, cura, riabilitazione e prevenzione), in coordinamento e piena collaborazione con la Azienda ASL di Caserta.

L'intenzione primaria è sempre stata quella di offrire ai cittadini un'assistenza completa, efficiente e professionale. La Casa di Cura pone al centro dei propri interessi il rispetto della dignità della persona, avendo come obiettivi prioritari la tutela della vita e la promozione della salute con la migliore assistenza ed un ottimo comfort. Il personale qualificato è al servizio del sistema per il raggiungimento di questo fine ed è tenuto a comportamenti adeguati che mirano ad un elevato livello di umanità e professionalità.

3.0 ORGANIZZAZIONE AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO

La Casa di Cura ha istituito un Comitato Interdisciplinare di Risk Management che ha la funzione di monitorare, prevenire e gestire il rischio sanitario attivando percorsi di audit dei processi interni e delle criticità più frequenti.

Il Direttore Sanitario, in quanto titolare del governo clinico, presiede l'attività Risk Management e definisce la politica aziendale per la gestione del rischio, approvando le procedure in materia predisposte, avvalendosi della collaborazione di:

- ✓ Responsabili U.O.
- ✓ Responsabili Servizi
- ✓ Responsabile delle Risorse umane e formazione;
- ✓ Ufficio Legale;
- ✓ Ufficio Tecnico;
- ✓ Responsabile area Privacy
- ✓ Responsabile Prevenzione e Protezione della Sicurezza;
- ✓ Responsabile Qualità e Accreditamento Sanitario.

3.1 METODI ADOTTATI

La Casa di Cura ha adottato i seguenti strumenti per l'identificazione, l'analisi e il monitoraggio di eventi relativi alla sicurezza del paziente e delle cure e del personale previsti dalla normativa vigente.

4.0 LE SCHEDE DESCRITTIVE DEGLI STRUMENTI/FONTI INFORMATIVE

4.1 INCIDENT REPORTING

Tipologia	INCIDENT REPORTING
Letteratura/Normativa di riferimento	- Ministero della Salute "Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità" del 2011. - Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, Decreto 11 dicembre 2009 Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (G.U. Serie Generale, n. 8 del 12 gennaio 2010) - Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70; Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. (G.U. 4 giugno 2015, n.127).
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	- L'incident reporting è tra gli approcci di analisi reattiva ai rischi uno dei più utilizzati. Il sistema di Incident Reporting è la modalità di raccolta delle segnalazioni in modo strutturato di eventi allo scopo di fornire una base di analisi, predisposizione di strategie e azioni correttive e di miglioramento per prevenirne il ricadimento futuro. L'Incident Reporting consiste nella registrazione e raccolta di schede anonime nelle quali gli operatori effettuano una segnalazione di evento avverso. Attraverso l'analisi della scheda di segnalazione si possono raccogliere una serie di informazioni per tracciare il percorso che ha "determinato" il verificarsi dell'evento avverso. Le informazioni richieste nella scheda di segnalazione per l'Incident

Reporting sono:

- la descrizione dell'evento
- il luogo dove è avvenuto l'evento
- le persone coinvolte
- la tipologia delle prestazioni fornite al momento dell'errore (prestazioni urgenti o programmate)
- la gravità dell'evento (grave, medio, lieve)
- indicazione, da parte dell'operatore che lo segnala, delle cause dell'errore (distinti in fattori umani, tecnologici, infrastrutturali)

La raccolta 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.

Lo scopo principale di questo sistema di segnalazione volontaria è quello di acquisire informazioni indispensabili per la gestione del rischio, di accrescere quindi la consapevolezza di aree critiche dell'organizzazione 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. L'incident Reporting non ha finalità epidemiologiche e le segnalazioni raccolte non possono in alcun modo 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, e viceversa un numero ridotto di segnalazioni non corrisponde necessariamente a un elevato livello di sicurezza. In entrambi i casi infatti entra in gioco la propensione alla segnalazione, a sua volta influenzata da elementi come la diffusione della cultura della non colpevolizzazione del singolo professionista, la solidità del sistema delle segnalazioni e la capacità di apprendimento e risposta dell'organizzazione. In definitiva, l'Incident Reporting è da intendersi da un lato come uno strumento di apprendimento continuo, utile a implementare azioni di cambiamento favorevoli (come iniziative formative, diffusione di procedure e soluzioni, miglioramento del clima lavorativo, ecc.), dall'altro come una spia di allarme di un sistema con la capacità di intercettare (almeno) una parte degli eventi avversi.

Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Presso la Casa è stato adottato un sistema di segnalazione (Incident Reporting) per la raccolta di informazioni relative al verificarsi di segnalazione volontaria di incidenti correlati alla sicurezza delle cure (near miss/quasi eventi - eventi senza danno, eventi avversi), per poter apprendere ed intervenire con le appropriate misure preventive e, più in generale, per diffondere le conoscenze e favorire segnalazioni spontanee di accadimenti correlati con la sicurezza delle cure. Questo strumento è finalizzato a promuovere la responsabilità e la cultura della sicurezza del paziente ed a contribuire all'apprendimento collettivo per il cambiamento ed il miglioramento interni. Trattandosi di segnalazioni spontanee, le informazioni che derivano da tale fonte non sono indirizzate tanto alla quantificazione degli eventi, ma alla conoscenza dei fenomeni di tipo qualitativo, mirata alla valutazione dei rischi, all'individuazione di eventuali criticità, nell'ottica dei possibili interventi correttivi e del miglioramento finalizzato all'aumento dei livelli di sicurezza. Attraverso il sistema aziendale di Incident Reporting ogni operatore sanitario e non sanitario può segnalare un errore, un evento avverso o un near miss, ovvero un accadimento che aveva la potenzialità di arrecare un danno che non si è prodotto per un caso fortuito o perché sono entrate in funzione le barriere specificatamente predisposte. Il Sistema di Incident Reporting predisposto ha consentito di raccogliere i seguenti dati, relativi ad eventi avversi/near miss) avvenuti nell'anno: <table data-bbox="734 1332 1037 1512"> <tr> <td>Eventi avversi</td><td>0</td></tr> <tr> <td>Near miss</td><td>0</td></tr> <tr> <td>Eventi sentinella</td><td>0</td></tr> </table>	Eventi avversi	0	Near miss	0	Eventi sentinella	0
Eventi avversi	0						
Near miss	0						
Eventi sentinella	0						
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Migliorata la segnaletica relativa all'area coinvolta dell'evento						
Risultati ottenuti	Azzeramento degli eventi						

4.2 FARMACOVIGILANZA

Tipologia	FARMACOVIGILANZA
Letteratura/Normativa di riferimento	Normativa Regionale: - Delibera Regionale n° 1176 del 11/07/2003 - Farmacovigilanza - PTOR, Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale - II Aggiornamento 2007 - Delibera Regionale n° 3735 del 19/12/2003 - Farmacovigilanza - Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale - Aggiornamento PTOR 2003 Normativa nazionale: - Decreto Ministero della Salute 30 aprile 2015 - Procedure operative e soluzioni tecniche per un'efficace azione di farmacovigilanza adottate ai sensi del comma 344 dell'articolo 1 della legge 24 dicembre 2012, n. 228 (Legge di stabilità 2013). - Decreto Legislativo 24 aprile 2006, n. 219 e s.m.i. - Attuazione della direttiva 2001/83/CE (e successive direttive di modifica) relativa ad un codice comunitario concernente i medicinali per uso umano, nonché della direttiva 2003/94/CE. - Decreto Legislativo 29 dicembre 2007 (Disposizioni correttive al decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, recante attuazione della direttiva 2001/83/CE relativa ad un codice comunitario concernente medicinali per uso umano). - Legge 24 dicembre 2012, n. 228 - Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2013) - DM 12/12/2003 - Nuovo modello di segnalazione di reazione avversa a farmaci e vaccini - Decreto Legislativo 4 marzo 2014, n. 42 - Attuazione dell'articolo 1, paragrafi 1, 5 e 12 della direttiva 2012/26/UE, che modifica la direttiva 2001/83/CE, per quanto riguarda la farmacovigilanza. - Raccomandazione n.19 del ottobre 2019

	“Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali e solide, qualora si renda necessaria, causa errori in terapia se non correttamente gestita” - Ministero della Salute Circolare “Raccomandazioni per l'uso sicuro dei gel ecografici” del 24/05/2021 Normativa comunitaria: - Direttiva 2001/83 (in lingua inglese) recepita con il Decreto Legislativo 219/2006 - Direttiva 2010/84/UE - Direttiva 2012/26 - Regolamento 726/2004 - Regolamento 1235/2010 - Regolamento 520/2012 - Regolamento 1027/2012 - Regolamento 198/2013 - Regolamento 658/2014 - Good pharmacovigilance practices
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	Definizione ed Obiettivi La farmacovigilanza è l'insieme delle attività finalizzate all'identificazione, valutazione, comprensione e prevenzione degli effetti avversi o di qualsiasi altro problema correlato all'uso dei medicinali, al fine di assicurare un rapporto beneficio/rischio favorevole per la popolazione. Gli obiettivi alla base della farmacovigilanza, in conformità con la vigente normativa europea ed italiana, sono: - prevenire i danni causati da reazioni avverse conseguenti all'uso di un medicinale secondo le condizioni di autorizzazione ma anche agli errori terapeutici, all'esposizione professionale, agli usi non conformi incluso l'uso improprio e l'abuso. - promuovere l'uso sicuro ed efficace dei medicinali, in particolare fornendo tempestivamente informazioni sulla sicurezza dei medicinali ai pazienti, agli operatori sanitari e al pubblico in generale. La farmacovigilanza è, quindi, un'attività che contribuisce alla tutela della salute pubblica; è importante pertanto identificare nel più breve tempo possibile eventuali nuove reazioni avverse e

	variazioni nell'incidenza anche di reazioni avverse note che possono modificare il rapporto rischio/beneficio del farmaco, adottando poi misure atte a ridurne il rischio da parte degli enti regolatori e promuoverne un utilizzo sicuro ed efficace.
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	La Casa di Cura ha adottato procedure idonee ad evitare eventi avversi del (raccolta anamnesi e sensibilità, adeguata evidenziazione di allergie ed altri fenomeni simili, adeguata identificazione degli utenti, corretto utilizzo dei farmaci), protocollo per le segnalazioni di reazioni avverse ai farmaci Procedure: - PQ7.A "Processo relativo agli utenti" - PQ7.M "Segnalazione evento avverso". Inoltre, in relazione alla somministrazione dei farmaci per evitare eventi avversi sono presenti protocolli relativi a: - Corretto utilizzo del KCL_ I.O.D.15→ Raccomandazione n. 1 del marzo 2008 sul corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio – KCL – ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio - Gestione farmaci e del materiale PQ7.C. → Raccomandazione n.7 del marzo 2008 "Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica". - Gestione Farmaci LASA_I.O.7.C2→ Raccomandazione n. 12 dell'agosto 2010 per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci "lookalike/sound-alike". - Manipolazione dei farmaci IO 7.C 5→ Raccomandazione n.19 del ottobre 2019 "Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali e solide, qualora si renda necessaria, causa errori in terapia se non correttamente gestita".
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Nel corso del 2024 sono stati svolti sopralluoghi per la verifica della corretta gestione dei medicinali, degli stupefacenti e delle soluzioni concentrate contenenti potassio.
Risultati ottenuti	Nell'anno 2024 non si sono verificati casi di reazioni avverse ai farmaci.

4.3 DISPOSITIVO VIGILANZA

Tipologia	DISPOSITIVO VIGILANZA
Letteratura/Normativa di riferimento	- 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."
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	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. Come previsto dalla normativa, tale obiettivo si persegue attraverso la partecipazione di tutti gli attori coinvolti nel "sistema" (legali rappresentanti delle strutture sanitarie, operatori sanitari, fabbricanti o loro mandatarie). Gli operatori sanitari pubblici o privati che nell'esercizio della loro attività rilevano un incidente che coinvolga un dispositivo medico sono tenuti a darne comunicazione al Ministero della salute, con termini e modalità stabilite dalla normativa. La comunicazione deve essere inviata altresì al fabbricante o al suo mandatario,

	anche per il tramite del fornitore del dispositivo medico. L'attività di vigilanza sui dispositivi medici ha l'obiettivo di incrementare la protezione della salute e la sicurezza di pazienti e utilizzatori attraverso: 1. L'identificazione rapida di ogni nuovo problema al fine di individuare azioni correttive finalizzate all'eliminazione o riduzione del problema stesso 2. La condivisione delle informazioni tra Autorità Competente e fabbricanti per rendere il più possibile tempestiva l'applicazione di azioni correttive 3. Il monitoraggio dell'effettiva e corretta attuazione delle azioni correttive individuate 4. Prevenire la ripetizione di incidenti simili grazie alla messa in atto di misure correttive appropriate.
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	La Casa di Cura ha adottato una procedura (PQ7.B) di gestione delle apparecchiature e provvede alla manutenzione e verifica delle stesse secondo un Programma di manutenzione. Sono monitorati tutti i dispositivi e le apparecchiature in uso presso la struttura con manutenzioni ordinarie e straordinarie calendarizzate secondo il piano delle attività e predisposizione dei relativi verbali di manutenzione. Sono attivati contratti di manutenzione con ditte specializzate. E' costantemente verificata la sicurezza elettrica in base alle vigenti normative. Nell'anno 2024 non si sono verificati malfunzionamenti delle Apparecchiature Elettromedicali né eventi avversi correlati.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Sostituzione/Acquisto di nuove attrezzature/apparecchiature elettromedicali, tra questi sostituzione macchina per emocromo (Laboratorio Analisi)
Risultati ottenuti	Nell'anno 2024 non si sono verificati eventi avversi relativi a dispositivi medici.

4.4 GESTIONE DEI SINISTRI

Tipologia	GESTIONE DEI SINISTRI		
Letteratura/Normativa di riferimento	- Linee di Indirizzo Regionali per la definizione delle procedure per la gestione dei sinistri in Sanità.		
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	Il sinistro è una delle specificazioni di cui si compone il macrogruppo degli eventi avversi che coinvolgono ciascuna Azienda sanitaria. Per <i>sinistro</i> si intende ogni richiesta riferibile a <i>ogni possibile evento dannoso cagionato a terzi riconducibile all'attività dell'Azienda sanitaria</i> L'integrazione tra le reti che si occupano della sicurezza è un fattore determinante per la promozione della prevenzione degli eventi avversi: nello specifico, sono individuate nella Casa di Cura le connessioni tra la funzione aziendale di Gestione del Rischio, il Servizio Legale e Assicurativo. Uno dei momenti fondamentali per individuare e raggiungere gli obiettivi correlati alla gestione del rischio è quello legato alla raccolta delle informazioni di interesse per la sicurezza attraverso una gestione integrata dei flussi informativi. I dati relativi ai sinistri consentono, insieme ai dati provenienti dagli altri flussi informativi, una conoscenza dei fenomeni funzionale alla programmazione delle relative azioni di miglioramento.		
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento		
	Sinistri aperti anno 2024		
	ANNO	BRANCHE	
	2024	GINECOLOGIA	ORTOPEDIA
		N. 1 caso di richiesta di risarcimento per un Intervento anno 2021	N. 1 caso di richiesta di risarcimento per un Intervento anno 2022
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Avviata analisi dei casi.		
Risultati ottenuti	--		

	RELAZIONE ANNUALE EVENTI AVVERSI	Data 26.02.2025 Rev.01
	Art.2 comma 5 Legge 8 marzo 2017, n.24	Pag. 13 di 18

4.5 RECLAMI/SUGGERIMENTI DEI PAZIENTI RELATIVI AL RISCHIO CLINICO

Tipologia		RECLAMI/SUGGERIMENTI DEI PAZIENTI RELATIVI AL RISCHIO CLINICO
Letteratura/Normativa di riferimento	di	- D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., art. 14 "Partecipazione e tutela dei diritti dei 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".
Descrizione dello strumento/ flusso informativo		Il sistema di gestione dei reclami ha due principali obiettivi: 1. dotare l'organizzazione di uno strumento atto a rilevare e rispondere rapidamente alle situazioni di disagio e insoddisfazione espresse dal singolo utente; 2. analizzare i reclami per orientare le decisioni aziendali relative al miglioramento della qualità dei servizi. All'interno del processo di ascolto dell'utenza, i reclami rappresentano un momento fondamentale di confronto e, conseguentemente, di crescita dell'organizzazione. Avere la possibilità di identificare le attività aziendali verso cui insiste il malessere dei cittadini, di cui il reclamo può rappresentare l'esplicitazione diretta, consente di ridurre il rischio di accrescere conflittualità che indeboliscono il rapporto fiduciario. Il Sistema di gestione delle segnalazioni dei cittadini rappresenta una delle fonti informative che attengono al tema della gestione del rischio e che possono registrare eventi di interesse e indicare aree organizzative che necessitano di miglioramento.
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	ed	La Casa di cura è costantemente impegnata a monitorare la soddisfazione degli utenti tramite somministrazione di questionari oltre che attraverso la raccolta di reclami e suggerimenti. L'utente ha il diritto a sporgere reclamo ogniqualvolta rilevi il mancato rispetto dei propri diritti. Gli operatori che hanno contatto con il pubblico con mansioni di assistenza e servizio devono registrare qualsiasi reclamo presentato e prospettare la possibilità di inoltrare reclamo scritto alla Struttura. Le risposte agli utenti sui singoli reclami sono date entro 15 giorni dal ricevimento del reclamo stesso. L'impegno della struttura è continuo nel cercare di assicurare adeguati livelli di qualità delle prestazioni e dei servizi. La procedura Gestione dei reclami e Indagini di soddisfazione (PQ7.A) definisce, a tale proposito: - le modalità di raccolta dei reclami (scritti e verbali) e delle richieste di risarcimento danni; - le responsabilità e le modalità di risoluzione dei reclami e di gestione delle richieste di risarcimento (con eventuale avvio

	di azioni correttive atte a prevenire il ripetersi del problema); - le modalità ed i tempi di risposta al Cliente; - la gestione della documentazione prodotta. I dati desunti dai questionari e quelli relativi ai reclami vengono elaborati periodicamente secondo le modalità definite nel Piano Indicatori Qualità e vengono sempre analizzati dalla Direzione in sede di Riesame annuale, al fine di identificare eventuali aree di criticità e di avviare adeguate azioni di miglioramento. Nel 2024 non sono pervenuti reclami dagli utenti.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Sono stati attivati ulteriori canali di rilevazione della soddisfazione (social media).
Risultati ottenuti	Migliorato comfort assistenziale.

4.6 EMOVIGILANZA

Tipologia	EMOVIGILANZA
Letteratura/Normativa di riferimento	- Legge 21 ottobre 2005, n. 219 Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati - Ministero della Salute Decreto 2 novembre 2015: Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti.
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	L'emovigilanza è il sistema di procedure volte alla rilevazione e al monitoraggio delle reazioni gravi e degli eventi avversi gravi relativi al processo trasfusionale e comprende anche la sorveglianza delle malattie infettive trasmissibili con la trasfusione. Obiettivi - Corretto utilizzo dei Sistemi di sorveglianza SISTRA - Monitoraggio degli Eventi Sentinella
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Eventi correlati all'uso del sangue - Effetti indesiderati nei pazienti trasfusi: 0 - Near miss: 0 - Incidenti gravi: 0
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	- Audit periodico sulla corretta applicazione della procedura I.O7.C.1 "Gestione del sangue".
Risultati ottenuti	- Non si sono verificati errori

5.0 SORVEGLIANZA INFEZIONI OSPEDALIERE

Nel corso dell'anno 2024 nell'ambito della prevenzione e gestione delle infezioni è proseguita l'attività del Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO), per la definizione di strategie di lotta alle infezioni ospedaliere (sorveglianza, misure di controllo, informazione), la valutazione degli interventi attuati e la promozione di programmi di formazione del personale.

Il nostro sistema prevede un'attenta prevenzione delle infezioni ospedaliere con monitoraggio dei sistemi di pulizia e periodiche riunioni volte all'analisi degli eventuali eventi avversi e al miglioramento del servizio.

Nel corso del 2024 non si sono verificati altri casi di infezioni ospedaliere.

6.0 AUDIT

La valutazione del rispetto delle norme stabilite che determinano specifiche responsabilità e modalità operative (procedure, istruzioni, protocolli, ecc.) è eseguita attraverso Audit interni; tale tipologia di verifica focalizza l'attenzione sia sugli aspetti di correttezza tecnico professionale più strettamente connessi alla gestione clinica e assistenziale del paziente sia sugli eventi avversi. La Procedura Gestione degli Audit definisce le responsabilità e le modalità operative relative a:

- pianificazione annuale degli Audit interni;
- organizzazione dei singoli Audit;
- esecuzione delle Verifiche;
- registrazione dei risultati;
- avvio delle azioni correttive necessarie e verifica della loro efficacia;
- conservazione della documentazione prodotta. L'esecuzione degli Audit avviene sulla base di un Programma annuale approvato dalla Direzione, definito sulla base delle criticità emerse, e/o sulle aree risultate più critiche, e sull'intento di sottoporre tutta l'organizzazione almeno annualmente a valutazione. Tale piano identifica:
- gli ambiti da sottoporre a valutazione e la loro estensione (Unità Operativa, processo, attività, etc.);
- gli obiettivi della valutazione (sistematica applicazione delle prescrizioni del Sistema Qualità, adeguatezza dei processi/attività rispetto agli scopi prefissati, adeguatezza prescrizioni Sistema Qualità rispetto a Direttive aziendali, verifica risoluzione Situazioni di Non Conformità rilevate durante Audit precedenti, etc.);
- i criteri di programmazione degli Audit (per processo, per Unità Operativa, etc.);
- la periodicità degli Audit;
- il periodo in cui è programmata l'esecuzione dei singoli Audit;
- se necessario, la principale documentazione di riferimento per l'esecuzione degli Audit;
- i componenti del Gruppo di Verifica Ispettiva

Il programma stabilito annualmente può essere integrato in corso d'anno a fronte dell'esito degli Audit eseguiti o sulla base di criticità emerse (es. Reclami, andamento preoccupante di specifici indicatori, ecc.).

Il personale assegnato all'attività di Audit è qualificato sulla base di precisi criteri e viene sempre garantita l'indipendenza di chi esegue la verifica rispetto alle aree sottoposta a verifica, comprese le attività di competenza del Responsabile Sistema Qualità.

Tutto questo finalizzato all'attivazione di azioni correttive. La responsabilità di attivare idonee azioni correttive è del Responsabile dell'area sottoposta a verifica, mentre il Responsabile Sistema Qualità è chiamato a valutare l'adeguatezza delle azioni previste.

7.0 FORMAZIONE

Nella gestione del rischio in sanità, la formazione assume un ruolo fondamentale per la diffusione della cultura della sicurezza verso i pazienti, gli operatori e la struttura. La legge 24/2017 richiama ad una responsabilità professionale individuale ed una piena consapevolezza del professionista nel ruolo di advocacy verso il paziente nel rispetto di norme, linee guida e evidenze scientifiche.

Al fine di favorire la percezione del rischio, concepire l'errore come opportunità di miglioramento, stimolare il confronto e la partecipazione, migliorare la comunicazione e l'umanizzazione delle cure, la Casa di Cura negli ultimi anni ha investito sulla formazione del personale ha effettuato corsi di formazione rivolti a setting assistenziali specifici, coinvolgendo i professionisti che operativamente e quotidianamente lavorano sul campo della clinica e dell'assistenza.

L'Azienda ha continuato a rispettare nel corso dell'anno 2024 il programma di formazione continua del proprio personale.

AREA	ATTIVITÀ FORMATIVA	Ore
Area Sicurezza	CORSO AGGIORNAMENTO RLS - MODULO 1: IL QUADRO LEGISLATIVO IN MATERIA DI SALUTE E SICUREZZA; LE FIGURE DEL SISTEMA DI PREVENZIONE AZIENDALE; LI SISTEMA DELLE RELAZIONI IN MATERIA DI SALUTE E SICUREZZA LIVELLO AZIENDALE E TERRITORIALE; MODULO 2: INDIVIDUAZIONE, VALUTAZIONE E GESTIONE DEI RISCHI; I PROFILI DI RISCHIO DI COMPARTO; LA VALUTAZIONE DEI RISCHI E LA REDAZIONE DEL DOCUMENTO; INFORMARSI PER PREVENIRE; LE MALATTIE PROFESSIONALI; I RISCHI COMUNI ALLE ATTIVITÀ LAVORATIVE; I DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE (DPI) E LA SEGNALETICA DI SICUREZZA. TEST INTERMEDIO (QUESTIONARIO A RISPOSTA MULTIPLA) MODULO 3: LE COMPETENZE GESTIONALI E RELAZIONALI (LA FUNZIONE INFORMATIVA E FORMATIVA); LE COMPETENZE GESTIONALI E RELAZIONALI (LA FORMAZIONE); LE COMPETENZE GESTIONALI E RELAZIONALI (LA NEGOZIAZIONE); CORSO SVOLTO IN MODALITÀ FAD	8
Area sicurezza	CORSO DI AGGIORNAMENTO PREPOSTI: CAPITOLO 1_ACCORDI STATO REGIONI PER LA FORMAZIONE; CAPITOLO 2_PRINCIPALI NOVITÀ DEL TESTO UNICO; CAPITOLO 3_SISTEMA DI PREVENZIONE; CAPITOLO 4_SORVEGLIANZA SANITARIA; CAPITOLO 5_CASSIFICAZIONE DEI RISCHI; CAPITOLO 6_EMERGENZE; CAPITOLO 7_SANZIONI.	6

Area sicurezza	FORMAZIONE E INFORMAZIONE - RISCHIO BASSO - PARTE GENERALE E SPECIFICA - FAD. INTRODUZIONE GENERALE- DEFINIZIONE E CAMPO DI APPLICAZIONE, GESTIONE DELLA PREVENZIONE NEI LUOGHI DI LAVORO- LA VALUTAZIONE DEI RISCHI- IL SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE - INFORMAZIONE E FORMAZIONE- IL RAPPRESENTANTE DEI LAVORATORI PER LA SICUREZZA - LA SORVEGLIANZA SANITARIA- PRIMO SOCCORSO- PREVENZIONE INCENDIO- I LUOGHI DI LAVORO- USO DELLE ATTREZZATURE DI LAVORO- USO DEI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE - MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI- VIDEOTERMINALI- STESS LAVORO CORRELATO - RISCHIO ELETTRICO- RISCHIO SCALE- MICROCLIMA- FOTOCOPIATRICI E STAMPANTI- DISFUNZIONI VOCALI- RISCHIO CHIMICO - RISCHIO BIOLOGICO.	6
AREA SANITARI A/SICURE ZZA	IMPLEMENTAZIONE LAMPADA SCIALITICA DR MACH A SOFFITTO MODELLO LED 300 MC MULTICOLOR- FORMAZIONE DEL PERSONALE E CONSEGNA DEL MANUALE D'USO	1
AREA SANITARI A	INTRODUZIONE ALLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE NEL SETTORE SANITARIO - AVVISO 2/2023 SANITA' PLUS	24
AREA SANITARI A	LA FEDELIZZAZIONE DEL CLIENTE NEL SETTORE SOCIO SANITARIO - AVVISO 2/2023 SANITA' PLUS	24
Risk manageme nt - Area sanitaria	GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO: QUALITÀ, INFORMAZIONE, FORMAZIONE, INFORMATIZZAZIONE (CREDITI ECM) ED 1 - ED 2 - AVVISO 2/2023 SANITA' PLUS	34
AREA SANITARI A	UMANIZZAZIONE DEL SISTEMA DELLE CURE ED 1 - ED 2 - FAD ECM AVVISO 2/2023 SANITA' PLUS	40
AREA SANITARI A	LA COMUNICAZIONE DI CRISI: SAPER INTERAGIRE ADEGUATAMENTE IN SITUAZIONI DI EMERGENZA SANITA' PLUS	20
Area Sicurezza	SYSMEX XNL 550	4
AREA SANITARI A	AGILE HEALTHLEADERS PER ATHENA' - AVVISO N 2/2023 FONDODIRIGENTE	
Area sicurezza	CORSO DI TIPO 3-AGG: AGGIORNAMENTO ANTINCENDIO PER ADDETTI ANTINCENDIO IN ATTIVITÀ DI LIVELLO 3	8
AREA SANITARI A/SICURE ZZA	CORRETTO UTILIZZO DEL NEBULIZZAATORE MEDIBIOS BASIC- COMPARTO OPERATOTIO	8
AREA SANITARI A	"LA DIGITALIZZAZIONE DEI PROCESSI PER LO SVILUPPO DI CLINICA ATHENA"- FDIR 36332 AVVISO N1/2024 (DA EFFETTUARE NEL CORSO DELL'ANNO 2025)	

8.0 RISARCIMENTI EROGATI (LIQUIDATO ANNUO)

Importi dei risarcimenti erogati (liquidato annuo) con riferimento all'ultimo quinquennio.

Nessun risarcimento di alcun tipo è stato erogato nel quinquennio.

Tabella Sinistri e risarcimenti erogati con riferimento all'ultimo quinquennio

Anno	2020	2021	2022	2023	2024
n. sinistri aperti	1	1	3	2	2
n. sinistri liquidati	1	2	3	1	1
Importo liquidato	2.100,00€ Relativo a sinistro del 2011	22.938 € relativi a sinistri 2010 e 2013	160.427,99€ relativi a sinistro del 2006-2011- 2015	2984,68€ relativi ad un sinistro 2011	1578,24€ relativi ad un sinistro del 2010

Piedimonte Matese, 26/02/2025

Risk Manager


ATHENA S.p.A.
IL Direttore sanitario
Dott. Antonio La Cerra