



PIANO PROGRAMMA SICUREZZA DELLE CURE 2025

Approvato dalla Direzione nella seduta del 09/06/2026

Premessa

La Legge 8 marzo 2017, n. 24 (cd. Legge Gelli-Bianco) ha introdotto specifiche disposizioni in materia di sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico, prevedendo per le strutture sanitarie pubbliche e private l'obbligo di predisporre una relazione annuale sugli eventi avversi occorsi, sulle relative cause e sulle relative azioni di miglioramento, assicurandone altresì la pubblicazione ai fini della trasparenza.

La normativa pone al centro dell'attività delle organizzazioni sanitarie la tutela della sicurezza del paziente, promuovendo non solo l'analisi degli eventi che hanno causato un danno, ma anche l'attenzione verso i cosiddetti near miss o "quasi eventi", vale a dire situazioni che avrebbero potuto determinare un danno ma che sono state intercettate prima del loro verificarsi. L'analisi di tali eventi rappresenta un'importante opportunità di apprendimento e miglioramento dei processi assistenziali.

La sicurezza delle cure si fonda su un approccio sistematico di prevenzione, monitoraggio e gestione del rischio clinico, finalizzato all'individuazione delle criticità e all'adozione di adeguate misure correttive e preventive. La letteratura scientifica e le linee guida di settore evidenziano infatti come la valutazione della sicurezza non possa basarsi su un unico strumento di rilevazione, ma debba avvalersi di più fonti informative integrate tra loro.

Tra le principali fonti utilizzate per il monitoraggio della sicurezza delle cure rientrano le segnalazioni spontanee di eventi avversi e near miss, i reclami degli utenti, i sinistri, gli audit clinici e organizzativi, le attività di farmacovigilanza e dispositivo vigilanza, nonché gli altri strumenti di controllo e verifica adottati dalla struttura.

Il presente Piano della Sicurezza delle Cure descrive le attività di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio clinico attualmente adottate dal PCM – Poliambulatorio Chirurgico Modenese e individua le ulteriori azioni di sviluppo e miglioramento programmate, con l'obiettivo di rafforzare la sicurezza delle cure, promuovere il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni e garantire la tutela dei pazienti e degli operatori.

PCM - Poliambulatorio Chirurgico Modenese

Il PCM – Poliambulatorio Chirurgico Modenese è una struttura sanitaria privata autorizzata all'esercizio dell'attività sanitaria ai sensi della normativa vigente.

La struttura eroga prestazioni sanitarie in numerose discipline mediche e chirurgiche, avvalendosi di professionisti qualificati e di tecnologie adeguate alle attività svolte. In particolare, il PCM offre attività di specialistica ambulatoriale, chirurgia ambulatoriale, day surgery, diagnostica per immagini limitatamente all'ecografia, attività di punto prelievi e servizi sanitari complementari a supporto dei percorsi di cura.

L'organizzazione si ispira ai principi di centralità della persona assistita, appropriatezza clinica, qualità delle prestazioni e sicurezza delle cure, perseguendo il miglioramento continuo dei processi assistenziali e organizzativi.

Nell'ambito della propria attività, il PCM promuove lo sviluppo di un sistema di gestione del rischio clinico orientato alla prevenzione degli eventi avversi, all'individuazione delle criticità e all'adozione di azioni correttive e preventive finalizzate alla tutela della salute e della sicurezza dei pazienti e degli operatori.

La Direzione riconosce nella qualità e nella sicurezza delle cure elementi strategici dell'organizzazione e si impegna a consolidare progressivamente strumenti, procedure e attività di monitoraggio finalizzati al miglioramento continuo delle prestazioni erogate, nel rispetto della normativa vigente e delle buone pratiche clinico-assistenziali.

L'attività di gestione del rischio clinico

Il rischio clinico è la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, ossia subisca un danno o un disagio involontariamente correlato all'assistenza sanitaria ricevuta, tale da determinare un peggioramento delle condizioni di salute, il prolungamento del percorso assistenziale o altre conseguenze negative per il paziente (Kohn, IOM, 1999).

La gestione del rischio clinico (Risk Management) interessa l'insieme dei processi assistenziali e organizzativi della struttura e costituisce uno strumento fondamentale per garantire la sicurezza delle cure e la qualità delle prestazioni erogate.

L'approccio alla gestione del rischio non si fonda sulla ricerca della responsabilità individuale, bensì sull'analisi delle cause e dei fattori che possono favorire il verificarsi di eventi indesiderati. È infatti consolidato il principio secondo cui, se l'errore umano non può essere completamente eliminato, le organizzazioni sanitarie devono adottare adeguate misure preventive e sistemi di controllo in grado di ridurre la probabilità che l'errore si traduca in un danno per il paziente.

Per l'identificazione e il monitoraggio dei rischi, il PCM utilizza le fonti informative attualmente disponibili e promuove attività di verifica dei processi assistenziali e organizzativi, attraverso l'analisi dei reclami, dei sinistri, degli esiti degli audit clinici e organizzativi, delle attività di vigilanza e degli altri strumenti di controllo adottati dalla struttura.

Tra gli obiettivi strategici per l'anno 2026 rientra l'implementazione di un sistema aziendale di Incident Reporting finalizzato alla segnalazione, raccolta e analisi strutturata degli eventi avversi, dei near miss e delle non conformità. Tale strumento consentirà di rafforzare il sistema di gestione del rischio clinico, favorire l'apprendimento organizzativo e promuovere il miglioramento continuo della sicurezza delle cure e della qualità delle prestazioni erogate.

I flussi informativi

Il sistema di gestione del rischio del PCM si basa sull'utilizzo di diverse fonti informative finalizzate all'identificazione, all'analisi e al monitoraggio delle criticità che possono incidere sulla sicurezza dei pazienti e sulla qualità delle cure erogate.

Le informazioni raccolte consentono di individuare eventuali eventi avversi, near miss, non conformità e aree di miglioramento, favorendo l'adozione di azioni preventive e correttive volte al contenimento del rischio clinico e organizzativo.

Le principali fonti informative attualmente utilizzate o in corso di progressiva implementazione sono:

- reclami e richieste di risarcimento danni;
- attività di dispositivo vigilanza;
- attività di farmacovigilanza;
- audit clinici e organizzativi;
- controlli sulla documentazione clinica;
- monitoraggio delle infezioni correlate all'assistenza e dei rischi infettivi;

L'integrazione delle informazioni provenienti dalle diverse fonti costituisce uno strumento essenziale per la valutazione del rischio, la programmazione delle azioni di miglioramento e lo sviluppo di una cultura della sicurezza orientata alla prevenzione degli eventi avversi e al miglioramento continuo dei processi assistenziali.

Risultati ed esiti 2025

RECLAMI E RICHIESTE RISARCIMENTO DANNI

Reclami

Letteratura/Normativa di riferimento

- Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 11 ottobre 1994 "Direttiva sui principi per l'istituzione ed il funzionamento degli URP"
- Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica 24 marzo 2004 "Rilevazione della qualità percepita dai cittadini"
- Legge regionale 6 settembre 1993, n. 32 "Norme per la disciplina del procedimento amministrativo e del diritto di accesso", modificata con la Legge regionale 23 dicembre 2016 n. 25 "Disposizioni collegate alla Legge regionale di stabilità per il 2017"

Descrizione strumento/flusso informativo

Il sistema di gestione dei reclami rappresenta una delle principali fonti informative per la gestione del rischio clinico e organizzativo, in quanto consente di raccogliere e analizzare segnalazioni relative a disservizi, criticità percepite dagli utenti o eventi che possano avere inciso sulla qualità e sulla sicurezza delle prestazioni erogate.

Particolare rilevanza assumono le segnalazioni riferite ad aspetti tecnico-professionali, alla qualità dell'assistenza, alle modalità di erogazione delle prestazioni, agli aspetti relazionali e comunicativi, nonché alle informazioni fornite al paziente nel corso del percorso di cura.

Il PCM garantisce agli utenti la possibilità di presentare reclami, osservazioni e segnalazioni attraverso i canali messi a disposizione dalla struttura. Le segnalazioni vengono prese in carico dalla Direzione e dalle funzioni competenti, che provvedono alla loro valutazione e agli eventuali approfondimenti necessari, al fine di individuare possibili criticità e opportunità di miglioramento.

Valutazione risultati e prospettive future

Nel corso del 2025 sono pervenuti n. 2 reclami/segnalazioni da parte degli utenti.

Tutte le segnalazioni sono state prese in carico e analizzate dalla struttura, garantendo un riscontro agli interessati e l'eventuale attivazione degli approfondimenti ritenuti necessari in relazione alla natura della segnalazione.

L'analisi effettuata non ha evidenziato eventi avversi o near miss riconducibili a criticità sistemiche dei processi assistenziali. Alcune segnalazioni hanno tuttavia consentito di individuare specifiche opportunità di miglioramento di natura organizzativa, gestionale o comunicativa, rispetto alle quali sono state adottate o programmate adeguate azioni correttive e preventive.

In altri casi, gli approfondimenti svolti non hanno confermato la sussistenza di criticità riconducibili all'attività sanitaria o organizzativa della struttura, consentendo l'archiviazione della segnalazione con adeguata comunicazione all'utente.

RICHIESTE DI RISARCIMENTO DEL DANNO

Letteratura/Normativa di riferimento

- Legge 8 marzo 2017 n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"
- DGR n. 1349/2012 "Approvazione del progetto di Legge Regionale recante: Norme per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli enti del Servizio Sanitario Regionale"

- DGR n. 1350/2012 di approvazione del “Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile nelle Aziende Sanitarie”
- LR n. 13/2012: “Norme per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli enti del Servizio Sanitario Regionale”

Descrizione strumento/flusso informativo

L’analisi dei sinistri e del contenzioso rappresenta una rilevante fonte informativa per il sistema di gestione del rischio clinico, in quanto consente di individuare eventuali criticità assistenziali, organizzative, documentali o comunicative che potrebbero incidere sulla qualità e sulla sicurezza delle prestazioni erogate.

L’esame delle richieste di risarcimento e dei procedimenti giudiziali permette alla struttura di approfondire le circostanze che hanno determinato la richiesta di risarcimento del danno, verificare la corretta applicazione dei percorsi assistenziali e individuare eventuali aree di miglioramento, indipendentemente dall’accertamento di una responsabilità professionale o organizzativa.

Le informazioni derivanti dall’analisi dei sinistri sono pertanto integrate nel sistema di gestione del rischio e contribuiscono alla definizione di azioni preventive e correttive finalizzate al miglioramento continuo della qualità e della sicurezza delle cure.

Dati e Criticità

Procedimenti introdotti nell’anno 2025

Nell’anno 2025 si registrano n. 3 nuovi sinistri giudiziali, riferibili a prestazioni sanitarie erogate nell’intervallo temporale 2022 - 2025.

Trattasi prevalentemente di procedimenti aventi ad oggetto contestazioni relative all’esito delle prestazioni sanitarie erogate e/o alla gestione del percorso assistenziale, per i quali risultano in corso gli opportuni approfondimenti tecnici e medico-legali.

Procedimenti introdotti negli anni precedenti e definiti nell’anno 2025

Alcuni procedimenti introdotti in annualità precedenti hanno trovato definizione nel corso del 2025 mediante sentenze, ordinanze o accordi transattivi, secondo le risultanze dei singoli procedimenti.

Le informazioni acquisite nell’ambito delle valutazioni tecniche e medico-legali sono state oggetto di analisi da parte della struttura ai fini del monitoraggio e del miglioramento dei processi assistenziali e organizzativi.

Valutazione risultati e prospettive future

L’analisi dei sinistri e del contenzioso registrato nel corso del 2025 non ha evidenziato la presenza di eventi avversi riconducibili a criticità sistemiche dei processi assistenziali né ha fatto emergere situazioni classificabili come near miss. Le verifiche effettuate hanno tuttavia rappresentato un’importante opportunità di analisi e di apprendimento organizzativo, consentendo di individuare alcuni ambiti suscettibili di ulteriore miglioramento sotto il profilo documentale, comunicativo e organizzativo.

In un'ottica di prevenzione e miglioramento continuo, il PCM ha pertanto programmato e/o implementato specifiche azioni di miglioramento finalizzate al rafforzamento dei processi assistenziali, alla standardizzazione delle procedure operative, al miglioramento della comunicazione con il paziente e alla costante sensibilizzazione degli operatori sui temi della sicurezza delle cure e della gestione del rischio clinico.

L'Organizzazione conferma il proprio impegno nel monitoraggio sistematico delle segnalazioni, nell'analisi delle criticità e nell'adozione di misure preventive e correttive volte a garantire elevati standard di qualità e sicurezza delle prestazioni erogate, favorendo lo sviluppo di una cultura orientata alla prevenzione del rischio e al miglioramento continuo.

GLI AUDIT CLINICI E ORGANIZZATIVI

Gli audit clinici e organizzativi effettuati nel corso del 2025 hanno rappresentato un importante strumento di verifica dell'efficacia dei processi assistenziali e delle misure adottate in materia di sicurezza delle cure. Dalle attività di audit svolte non sono emersi eventi avversi, eventi sentinella o situazioni riconducibili a near miss tali da richiedere l'attivazione di specifiche procedure di gestione del rischio clinico.

Le verifiche effettuate hanno tuttavia consentito di individuare alcune opportunità di miglioramento relative:

- alla completezza e uniformità della documentazione clinica;
- alla tracciabilità delle attività assistenziali e organizzative;
- alla standardizzazione delle modalità di acquisizione e archiviazione del consenso informato;
- alla formalizzazione di procedure operative in specifici ambiti organizzativi;
- al rafforzamento delle attività di informazione e comunicazione nei confronti dei pazienti;
- alla diffusione e condivisione delle buone pratiche tra gli operatori sanitari.

In relazione agli aspetti sopra evidenziati, il PCM ha programmato e/o avviato specifiche azioni di miglioramento finalizzate a rafforzare l'efficacia dei processi assistenziali, l'appropriatezza organizzativa, la tracciabilità delle attività svolte e la sicurezza delle prestazioni erogate.

L'esperienza maturata conferma l'efficacia dello strumento audit quale metodologia di valutazione e miglioramento continuo. Il PCM intende pertanto proseguire nell'utilizzo sistematico degli audit clinici e organizzativi, favorendo l'individuazione precoce delle criticità, la diffusione delle buone pratiche e il consolidamento della cultura della sicurezza all'interno dell'organizzazione.

DISPOSITIVO VIGILANZA

Letteratura/Normativa di riferimento

- Ministero della Salute – Circolare 29.11.2022
- MDR 745/2017
- Linee di Indirizzo Dispositivo Vigilanza Regione ER – Novembre 2022

Descrizione strumento/flusso informativo

L'obiettivo del sistema di vigilanza dei dispositivi medici è quello di incrementare la protezione della salute e la sicurezza dei pazienti, degli utilizzatori e di altri riducendo la possibilità che lo stesso tipo di incidente dannoso si ripeta in luoghi diversi ed in tempi successivi. I legali rappresentanti delle strutture sanitarie pubbliche e private e gli operatori sanitari, sono tenuti a comunicare immediatamente al Ministero della Salute qualsiasi alterazione delle caratteristiche e delle prestazioni di un dispositivo o qualsiasi inadeguatezza nelle istruzioni per l'uso che possano causare o che abbiano causato il decesso o il grave peggioramento delle condizioni di salute di un paziente o di un operatore.

Valutazione risultati e prospettive future

Nel corso del 2025 non sono state rilevate fattispecie riconducibili a incidenti gravi con dispositivi medici tali da richiedere la segnalazione al Ministero della Salute ai sensi del Regolamento (UE) 2017/745. Non sono emersi eventi avversi, quasi eventi (near miss) o altre criticità correlate all'utilizzo dei dispositivi medici che abbiano comportato un rischio significativo per la sicurezza dei pazienti o degli operatori.

Le attività di monitoraggio effettuate hanno confermato l'assenza di criticità significative e la sostanziale adeguatezza del sistema di controllo adottato dalla struttura.

In un'ottica di miglioramento continuo e di consolidamento del sistema di gestione del rischio clinico, il PCM provvederà nel corso del prossimo anno alla formalizzazione delle modalità operative di dispositivo vigilanza mediante l'adozione di specifiche procedure aziendali, finalizzate a disciplinare in modo strutturato le attività di segnalazione, monitoraggio, gestione e tracciabilità degli eventi correlati ai dispositivi medici. Saranno inoltre promosse attività di informazione e formazione rivolte agli operatori coinvolti, al fine di rafforzare ulteriormente la cultura della sicurezza e la capacità di individuazione precoce delle potenziali criticità.

FARMACOVIGILANZA

Letteratura/Normativa di riferimento

- Regolamento UE 1235/2010
- Direttiva 2010/84/UE
- 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

- 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
- 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.

Descrizione strumento/flusso informativo

La farmacovigilanza comprende l'insieme delle attività finalizzate all'identificazione, valutazione, comprensione e prevenzione degli effetti avversi o di qualsiasi altro problema correlato all'utilizzo dei medicinali, con l'obiettivo di garantire il miglior rapporto beneficio/rischio per i pazienti.

Gli obiettivi principali della farmacovigilanza sono:

- prevenire i danni derivanti da reazioni avverse, errori terapeutici, esposizioni professionali, utilizzi non conformi o uso improprio dei medicinali;
- promuovere l'impiego appropriato, sicuro ed efficace dei farmaci;
- favorire la tempestiva individuazione di eventuali criticità correlate alla gestione del farmaco.

La Direzione Sanitaria del PCM monitora le comunicazioni provenienti dalle Autorità competenti e dagli organismi istituzionali preposti, con particolare riferimento alle segnalazioni di farmaci oggetto di ritiro, sospensione o altre misure di sicurezza. Le attività di controllo della corretta gestione dei farmaci costituiscono parte integrante del sistema aziendale di gestione del rischio clinico.

Valutazione risultati e prospettive future

Nel corso del 2025 non sono state rilevate reazioni avverse significative, errori terapeutici, eventi avversi o situazioni classificabili come near miss correlate alla prescrizione, preparazione, somministrazione o gestione dei medicinali.

Le attività di monitoraggio hanno riguardato le principali fasi del processo di gestione del farmaco, con particolare attenzione agli aspetti di approvvigionamento, conservazione, tracciabilità, controllo delle scadenze e corretta somministrazione, senza evidenziare criticità tali da determinare rischi per la sicurezza dei pazienti.

In un'ottica di miglioramento continuo e di progressivo consolidamento del sistema di gestione del rischio clinico, il PCM provvederà alla formalizzazione delle attività di farmacovigilanza mediante l'adozione di specifiche procedure aziendali che disciplinino le modalità di monitoraggio, segnalazione e gestione delle eventuali criticità correlate all'utilizzo dei medicinali. Saranno inoltre promosse attività di informazione e sensibilizzazione del personale finalizzate a rafforzare la cultura della sicurezza e la prevenzione del rischio farmacologico.

MONITORAGGIO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

Definizione

Le **Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)** si definiscono come infezioni dovute a batteri, funghi, virus o altri agenti patogeni meno comuni, contratte durante l'assistenza sanitaria, che possono verificarsi in qualsiasi contesto assistenziale (ospedali, ambulatori di chirurgia, centri di dialisi, lungodegenze, assistenza domiciliare, strutture residenziali territoriali) e che al momento dell'ingresso nella struttura o prima dell'erogazione dell'assistenza non erano manifeste clinicamente, né erano in incubazione.

Letteratura/Normativa di riferimento

- ASSR Regione Emilia Romagna

Descrizione strumento/flusso informativo

Il PCM – Poliambulatorio Chirurgico Modenese adotta misure organizzative e operative finalizzate alla prevenzione e al controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), con particolare riferimento alle attività ambulatoriali e chirurgiche svolte presso la struttura.

Le attività di prevenzione del rischio infettivo riguardano principalmente:

- gli ambienti sanitari;
- la qualità dell'aria negli spazi assistenziali;
- le attrezzature e lo strumentario chirurgico;
- il personale sanitario e di supporto;
- i pazienti assistiti.

Le attività di monitoraggio e controllo costituiscono parte integrante del sistema di gestione del rischio clinico e sono finalizzate all'individuazione precoce di eventuali criticità che possano incidere sulla sicurezza delle cure.

Valutazione risultati e prospettive future

Nel corso del 2025 non sono stati rilevati casi di infezioni correlate all'assistenza riconducibili a criticità organizzative o assistenziali della struttura. Non sono emersi eventi avversi, eventi sentinella o situazioni classificabili come near miss correlati al rischio infettivo.

Le attività di verifica effettuate hanno confermato l'efficacia delle misure organizzative e delle prassi operative adottate per la prevenzione e il controllo delle infezioni.

PREVENZIONE LEGIONELLOSI

Letteratura/Normativa di riferimento

- Linee guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi - Conferenza Stato regioni - 7 maggio 2015
- Linee Guida della Regione Emilia Romagna (DGR n°1115 del 21/07/08) -Documento "Valutazione del Rischio di esposizione a Legionella e relativo piano di gestione del rischio" del dicembre 2018
- Linee Guida del Ministero della Sanità "Documento di Linee Guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi" del 4 aprile 2000
- Linee Guida Europee dell'EWGLI "European Guidelines for Control and Prevention of Travel Associated Legionnaires' Disease" del luglio 2002

Descrizione strumento/flusso informativo

La legionellosi comprende tutte le forme morbose causate da batteri del genere Legionella e può manifestarsi sia in forma di polmonite sia in forma febbrile extrapolmonare. La trasmissione avviene prevalentemente per inalazione, aspirazione o microaspirazione di aerosol contaminato.

La prevenzione del rischio legionellosi costituisce un importante ambito della gestione del rischio sanitario e richiede l'adozione di misure di monitoraggio e controllo degli impianti idrici e tecnologici, nonché la valutazione periodica delle condizioni che potrebbero favorire la proliferazione del batterio.

Valutazione risultati e prospettive future

Nel corso del 2025 non sono stati segnalati casi di legionellosi associabili alle attività svolte presso il PCM né sono emerse situazioni classificabili come eventi avversi o near miss correlati a tale rischio.

La struttura effettua periodicamente attività di monitoraggio ambientale e controlli sugli impianti, compresi campionamenti microbiologici finalizzati alla ricerca di Legionella. Gli esiti delle verifiche effettuate non hanno evidenziato criticità né positività tali da richiedere interventi straordinari.

CONTROLLO CARTELLE CLINICHE

La revisione della documentazione clinica rappresenta uno strumento fondamentale per il monitoraggio della qualità e della sicurezza delle cure, consentendo una verifica retrospettiva dei processi assistenziali e l'individuazione di eventuali criticità organizzative, documentali o cliniche.

Attraverso il controllo della documentazione sanitaria è possibile verificare la completezza, la correttezza e la tracciabilità delle informazioni cliniche, diagnostiche e terapeutiche, nonché l'aderenza agli standard professionali e organizzativi adottati dalla struttura.

Nel corso del 2025 la documentazione clinica è stata sottoposta a verifiche periodiche da parte della Direzione Sanitaria, con particolare attenzione alla completezza delle registrazioni, alla corretta acquisizione del consenso informato, alla congruità dei percorsi assistenziali e alla tracciabilità delle attività svolte.

Valutazione risultati e prospettive future

Le verifiche effettuate non hanno evidenziato eventi avversi, eventi sentinella o situazioni classificabili come near miss riconducibili alla gestione della documentazione clinica. La documentazione esaminata è risultata sostanzialmente conforme agli standard organizzativi e professionali adottati dalla struttura.

L'attività di revisione ha tuttavia consentito di individuare alcune opportunità di miglioramento relative alla standardizzazione delle modalità di compilazione e archiviazione documentale, rispetto alle quali saranno progressivamente sviluppate specifiche azioni organizzative.

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Tiziana Paglia

