

Aggiornamento  
31/12/2020



P E D E R Z O L I

**MODELLO ORGANIZZATIVO PER LA  
GESTIONE DELLA SICUREZZA DEL PAZIENTE**

RELAZIONE ANNUALE  
GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO  
E DEGLI EVENTI AVVERSI  
2020



P E D E R Z O L I

## **Indice**

PREMESSA .....	2
UN SISTEMA INTEGRATO .....	2
STRUMENTI E AZIONI PRINCIPALI .....	3
REPORTISTICA .....	3
IL SISTEMA DI SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI: REPORT ANNO 2020.....	4
AUDIT E PIANI DI MIGLIORAMENTO (PERIODO 01/01/2020 – 31/12/2020) .....	8
REPORT QUALITATIVO - AZIONI DI MIGLIORAMENTO ANNO 2020 .....	9
VALUTAZIONE E GESTIONE DEI SINISTRI.....	10
TABELLA RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO, RIFERITI AD EVENTI E RICHIESTE RISARCITORIE RELATIVE AL PERIODO DAL 1998 AL 2019 .....	11
UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO – RELAZIONE 2020 .....	12
NORME DI RIFERIMENTO .....	13

1



## **Premessa**

L'“Ospedale P. Pederzoli” – Casa di Cura Privata, rappresenta uno dei principali riferimenti sanitari a livello locale e, grazie ad alcuni settori di eccellenza, anche nel contesto nazionale.

Con la DGR n.614 del 14/05/2019 l'Ospedale P. Pederzoli è stato riconosciuto Ospedale Spoke – Presidio ospedaliero a valenza provinciale di I livello con 327 posti letto accreditati con il SSN. La struttura è centro HUB nelle principali reti cliniche provinciali dell'ICTUS, IMA, Centro Trauma di Zona e Centro Regionale di Chirurgia della Mano e reimpianto dell'arto superiore.

### **Volumi di attività anno 2020:**

- n. ricoveri ..... 18.040
- n. day service chirurgici ..... 4.392
- n. interventi chirurgici ..... 16.920
- n. prestazioni ambulatoriali ..... 910.648
- n. accessi di Pronto Soccorso ..... 34.381

In tale contesto L'“Ospedale P. Pederzoli” si è dotato da tempo di un modello organizzativo per la gestione, il controllo e la riduzione del rischio clinico quale obiettivo strategico.

Il Comitato Esecutivo per la Sicurezza del Paziente (CESP) e un Nucleo Aziendale per la gestione del Rischio Clinico (NARC) e il Comitato Valutazione Sinistri (CVS) sono gli organismi istituzionali che hanno il compito di coordinare tutti i progetti e le azioni di governo del rischio a supporto dei processi assistenziali.

## **Un Sistema integrato**

Il nostro sistema di gestione del rischio clinico è basato sulla collaborazione tra diversi settori e molteplici figure professionali, tra i quali l'Uff. Qualità e Accreditamento, la Direzione Sanitaria, la Farmacia Ospedaliera, il Comitato Infezioni Correlate all'Assistenza, l'Ingegneria Clinica, la Commissione Tecnica Aziendale per i Dispositivi Medici, l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, l'Ufficio Legale, il Controllo di Gestione ed altre strutture che di regola mettono in rete le informazioni necessarie a intercettare le aree e le attività a maggior rischio per le quali è necessario implementare azioni di miglioramento.

L'obiettivo è quello di sviluppare un sistema di garanzia della Qualità clinica e organizzativa “integrato” con il sistema di gestione del rischio clinico. Tale sistema prevede che il miglioramento della pratica clinica e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate, si esplichi tramite la costante verifica dei risultati e il confronto delle performance basato su indicatori validati a livello regionale e nazionale.



### Strumenti e azioni principali.

Per ottenere un efficace sistema di prevenzione e gestione del rischio sanitario l'organizzazione, attraverso le sue articolazioni competenti, utilizza principalmente gli strumenti di seguito riportati.

- a) *Sistema di segnalazione informatizzato (incident reporting)* strumento che consente ai professionisti sanitari di segnalare e descrivere eventi avversi, involontari, anche causati da criticità organizzative latenti. Tali eventi possono determinare un danno al paziente o rappresentare situazioni di rischio, i cosiddetti near miss o "eventi evitati", che hanno la potenzialità di provocare un evento avverso con danno, che però non si verifica per effetto del caso fortuito o perché intercettato da barriere efficaci che ne impediscono il compimento. Scopo principale del sistema di segnalazione volontaria è di sviluppare la cosiddetta "cultura della sicurezza" attraverso la non colpevolizzazione del singolo operatore che sbaglia o che segnala un errore; la raccolta, la catalogazione e l'analisi degli eventi segnalati permette di "imparare dall'esperienza" vissuta nei singoli contesti e processi organizzativi, affinché si possano attivare progetti virtuosi di prevenzione dell'errore a tutti i livelli dell'organizzazione.
- b) *Tecniche di Audit*, ossia incontri tra le persone coinvolte in un evento avverso, durante i quali vengono indagati tutti gli aspetti e i fattori che possono avere causato l'evento stesso, il che consente di individuare progetti di miglioramento da mettere in atto per evitarne il ripetersi.
- c) *Tecniche di analisi proattiva quali FMEA (failure mode and effect analysis) e FMECA (failure mode and critical effect analysis)* per la prevenzione e conseguente riduzione degli errori. Tali tecniche prevedono una mappatura dei processi al fine di individuare e trattare i potenziali rischi, con l'obiettivo di prevenire errori/incidenti prima del loro accadimento.
- d) *Adozione delle raccomandazioni ministeriali* sulla sicurezza del paziente.
- e) *Adozione di un sistema di prevenzione delle lesioni da decubito e delle cadute in ospedale.*
- f) *Formazione specifica* degli operatori sanitari finalizzata a creare consapevolezza e cultura della prevenzione dell'errore, quale pilastro portante delle attività cliniche.
- g) *Implementazione di un sistema di raccolta e analisi delle segnalazioni e reclami* degli utenti da parte dell'URP, quale strumento per il miglioramento dei processi e la semplificazione delle procedure mediante il continuo rapporto dialettico tra comunicazione interna ed esterna.

### Reportistica

- Relazione annuale degli eventi avversi/sinistri e piani di miglioramento.
- Report trimestrale delle segnalazioni eventi avversi, quasi eventi, eventi sentinella.
- Report sorveglianza infezioni correlate alle pratiche assistenziali e delle resistenze agli antibiotici.
- Report microrganismi sentinella.
- Report formazione.
- Report Ufficio Relazione con il Pubblico.



## IL SISTEMA DI SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI: REPORT ANNO 2020

Nella ricerca del miglioramento della sicurezza uno tra gli aspetti più deludenti per i pazienti e per i professionisti è l'apparente incapacità dei sistemi sanitari di imparare dai propri errori. Spesso infatti è carente o manca del tutto un canale di comunicazione tra operatori e organizzazioni sanitarie così che la "gestione" di un evento avverso, se pure adeguata e corretta, non riesce a diventare un modello istruttivo per gli operatori di altre strutture né informativo per i responsabili apicali della struttura stessa. Come conseguenza, gli stessi errori possono verificarsi ripetutamente in contesti diversi, con danni che potrebbero essere invece prevenibili.

Una tra le soluzioni a questi problemi è la segnalazione degli eventi avversi da parte dei medici e degli altri operatori sanitari all'interno delle rispettive organizzazioni e da parte dell'organizzazione sanitaria a un sistema di segnalazione regionale o nazionale.

Alcuni esperti ritengono che un efficace sistema di segnalazione sia la pietra angolare della sicurezza e una misura di progresso dell'organizzazione verso il raggiungimento di una cultura della sicurezza. Come minimo, la segnalazione può identificare i pericoli e i rischi potenziali e fornire informazioni sui punti deboli del sistema sanitario. A loro volta, le organizzazioni sanitarie o gli individui traggono beneficio dal segnalare gli incidenti se ricevono di ritorno informazioni utili, ottenute dall'analisi e dalla generalizzazione di casi simili, avvenuti in altre istituzioni. Analizzando la genesi di un incidente, prendendo in considerazione tutti gli eventi, gli errori e le carenze che lo hanno generato, si rileva che la maggior parte delle cause sono dovute all'uomo, ma solo una piccolissima parte di esse è rappresentata esclusivamente da un "errore umano" e cioè dal comportamento irregolare di un singolo operatore. Nella maggior parte dei casi, infatti, si tratta di una concatenazione di circostanze, errori ed eventi e l'operatore, responsabile dell'errore finale, non è altro che l'ultimo anello di questa catena.

La sicurezza del paziente deriva, pertanto, dalla capacità di progettare e gestire organizzazioni in grado sia di ridurre la probabilità che si verifichino errori (prevenzione) sia di contenere e governare gli effetti degli errori che comunque, inevitabilmente, si verificano (protezione).

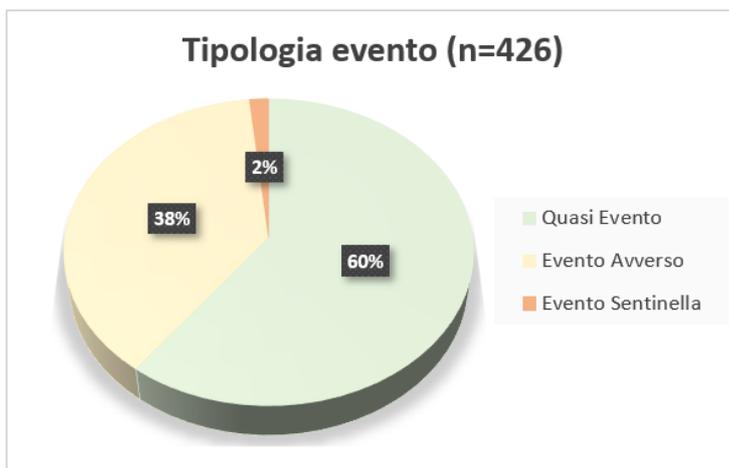


Segnalazioni pervenute tramite il portale intranet aziendale dal 01/01/2020 al 31/12/2020.

Tipologia evento (n=426)

Quasi Evento	Evento Avverso	Evento Sentinella
256	163 (di cui 130 cadute)	7 (di cui 5 cadute)

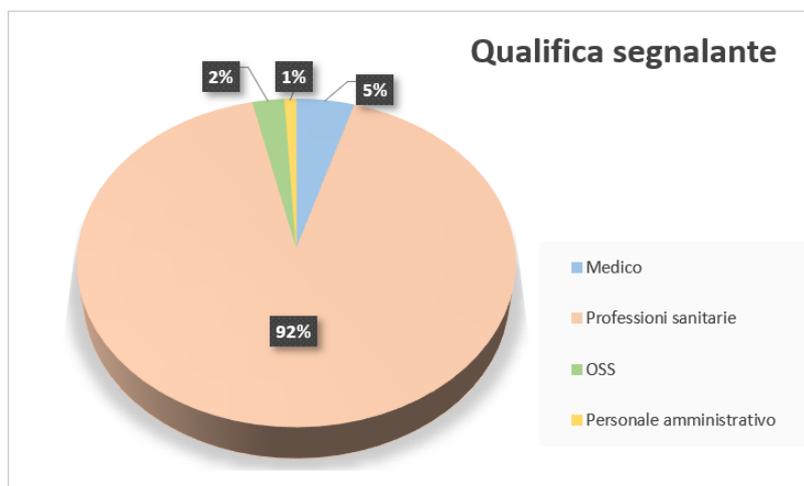
5



Qualifica segnalante.

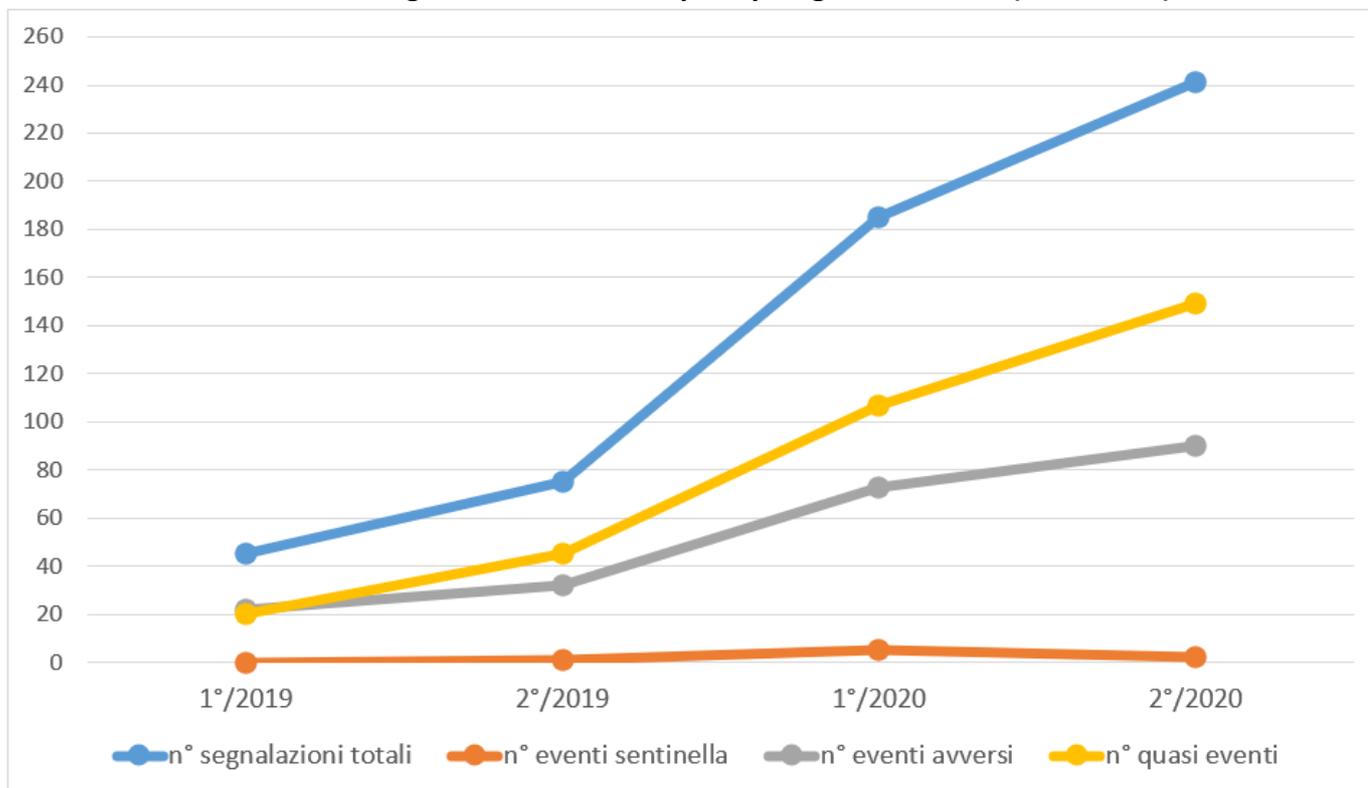
Medico	Professioni sanitarie	OSS	Personale amministrativo
20*	393*	11	4

\* due eventi sono stati segnalati da due diversi professionisti





**Andamento segnalazioni suddivise per tipologia e semestre (2019-2020).**



**Distribuzione segnalazioni suddivise per U.O./Servizio – Tipologia – Qualifica segnalante**

Area	Unità Operativa/Servizio segnalante	Tipologia evento			Qualifica segnalante			
		Quasi Evento	Evento Avverso	Evento Sentinella	Medico	Professioni sanitarie	OSS	Personale amministrativo
DEGENZE INTERNISTICHE	CARDIOLOGIA	9	23 (di cui 19 cadute)	/	1	28	3	/
	NEUROLOGIA	10	24 (cadute)	/	10	22	2	/
	MEDICINA e GERIATRIA	3	25 (di cui 24 cadute)	3 (di cui 2 caduta)	/	31	/	/
	PNEUMOLOGIA	8	16 (di cui 8 cadute)	1 (caduta)	/	24	1	/
	RIABILITAZIONE FUNZIONALE	1	28 (di cui 27 cadute)	/	/	26	3	/
DEGENZE CHIRURGICHE	DIPARTIMENTO CHIRURGICO	20	8 (di cui 6 cadute)	1 (caduta)	3	24	2	/
	ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA	4	5 (di cui 4 cadute)	/	/	9	/	/
	UROLOGIA	1	4 (cadute)	/	1*	5*	/	/
	CHIRURGIA VERTEBRALE	2	2 (cadute)	/	/	4	/	/
	OSTETRICIA e GINECOLOGIA	13	2 (di cui 1 caduta)	/	/	15	/	/
	NIDO e PATOLOGIA NEONATALE	1	/	/	/	1	/	/
	DAY HOSPITAL, DAY SURGERY, WEEK SURGERY	28	5 (di cui 1 caduta)	1 (caduta)	/	33	/	1
EMERGENZA	TERAPIA INTENSIVA	24	/	/	1	23	/	/
	PRONTO SOCCORSO	41	7 (di cui 3 cadute)	1	2*	48*	/	/



DEGENZE DOZZINANTI		3	3 (cadute)	/	/	6	/	/
BLOCCO OPERATORIO	SALA OPERATORIA	46	7 (di cui 2 cadute)	/	/	53	/	/
	CENTRALE DI STERILIZZAZIONE	1	/	/	/	1	/	/
DAY HOSPITAL, SERVIZI, AMBULATORIALE	FISIOTERAPIA	/	1 (caduta)	/	/	1	/	/
	ONCOLOGIA	/	1 (caduta)	/	/	1	/	/
	EMODINAMICA	3	1	/	/	4	/	/
	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	1	/	/	1	/	/	/
	OCULISTICA	/	1	/	/	1	/	/
	LABORATORIO ANALISI	19	/	/	/	19	/	/
	ANATOMIA PATOLOGICA	15	/	/	1	14	/	/
	ONCOLOGIA TORACICA	/	/	/	/	/	/	/
	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	/	/	/	/	/	/	/
	BREAST UNIT	/	/	/	/	/	/	/
	CENTRO ANTIDIABETICO	/	/	/	/	/	/	/
	ORL	/	/	/	/	/	/	/
	DERMATOLOGIA	/	/	/	/	/	/	/
REUMATOLOGIA	/	/	/	/	/	/	/	
MEDICINA DELLO SPORT	/	/	/	/	/	/	/	
SISTEMI INFORMATIVI		3	/	/	/	/	/	3
<b>Totale</b>		<b>256</b>	<b>163 (di cui 130 cadute)</b>	<b>7 (di cui 5 cadute)</b>	<b>20*</b>	<b>393*</b>	<b>11</b>	<b>4</b>

\* il medesimo evento è stato segnalato da due diversi professionisti

### Tipologia di eventi / quasi eventi segnalati

Tipologia evento / quasi evento	Quasi Evento	Evento Avverso	Evento Sentinella
caduta	2	130	5
inadeguata prescrizione/somministrazione farmaco	12	8	/
ritardo procedura chirurgica	17	5	/
inadeguata prestazione assistenziale	24	4	/
inesattezza dati paziente/lato/sede	90	3	/
malfunzionamento/malposizionamento di dispositivi/apparati	22	3	/
altro	27	2	/
ritardo procedura diagnostica	21	2	/
inadeguata procedura chirurgica	3	2	/
ritardo prestazione assistenziale	5	1	/
omissione per mancata prescrizione/somministrazione farmaco	3	1	/
aggressione	1	1	1
lesione da inadeguata postura/decubito	/	1	/
evento collegato a somministrazione sangue	11	/	/
ritardo procedura terapeutica	9	/	/
omissione per mancata procedura diagnostica	5	/	/
inadeguata procedura terapeutica	2	/	/
ritardo prescrizione/somministrazione farmaco	1	/	/
infezione	1	/	/
errata procedura su paziente corretto	/	/	1
<b>Totale</b>	<b>256</b>	<b>163</b>	<b>7</b>

**AUDIT E PIANI DI MIGLIORAMENTO (periodo 01/01/2020 – 31/12/2020)**

In relazione alla tipologia e alla casistica degli eventi avversi segnalati sono state definite e attuate le seguenti azioni di miglioramento:

- Creazione di corsi di formazione specifici diretti a tutti gli operatori sanitari per aumentare la cultura della sicurezza delle cure;
- Revisione delle procedure aziendali alla luce delle nuove normative regionali e delle nuove disposizioni di legge in merito alle raccomandazioni ministeriali;
- Implementazione di sistemi informatici per migliorare la tracciabilità e la presa in carico sicura del paziente durante tutto il suo percorso di cura;
- Trasformazione del sistema di segnalazione degli eventi avversi da cartaceo a informatizzato con la possibilità di tracciare audit, piani di miglioramento e risultati.
- Diffusione di report sulle segnalazioni degli eventi avversi e degli audit da parte delle U.O. e dei servizi per sensibilizzare tutto il personale nei confronti dell'importanza della segnalazione degli eventi avversi o dei quasi eventi;
- Analisi delle criticità organizzative interne delle U.O. e dei servizi rispetto all'aderenza/scostamenti dei protocolli e procedure interne aziendali.
- Osservazione e monitoraggio continuo degli indicatori definiti a livello aziendale o regionale.

N°	Tipologia evento analizzato	Evento scatenante	U.O. / Servizio coinvolto
1	Ritardo procedura chirurgica	Quasi Evento	Sala Operatoria
2	Caduta	Evento Sentinella	Pneumologia
3	Omissione per mancata prescrizione/somministrazione farmaco	Evento Avverso	Pneumologia
4	Aggressione	Evento Sentinella	Pronto Soccorso
5	Ritardo prestazione assistenziale	Quasi Evento	Emodinamica
6	Inesattezza di dati paziente/lato/sede	Quasi Evento	Anatomia Patologica
7	Malfunzionamento/ <u>Malposizionamento</u> dispositivi/apparati	Quasi Evento	Anatomia Patologica
8	Ritardo procedura diagnostica	/	Anatomia Patologica
9	Ritardo procedura diagnostica	Quasi Evento	Chirurgia Pancreatica
10	Altro: modello organizzativo/assistenziale	/	Ortopedia
11	Inadeguata prescrizione/somministrazione farmaco	Evento Avverso	Pneumologia
12	Ritardo procedura diagnostica	Quasi Evento	Neurologia
13	Malfunzionamento/ <u>Malposizionamento</u> dispositivi/apparati	Evento Avverso	Oculistica
14	Omissione per mancata procedura chirurgica	Evento Avverso	Chirurgia della Mano / Week Surgery / Sala Operatoria
15	Ritardo procedura terapeutica	Quasi Evento	Endoscopia Digestiva
16	Malfunzionamento/ <u>Malposizionamento</u> dispositivi/apparati	Quasi Evento	Cardiologia
17	Altro: Rielaborazione dati clinici	/	Emodinamica
18	Altro: comportamento degli operatori	Quasi Evento	Ostetricia e Ginecologia
19	Malfunzionamento/ <u>Malposizionamento</u> dispositivi/apparati	Quasi Evento	Pneumologia
20	Ritardo prestazione assistenziale	Quasi Evento	Emodinamica
21	Errata procedura su paziente corretto	Evento Sentinella	Medicina / Diagnostica per Immagini / Sala Operatoria

**Report qualitativo - Azioni di Miglioramento anno 2020.**

INDICATORE	RESPONSABILI COINVOLTI	Dato 2020	Dato atteso 2021
N. eventi avversi (incluse cadute) e eventi evitati / totali ricoveri	- Personale di ogni UO - Uff. Qualità - Direzione Sanitaria	426/22.989 1.85%	<5.17% (incidenza media complessiva di eventi avversi in Italia, <i>Tartaglia 2012</i> )
N. audit effettuati per valutare le cause* che hanno generato eventi avversi ed eventi evitati / totale segnalazioni	- Personale di ogni UO - Uff. Qualità - Direzione Sanitaria	21/426 4.93%	?
N. azioni di miglioramento* attivate a seguito di segnalazioni di eventi avversi ed eventi evitati / totale segnalazioni	- Personale di ogni UO - Uff. Qualità - Direzione Sanitaria	21/426 4.93%	?

\*Il dettaglio dei dati riferiti all'anno 2020 è riportato nella seguente tabella.

TIPOLOGIA DI EVENTI AVVERSI / EVENTI EVITATI ANALIZZATI	CAUSE IDENTIFICATE	AMBITI DI INTERVENTO DELLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO	MONITORAGGIO EFFICACIA
<b>Ritardo procedura diagnostica / assistenziale / terapeutica / chirurgica (N. 7)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inadeguata comunicazione</li> <li>Inadeguata documentazione clinica</li> <li>Insuccesso nel far rispettare protocolli / procedure</li> <li>Inadeguate attrezzature</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Confronto costante tra i professionisti del team multidisciplinare</li> <li>Verifica sistematica dell'applicazione dei protocolli / procedure</li> <li>Approvvigionamento / adeguamento attrezzature</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verifica dell'attivazione delle azioni di miglioramento</li> <li>Monitoraggio degli eventi avversi / eventi evitati specifici</li> </ul>
<b>Malfunzionamento/Malposizionamento dispositivi/apparati (N. 4)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mancata verifica preventiva apparecchiature</li> <li>Mancanza/inadeguatezza materiale di consumo</li> <li>Insuccesso nel far rispettare protocolli / procedure</li> <li>Insufficiente addestramento/inserimento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manutenzione periodica delle apparecchiature e dei dispositivi</li> <li>Elaborazione/aggiornamento procedure specifiche</li> <li>Condivisione delle procedure con i destinatari</li> <li>Formazione del personale circa l'utilizzo del dispositivo/apparecchiatura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verifica dell'attivazione delle azioni di miglioramento</li> <li>Monitoraggio degli eventi avversi / eventi evitati specifici</li> </ul>
<b>Prescrizione / somministrazione di farmaci (N. 2)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inadeguata comunicazione</li> <li>Inadeguate conoscenze/formazione; inesperienza</li> <li>Insuccesso nel far rispettare protocolli / procedure</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Potenziamento del passaggio di informazioni tra i professionisti attraverso momenti dedicati (briefing, debriefing)</li> <li>Verifica sistematica dell'applicazione dei protocolli / procedure</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verifica dell'attivazione delle azioni di miglioramento</li> <li>Monitoraggio degli eventi avversi / eventi evitati specifici</li> </ul>

<b>Identificazione paziente (N. 2)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inadeguata comunicazione</li> <li>Mancata/inesatta lettura documentazione/etichetta</li> <li>Insuccesso nel far rispettare protocolli / procedure</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inserimento di un sistema di tracciabilità informatico</li> <li>Verifica dell'applicazione della procedura generale "Percorso del paziente chirurgico"</li> <li>Implementazione del software informatico peri-operatorio per tutte le specialità chirurgiche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verifica dell'attivazione delle azioni di miglioramento</li> <li>Monitoraggio degli eventi avversi / eventi evitati specifici</li> </ul>
--	---	--	---

<b>Cadute (N. 135)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fattori ambientali</li> <li>Fattori legati al paziente</li> <li>Inadeguata comunicazione tra operatori sanitari/pazienti/caregiver (inadeguato coinvolgimento del paziente/caregiver nel processo di cura)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analisi dei fattori di rischio ambientali</li> <li>Revisione e distribuzione opuscoli informativi per pazienti e familiari</li> <li>Revisione procedura aziendale con conseguente adozione di uno strumento di valutazione del rischio di caduta maggiormente sensibile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verifica diffusione opuscoli nelle UU.OO.</li> <li>Verifica implementazione procedura</li> <li>Monitoraggio degli eventi avversi specifici</li> </ul>
------------------------	--	---	--



### **Valutazione e gestione dei sinistri.**

Al fine di garantire la sicurezza delle cure, nell'ambito delle attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione delle prestazioni sanitarie ed all'utilizzo delle risorse strutturali, tecnologiche ed organizzative, opera un Comitato Valutazione Sinistri (CVS) il quale si occupa di esaminare le richieste di risarcimento provenienti dai pazienti trattati, quali esse siano: lettera stragiudiziale, atto di citazione in giudizio, ricorso per accertamento tecnico preventivo ex art. 696 bis c.p.c., denuncia penale o atto assimilato.

Il Comitato si compone di consulenti medico legali, di un avvocato e del risk manager aziendale o di un suo delegato ed elabora l'istruttoria volta alla conoscenza approfondita del caso, anche mediante il coinvolgimento delle figure sanitarie interessate. Ciò al fine ultimo di assumere una posizione globale nella gestione delle trattative con la controparte: dette trattative sfociano usualmente nell'elaborazione di una proposta di indennizzo ovvero di indicazioni tecnico-organizzative per assumere una difesa in ambito civile o penale.



<b>Tabella risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, riferiti ad eventi e richieste risarcitorie relative al periodo dal 1998 al 2019</b>				
ANNO LIQUIDAZIONE DEI RISARCIMENTI	N° RISARCIMENTI LIQUIDATI	IMPORTO DEI RISARCIMENTI/ANNO	ANNO DI ACCADIMENTO DEI SINISTRI LIQUIDATI	
2016	21	402.761	Quinquennio 1998-2002	
			Quinquennio 2003-2007	
			Quinquennio 2008-2012	8
			2013	3
			2014	3
			2015	4
			2016	3
2017	15	313.598	Quinquennio 1998-2002	1
			Quinquennio 2003-2007	
			Quinquennio 2008-2012	5
			2013	1
			2014	2
			2015	4
			2016	1
2017	1			
2018	18	924.511	Quinquennio 1998-2002	
			Quinquennio 2003-2007	
			Quinquennio 2008-2012	6
			2013	2
			2014	3
			2015	1
			2016	2
			2017	3
2018	1			
2019	14	1.217.287	Quinquennio 1998-2002	
			Quinquennio 2003-2007	
			Quinquennio 2008-2012	5
			2013	2
			2014	
			2015	
			2016	3
			2017	3
2018	1			
2020	16	1.396.072	Quinquennio 2003-2007	
			Quinquennio 2008-2012	3
			2013	
			2014	3
			2015	2
2016	3			



			2017	1
			2018	3
			2019	1

### Ufficio Relazioni con il Pubblico – RELAZIONE ANNO 2020

Nel corso dell'anno 2020 l'Ufficio Relazioni al Pubblico ha svolto le seguenti attività:

- illustrare e favorire la conoscenza dei percorsi di vario genere (prenotazioni, disdette, richieste copie cartelle cliniche, accesso al ricovero etc.), al fine di facilitarne l'applicazione
- favorire l'accesso ai servizi dell'Ospedale, promuovendone la conoscenza
- stimolare processi interni di semplificazione delle procedure mediante il continuo rapporto dialettico tra comunicazione interna ed esterna

Oltre alle consuete attività di ascolto attivo dell'utenza, di promozione ed illustrazione dei vari percorsi, l'URP è stato particolarmente attivo nel dare informazioni, consigli sulle procedure da seguire durante la pandemia e ha favorito la comunicazione tra i vari reparti dell'ospedale e l'utenza.

L'ufficio ha lavorato per garantire informazioni corrette e aggiornate circa le modalità di accesso all'ospedale, i protocolli da seguire, la possibilità di prenotare ed eseguire visite, esami, e/o ricoveri.

Inoltre, è stato di supporto ai vari reparti di degenza per agevolare la comunicazione tra i reparti e i familiari dei degenti in questo momento particolare.

#### GESTIONE DELLE SEGNALAZIONI / RECLAMI / SUGGERIMENTI

Tutte le segnalazioni, suggerimenti e reclami ricevuti sono stati letti e presi in carico in un primo momento dall'URP e indirizzati alle Direzioni di pertinenza. Una buona parte delle segnalazioni sono state risolte direttamente dell'URP.

Si evidenzia che la maggior parte dei contatti, siano essi telefonici o scritti, non sono volti a segnalare un problema o disservizio, ma sono una richiesta di informazioni o di aiuto nel capire come muoversi, quale iter seguire per raggiungere l'obiettivo.

In molti casi L'URP è stato di supporto all'utenza nella gestione dei nuovi servizi online, fungendo da consulenti e assistenti tecnici.

A causa del momento storico particolare vissuto in questo anno è stata riscontrata una crescente richiesta

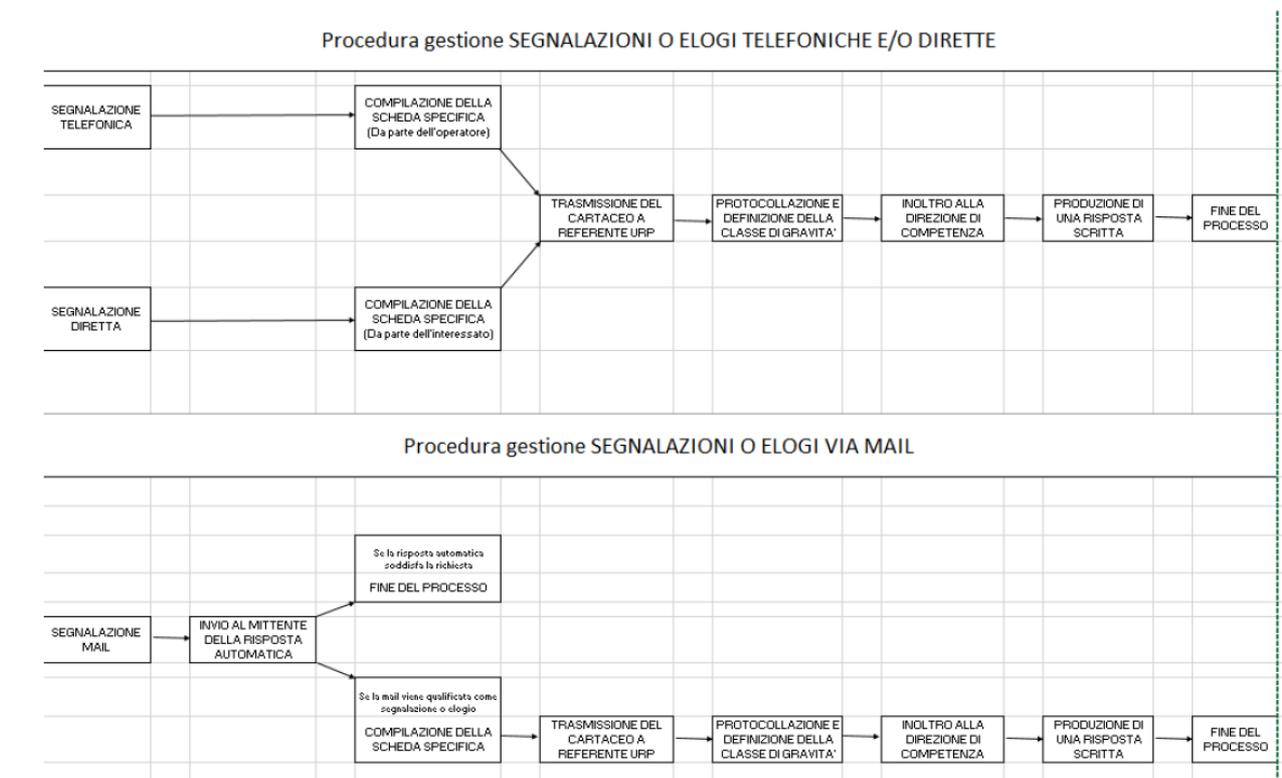
#### OBIETTIVI 2021

Gli obiettivi per l'anno 2021 sono i seguenti:

- Implementare il numero di informazioni sui canali online, semplificando e rendendo più user friendly la consultazione del sito
- Promuovere l'utilizzo dei nuovi servizi web (prenotazione delle prestazioni sanitarie, ritiro dei referti)
- Fornire un servizio di assistenza telefonica rivolto ai pazienti più fragili in tutti i servizi dell'ospedale



## DIAGRAMMA PER LA GESTIONE DELLE SEGNALAZIONI



### Norme di riferimento

Di seguito si elencano le principali norme che sono alla base del nostro sistema di sicurezza delle cure e di miglioramento dei processi clinico-organizzativi:

- DGR n. 1732 del 07 novembre 2017 “Adozione della guida all'applicazione dei requisiti generali di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale di cui alla DGR n. 2266 del 30 dicembre 2016. L.R. 22 del 16 agosto 2002”.
- DGR n. 2266 del 30 dicembre 2016 Recepimento e applicazione dell'allegato sub A dell'Intesa Stato-Regioni del 19.2.2015 (rep. n.32/CSR) in parziale sostituzione della DGR n. 2501 del 6 agosto 2004. Legge Regionale n. 22 del 16 agosto 2002.
- Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”.
- Indicatori de Programma Nazionale Valutazione Esiti (PNE).
- Obiettivi Internazionali per la Sicurezza del Paziente (IPSG) di Joint Commission International.
- DGR n. 2255 del 30 dicembre 2016 “Semplificazione e riorganizzazione del modello organizzativo per la gestione della sicurezza del paziente e il contenimento del contenzioso nel Sistema Socio Sanitario del Veneto - approvazione del programma delle attività”.



P E D E R Z O L I

- Legge n. 24/2017 (cd. Legge Gelli-Bianco), “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”