

# **PIANO PROGRAMMA SICUREZZA DELLE CURE 2023**

**Approvato dalla Direzione nella seduta del 07.02.2023**

## RIFERIMENTI NORMATIVI

### 1.1 Principali riferimenti normativi nazionali

- Decreto del Ministero della Salute del 10 gennaio 2007 di Istituzione del Sistema Nazionale di Riferimento per la Sicurezza dei Pazienti;
- Intesa del 20 marzo 2008 -ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 Giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure;
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, e successive disposizioni integrative e correttive apportate dal decreto legislativo 3 agosto 2009, n. 106, e dall'art. 39 della legge 7 luglio 2009, n. 88;
- Decreto 11 dicembre 2009: "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in Sanità";
- Conferenza Stato-Regioni del 20/12/2012: Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul documento recante "Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento, in attuazione dell'articolo 7, comma 1, del nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012", recepita dalla Regione Emilia con DGR 884 del 2 luglio del 2013, che prevede tra i requisiti (6° criterio: Appropriately Clinica e Sicurezza) l'esistenza di un piano aziendale per la gestione del rischio, orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente, che comprenda anche la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza, e contempli ruoli, responsabilità, risorse impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione;
- Ministero della salute – Decreto 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";
- Ministero della Salute - Decreto 2 novembre 2015 "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti";
- L. 28/12/2015, n. 208 (c.d. 'Legge di stabilità 2016') che all'art. 538 qualifica la gestione del rischio sanitario interesse primario del SSN e all'art. 539 prevede che tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management), elencandone i compiti in: audit o altri metodi per lo studio delle criticità più frequenti, segnalazione anonima del quasi-errore e analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari; rilevazione del rischio di inappropriately nei PDTA e facilitazione dell'emersione di eventuali attività di medicina difensiva attiva e passiva; sensibilizzazione e formazione continua del personale; assistenza tecnica agli uffici legali della struttura sanitaria per la gestione del contenzioso;
- Legge 8 marzo 2017, n. 24 (c.d. "Legge Gelli") "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie";
- Legge 22 dicembre 2017, n. 219 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento".

### 1.2 Principali riferimenti normativi regionali

- DRG n. 86 del 30/1/2006 - "Direttiva alle Aziende Sanitarie per l'adozione dell'Atto Aziendale",

che inquadra la gestione del rischio come componente essenziale del governo clinico da esercitare mediante integrazione delle sue numerose componenti e che prevede che la direzione ed il coordinamento del sistema aziendale per la gestione del rischio siano affidate al Direttore Sanitario, essendo il Collegio di Direzione l'organo di governo ed i Dipartimenti la principale sede operativa e di gestione delle attività di risk management;

- Delibera di Giunta Regionale 602/09: richiesta alle organizzazioni sanitarie di formulare il Piano-Programma aziendale di gestione del rischio sotto la responsabilità della direzione sanitaria aziendale, previa definizione e coinvolgimento di tutte le funzioni coinvolte, al fine di garantire un approccio multidimensionale alla complessità del sistema pur all'interno di una visione unitaria;
- Delibera di Giunta regionale n. 1706 del 9/11/2009 integrata dalla delibera di Giunta regionale n. 2108 del 21/12/2009, che sostituisce integralmente l'allegato 1: "Individuazione di aree di miglioramento della qualità delle cure e integrazione delle politiche assicurative e di gestione del rischio";
- DGR 1544/2010: fa riferimento all'adozione del registro dei pericoli e mappatura delle prevalenti criticità aziendali come premessa alla stesura del Piano-Programma ed alla stesura del report annuale relativo agli obiettivi di miglioramento della sicurezza definiti nel programma dell'anno precedente;
- La DGR 732/2011 chiedeva di utilizzare in modo integrato le banche dati per la mappatura dei pericoli/rischi, come base per la stesura del Piano-Programma aziendale e di redigere un report sulle azioni effettuate e i risultati raggiunti in tema di gestione del rischio;
- Delibera R.E.R. n. 1349 del 17/09/2012 "Approvazione del progetto di Legge Regionale recante: Norme per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli enti del Servizio Sanitario Regionale";
- Delibera R.E.R. n. 1350 del 17/09/2012 di approvazione del "Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile nelle Aziende Sanitarie", che indica alle Aziende la necessità di assicurare azioni organizzative coerenti con le principali delibere regionali in materia (DGR 86/2006, DGR 1706/2009, ecc.) e di garantire l'organizzazione integrata delle diverse componenti della gestione del rischio, prevedendo il ruolo del Collegio di Direzione nel governo delle funzioni e nei Dipartimenti l'allocazione operativa della prevenzione e della gestione del rischio;
- Legge Regionale n. 13 del 7/11/2012, "Norme per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli enti del Servizio Sanitario Regionale";
- Delibera di Giunta regionale n. 1905 del 10.12.2012 "Prime misure attuative per l'avvio del nuovo sistema per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli enti del servizio sanitario regionale: istituzione del nucleo regionale di valutazione e individuazione delle aziende sanitarie sperimentatrici";
- Determinazione n. 2416 del 15/03/2013: "Approvazione delle indicazioni operative per la gestione diretta dei sinistri nelle Aziende Sanitarie sperimentatrici";
- Delibera di Giunta regionale n. 318 del 25/03/2013 "Linee di indirizzo alle Aziende per la gestione del rischio infettivo: infezioni correlate all'assistenza e uso responsabile di antibiotici";
- DGR 217/2014 del 24/2/2014 - Linee di programmazione e finanziamento delle aziende del SSR per l'anno 2014 - Sicurezza delle cure, che ribadiscono la necessità per le Aziende Sanitarie di dotarsi di un piano-programma per la sicurezza delle cure, che preveda una organizzazione aziendale per la gestione diretta dei sinistri e assicuri l'integrazione del governo del rischio infettivo in ambito assistenziale con le attività aziendali di gestione del rischio clinico;
- DGR 13 luglio 2015, n. 901 "Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli

Enti del Servizio Sanitario regionale per l'anno 2015 – Allegato A;

- DGR 1003/16 del 28/6/2016 “Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale per l’anno 2016”;
- DGR 1943/17 “Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell’accreditamento delle strutture sanitarie”;
- DGR 977/19 “Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale per l’anno 2019”;
- DGR 2339/19 “Prime indicazioni sulla programmazione 2020 per le aziende del servizio sanitario regionale”;
- DGR 2050/2019 “DGR Indicazioni alle Aziende Sanitarie per garantire la sicurezza del parto con taglio cesareo e la continuità delle cure tra ospedale e territorio a madre e bambino”.

## 2. 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**”, ha stabilito che la sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell’interesse dell’individuo e della collettività, anche attraverso l’insieme delle attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all’erogazione di prestazioni sanitarie.

Da molti anni sono state avviate, a livello sia nazionale che regionale, iniziative mirate alla promozione di un approccio sistemico alla sicurezza dei pazienti e delle cure. A livello nazionale, ad esempio, il Ministero della Salute è da tempo impegnato a definire e diffondere specifiche raccomandazioni mirate alla prevenzione dei principali e/o più gravi errori in cui gli operatori possono incorrere durante la loro attività; più di recente importanti provvedimenti legislativi, avendo definito la sicurezza delle cure come parte costitutiva del diritto alla salute, rimarcano la necessità che in tutte le strutture sanitarie sia attivata un’adeguata funzione di Risk management.

La Regione Emilia-Romagna è da molti anni impegnata a promuovere la sicurezza nelle strutture sanitarie a prevenire, evitare o mitigare i potenziali esiti indesiderati e danni che sono sempre possibili nei processi assistenziali. Ciò mediante attività di analisi, valutazione e prevenzione dei rischi, applicazione e monitoraggio di buone pratiche per la sicurezza, gestione di eventi avversi e predisposizione di azioni correttive e di miglioramento.

La sicurezza rappresenta un elemento fondamentale di tutte le prestazioni e di ogni ambito in sanità; per il suo perseguimento è necessario l’impegno di tutti i soggetti interessati e la sinergia di tutte le figure professionali coinvolte nel processo di cura. La sicurezza in sanità si connota infatti come fattore trasversale e richiede lo sviluppo e la condivisione di competenze e conoscenze multiprofessionali che, grazie allo scambio continuo delle informazioni e delle esperienze, producono il miglioramento dell’assistenza.

In effetti, solo una gestione integrata del rischio può portare a cambiamenti nella pratica clinica e promuovere la crescita di una cultura della sicurezza delle cure attenta e vicina sia al paziente che agli operatori: la sicurezza dei pazienti si determina, infatti, non solo come risultato di una pratica clinica e assistenziale efficace, conforme ai migliori standard professionali, ma anche per effetto della sicurezza degli ambienti di lavoro e delle pratiche di protezione adottate per e dagli operatori, di un attento e corretto processo di comunicazione e di relazione con il paziente, di un puntuale governo del contenzioso.

In quest’ottica va inserito il Piano Programma aziendale per la Sicurezza delle Cure e la Gestione del Rischio, che rappresenta l’atto istituzionale attraverso il quale Il Centro Medico Privato Lazzaro Spallanzani Srl esplicita il proprio impegno nell’assicurare la sicurezza dei pazienti e degli operatori.

### 3. Il modello organizzativo

Il Centro Medico Privato Lazzaro Spallanzani s.r.l. ha improntato il proprio modello organizzativo all'utilizzo delle più recenti tecnologie, servendosi degli strumenti (gestionali; sistemi web e applicazioni digitali) maggiormente innovativi e all'avanguardia. A far data dall'anno 2011, inoltre, il Centro Medico ha avviato un progetto ambizioso, denominato REVITA che ha avuto il grande pregio di rendere accessibili i servizi e le prestazioni sanitarie ad un pubblico più ampio e non solo a coloro i quali appartenessero ad una fascia di reddito "medio alta".

Il sistema operativo messo a punto se da un lato, pertanto, ha avuto quale obiettivo principale quello di salvaguardare la sicurezza del paziente attraverso il miglioramento continuo dei servizi erogati e l'ottimale utilizzo delle risorse, dall'altro ha permesso di abbattere le liste d'attese e di erogare prestazioni sanitarie a costi contenuti.

In questa ottica, la direzione del Centro Medico, assumendo il cliente finale (il paziente) come punto di riferimento e la risposta ai suoi bisogni di salute quale finalità specifica dell'Azienda, ha ritenuto opportuno, soprattutto per le prestazioni non coperte totalmente o in modo adeguato dal SSN (odontoiatria, psicoterapia, fisioterapia, medicina e chirurgia estetica, ecc..) favorirne l'offerta a prezzi vantaggiosi e adeguare costantemente la propria struttura ai più elevati standard di qualità organizzativa (efficienza), qualità tecnica (efficacia) e qualità percepita (soddisfazione dell'utente).

In riferimento a quest'ultimo aspetto, nel rispetto della Legge cogente, delle normative di settore e delle altre prescrizioni regolamentari applicabili, ha inteso adottare un modello organizzativo volto a prevenire e scongiurare gli eventi avversi, prevedibili e prevenibili, o near miss che in qualche modo potessero inficiare la qualità e la sicurezza delle prestazioni erogate e dar adito a possibili ed ipotetici reclami e/o contenziosi.

A supporto dell'area direzionale, rappresentata dal Dr. Roberto Gallosti, in qualità di Amministratore Delegato del Centro Medico e dal Direttore Sanitario - Dr. Paolo Spallanzani, è stata, pertanto, costituita l'Unità di Gestione del Rischio Clinico (rappresentata dall'Ufficio Legale e dall'Ufficio di Risk Management del Centro) con l'obiettivo di:

1. controllare e ridurre il rischio clinico mediante azioni preventive;
2. governare la fase post-operatoria (con particolare riguardo alla corretta predisposizione della documentazione clinica: foto, certificati, questionari);
3. proporre misure correttive in ipotesi di complicanze o reclami;
4. aggiornare ed implementare i consensi informati, le procedure ed i protocolli aziendali (anche e soprattutto alla luce delle Raccomandazioni Ministeriali in tema di "sicurezza delle cure" e delle Linee Guida pubblicate dalle maggiori Società scientifiche per settore di riferimento);
5. monitorare e supervisionare al corretto rispetto dei processi operativi (così come formalizzati, validati e resi noti al personale interessato);
6. migliorare l'immagine aziendale e la fiducia del paziente.

Per il corretto conseguimento degli obiettivi suindicati, l'UGR, da un punto di vista strutturale, riceve il supporto costante da parte delle funzioni e professionalità interne al Centro Medico, competenti per settore di riferimento (ufficio acquisti e manutenzioni, ufficio marketing, ufficio relazioni con il cliente; operations manager); sotto un profilo meramente operativo, invece, individua i principali "indicatori di rischio" attraverso la predisposizione di una serie di attività (programmazione di audit interni, redazione di questionari di *customer care*, verbalizzazione delle riunioni periodiche con gli operatori interessati; formalizzazione e analisi delle schede reclami; ecc..) che consentono all'Unità di gestione del rischio clinico di mappare i cd "eventi sentinella", "eventi avversi" o "near miss" e predisporre le misure preventive e correttive volte a scongiurare il ripetersi dei predetti ed assicurare la massima sicurezza e soddisfazione del paziente preso in carico.

## 4. La Gestione del rischio

### Incident Reporting

La segnalazione spontanea da parte degli operatori degli eventi avversi e/o dei near miss mediante Incident Reporting (IR) è, come noto, di fondamentale importanza ai fini della gestione del rischio, in quanto rappresenta uno degli strumenti principali per l'identificazione dei rischi e dei pericoli insiti nell'organizzazione aziendale. L'IR rappresenta pertanto una delle fonti informative imprescindibili sia per avviare un processo di 'mappatura' dei rischi e dei pericoli a livello aziendale che anche per l'attivazione dei processi di analisi e valutazione degli stessi a fini dell'individuazione ed applicazione di azioni correttive.

A questo scopo, il Centro Medico Privato Lazzaro Spallanzani si avvale di un sistema di IR che consente agli operatori di segnalare, senza timore di ripercussioni negative, le situazioni di pericolo, gli eventi avversi o near miss al fine di prevenirne il ri-accadimento. La scheda di IR (di recente informatizzata e resa accessibile su Lifenet Place - intranet aziendale) viene inviata direttamente dagli operatori all'attenzione della funzione aziendale di risk management, che individua le segnalazioni sulle quali è necessario intraprendere un'attività di analisi ed approfondimento, in stretta collaborazione con la Direzione e con gli operatori direttamente coinvolti.

I dati ottenuti tramite le schede di IR sono, inoltre, oggetto di una specifica reportistica finalizzata ad individuare le principali aree/tematiche di criticità segnalate. Tale reportistica viene regolarmente sottoposta all'attenzione della Direzione ai fini di ulteriore analisi e valutazione.

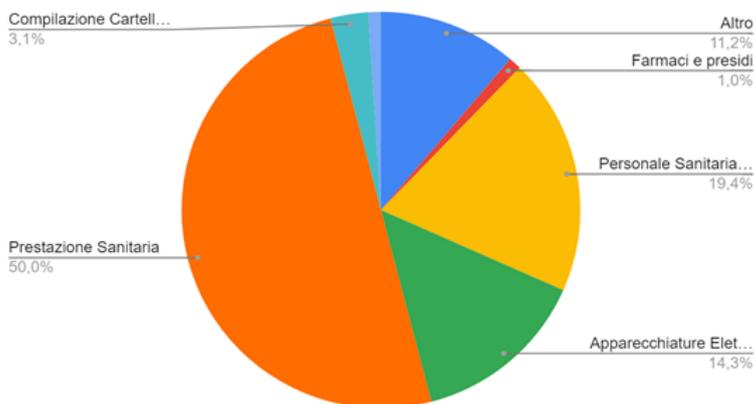
La costante attività di formazione e sensibilizzazione degli operatori, la progressiva diffusione della cultura della non colpevolizzazione, la definizione di reportistica aziendale periodicamente resa disponibile agli operatori, la definizione di una specifica procedura aziendale, l'implementazione di una scheda di segnalazione informatizzata disponibile sulla intranet aziendale, l'attivazione di una casella di posta elettronica dedicata che ne consente l'inoltro direttamente alla funzione aziendale di risk management, ha consentito di ottenere la pressoché totale confluenza del flusso delle segnalazioni verso la funzione aziendale di Risk management. Il numero complessivo delle segnalazioni nell'annualità 2022 sono risultate pari a 98, di cui il 50% aventi ad oggetto la prestazione sanitaria; il 19,4% il personale sanitario; il 14,3% le apparecchiature elettromedicali; il 3,1% la compilazione della cartella clinica; l'1% farmaci e presidi e il restante 11,2 relative ad eventi di varia tipologia - difetti comunicativi, danni minimi a persone o cose.

Di seguito reportistica delle segnalazioni pervenute:

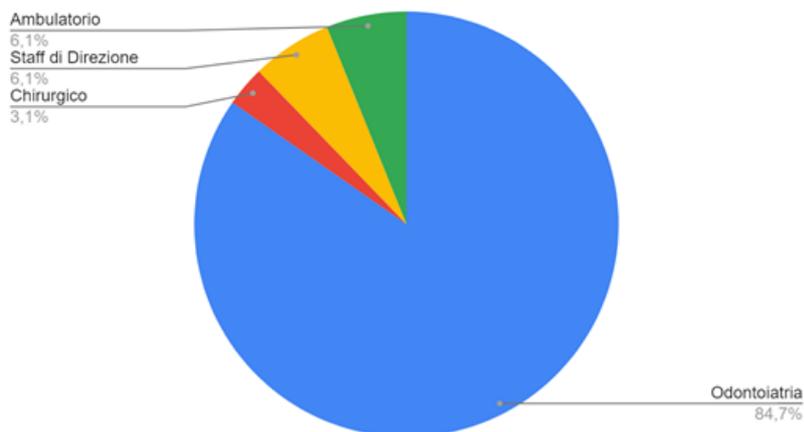


RELAZIONE ANNUALE ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE CURE
   
 E ALLE RELATIVE AZIONI DI MIGLIORAMENTO ANNO 2022-
   
 PIANO PROGRAMMA 2023
   
 (art. 2 comma 5 L. n. 24 del 8 marzo 2017)

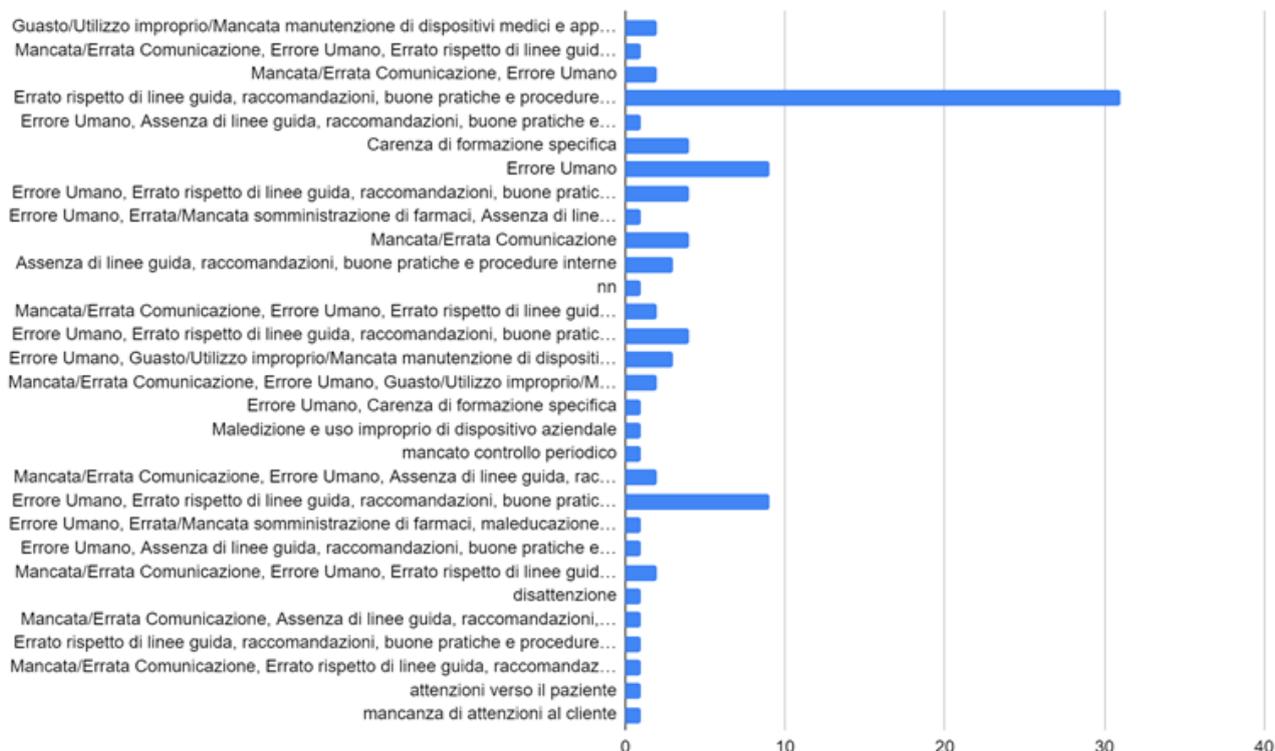
Area / Settore / Ambito Oggetto di Segnalazione



Comparto Segnalante



### Possibili Cause e Fattori



Conteggio di 5) Possibili Cause e Fattori

L'analisi delle suindicate segnalazioni ha portato, nel rispetto della procedura PG 05 Gestione Non conformità, ad aprire n.3 Non conformità, di cui 2 relative all'erogazione del servizio ed 1 inerente alla produzione di manufatti protesici. In riferimento all'erogazione del servizio, oggetto di attenzione è stata la **sistemazione della sala TAC**, trovata diverse volte sporca e in disordine con evidente rallentamento dell'attività lavorativa ed aumento dell'attesa dei pazienti, nonché **la mancata o inesatta compilazione della cartella clinica**. La Direzione a fronte delle suindicate Non Conformità ha stabilito, per la NC n.1, di adottare un **regolamento odontoiatrico interno con in allegato un protocollo da seguire e rispettare per la sistemazione della sala TAC** e, per la NC n.2, di **organizzare una formazione interna sulla costituzione e compilazione della cartella clinica, adottare il gestionale Confirмо e la firma digitale**.

L'ultima Non conformità, avente ad oggetto la produzione protesica, è stata aperta per far fronte alla realizzazione di manufatti non idonei e non conformi; La Direzione, in collaborazione con il responsabile del laboratorio interno, ha deciso di rivedere l'organizzazione dello stesso per linee di produzione e formalizzare i controlli qualità

Il dettaglio delle Non conformità e delle relative azioni correttive programmate per l'annualità 2023 è riportato sul sito Lifenet Place, sezione Segnalazioni e Non conformità.

### Audit Clinici e non

Parallelamente all'utilizzo dell'IR, la Direzione Sanitaria e l'Ufficio di Risk Management, ciascuno per quanto di rispettiva competenza, con cadenza prestabilita e secondo necessità, procedono alla

programmazione di audit clinici e non finalizzati ad approfondire e verificare temi sensibili. Nell'annualità 2022, nel rispetto del piano di audit programmato, sono stati eseguiti n.2 audit clinici, rispettivamente sulla valutazione della qualità delle procedure endoscopiche rispetto alle linee guida ASGE e sui rientri in sala operatoria per asportazione protesi mammarie e n. 3 audit organizzativi, rispettivamente sulla conformità del sistema di gestione qualità del Centro Medico ai requisiti ISO9001, sul rispetto del sistema di gestione qualità alle norme del GDPR 679/16 e, da ultimo, sulla conformità normativa. Il dettaglio degli audit suindicati e delle relative azioni correttive è riportato nei relativi verbali.

Per l'annualità 2023 si è deciso di approfondire la gestione dei farmaci, il processo di sterilizzazione in sala operatoria e la gestione del consenso informato.

### FMEA (Failure Mode and Effect Analysis)

Nell'annualità 2022 l'ufficio di risk management ha condotto, con l'ausilio delle figure aziendali interessate, tre FMEA relative a tre processi aziendali. In particolare, ad essere oggetto di attenzione sono state tre attività cliniche: Prelievo venoso; ECG con prova da sforzo; Interventi di chirurgia ambulatoriale. Il dettaglio delle fasi analizzate, delle azioni intraprese e delle eventuali attività di miglioramento segnalate sono riportate nel relativo verbale di approfondimento intitolato "applicazione dell'analisi del rischio con metodo FMEA alle attività cliniche del CMPLS"

### Analisi Normativa di riferimento

Il rispetto e l'adeguamento normativo viene semestralmente verificato da parte dell'Ufficio Legale interno al Centro Medico che, a mezzo di audit specifico, rileva la relativa conformità alle disposizioni cogenti da parte dei settori coinvolti nonché l'eventuale adeguamento in ragione, in particolare, dell'introduzione di nuove regolamentazioni emanate in sostituzione o ad integrazione della normativa già esistente. Per i dettagli si rimanda ai relativi verbali di audit.

### Informazione e consenso

L'informazione costituisce uno dei cardini principali della gestione del rischio clinico; rendere un'informazione corretta ed esaustiva significa, infatti, da un lato, acquisire un consenso giuridicamente valido e, dall'altro, avviare quel processo comunicativo tra medico e paziente finalizzato ad ottenere la totale partecipazione del paziente nella scelta delle cure. Il Centro Medico Privato Lazzaro Spallanzani Srl per la gestione del consenso informato si avvale della procedura "Acquisizione del consenso informato". Il 100% delle prestazioni e/o interventi chirurgici sono preceduti da un'adeguata informativa e relativo consenso.

### Controllo Cartelle cliniche

Il controllo e la revisione delle cartelle cliniche rappresenta il metodo impiegato da più tempo per la verifica retrospettiva dell'attività clinica e per l'identificazione di "eventi avversi" ed "eventi sentinella". Attraverso il controllo delle cartelle cliniche è possibile, infatti, verificare la loro conformità circa le annotazioni cliniche, diagnostico-strumentali, operative e di pratica infermieristica e verificare le possibili discrasie latenti e non. La valutazione delle cartelle cliniche viene effettuata dal Direttore Sanitario al termine di ogni intervento ed in fase di chiusura e validazione delle stesse, nonché in occasione di richiesta da parte del paziente di copia di cartella clinica. Il 100% delle cartelle cliniche analizzate dal Direttore Sanitarie sono risultate conformi agli standard clinici richiesti.

### Analisi dei contenziosi pendenti

La valutazione, con cadenza annuale, dei contenziosi pendenti (verbali UGR) consente di individuare le principali casistiche meritevoli di osservazione e di analisi. Dall'analisi dei sinistri relativi all'annualità 2022 è emersa la necessità di acquisire, nell'ambito del percorso terapeutico del paziente odontoiatrico, la cartella paradontale a mezzo quale poter dimostrare lo stato reale della integrità e della salute appunto paradontale degli elementi dentali dei pazienti.

Infatti, in esito al giudizio di risarcimento promosso da una paziente, il Centro Medico è stato condannato a risarcire un danno derivato alla paziente per ritenuta avulsione di elementi dentali naturali che avrebbero invece dovuto essere curati e mantenuti; è pur vero che nell'elaborato CTU non sono stati specificatamente indicati quali elementi dentali erano da mantenere, ma di fatto l'elaborato ha concluso basandosi sulla sola scorta dell'esame rx che, a parere del consulente, evidenziava elementi da ritrattare.

Purtroppo non è stato tenuto in conto alcuno che, come ben noto, esiste incongruità tra esame clinico e quello riportato nel fotogramma radiografici ed il Giudice, in sentenza, ha ritenuto valevole il solo intendimento del CTU. Avverso la predetta sentenza il Centro Medico, anche per questa ragione, ha proposto appello ritenendo la sentenza ingiusta e gravatoria. Al fine quindi, di evitare il ripetersi di un ingiusto addebito di risarcimento, la Direzione ha programmato tra gli obiettivi ed azione di miglioramento 2023 l'adozione della cartella paradontale

### Analisi dei dati sanitari

Il software gestionale DATA SMART consente di rilevare tutti i dati sanitari (ad esempio % complicanze; % rientri in sala operatoria; ecc..) rilevanti ai fini di una corretta valutazione dell'attività e sviluppo del sistema di risk management. Per i dettagli si rimanda alla BI interna.