

# RELAZIONE ANNUALE SUGLI EVENTI AVVERSI

(Art.2 comma 5 Legge 8 marzo 2017, n. 24  
e DGRC n. 152 del 28/03/2023)

## INDICE

1	PREMESSA.....	3
2	CONTESTO.....	3
3	MISSION E VISION AZIENDALE.....	4
4	ORGANIZZAZIONE AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO.....	5
5	METODI ADOTTATI.....	5
6	MODULI DESCRITTIVI DEGLI STRUMENTI/FONTI INFORMATIVE.....	6
7	RECLAMI/SUGGERIMENTI DEI PAZIENTI RELATIVI AL RISCHIO CLINICO.....	8
8	AUDIT.....	9
9	FORMAZIONE .....	10
10	OBIETTIVI.....	12
11	RISARCIMENTI EROGATI .....	14

## **1 PREMESSA**

---

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

In ossequio al dettato normativo, l'Azienda MEDICAL CENTER ha provveduto ad implementare misure per la prevenzione, gestione e monitoraggio del rischio in Sanità e la presente relazione, redatta ai sensi dell'art. 2 comma 5 della Legge 24 della citata legge, rappresenta il consuntivo degli eventi avversi segnalati nell'anno 2025 con breve descrizione del sistema di procedura aziendale, del sistema di Audit e delle azioni correttive e di miglioramento messe in atto.

## **2 CONTESTO**

---

Il Centro MEDICAL CENTER s.r.l. è stato costituito con l'obiettivo di operare per l'attività di recupero e rieducazione funzionale (ex. art. 44 L. 833/78), per l'attività di riabilitazione (ex. art. 26 L. 833/78 di cui alla L.R. 11/84) in regime ambulatoriale, domiciliare, residenziale e semiresidenziale e per l'attività di RSA e CDI in regime socio-sanitario. L'Azienda ha la sede legale ed operativa in Benevento alla Via Piano Cappelle. Il Centro si avvale di personale altamente qualificato e fin dall'inizio della sua attività ha sempre dimostrato grande serietà e sensibilità per le esigenze manifestate dai Pazienti, sia espresse che di carattere implicito. L'implementazione del Sistema Aziendale di Gestione per la Qualità, ottenuta fin dall'anno 2018 e sviluppata ai sensi della norma UNI EN ISO 9001:2015, tuttora ha adottato quale modello organizzativo per assicurare standard elevati di qualità, sicurezza e affidabilità dei servizi.

La MEDICAL CENTER ha predisposto un Sistema documentato di gestione per la Qualità in accordo ai requisiti della Norma UNI EN ISO 9001:2015 nel quale sono determinati i fattori interni ed esterni ritenuti rilevanti per le proprie finalità; sono inoltre definiti gli indirizzi strategici quale guida per conseguimento degli obiettivi prefissati e le modalità per il costante monitoraggio.

Il Sistema Qualità adottato dall'Organizzazione è strutturato in modo tale da assicurare un'efficace ed efficiente conduzione delle attività direttamente o indirettamente connesse alla Qualità del prodotto/servizio erogato, attraverso:

- l'identificazione dei processi necessari per il sistema di gestione per la qualità;
- la definizione della sequenza e delle interazioni tra i processi caratteristici;
- il controllo e le modalità di sorveglianza degli eventuali processi affidati all'esterno
- la definizione di modalità di monitoraggio, misurazione e analisi dei processi, assicurando al contempo la disponibilità di risorse e d'informazioni adeguate all'espletamento di tali attività;
- l'attuazione delle azioni necessarie per conseguire gli obiettivi pianificati e per perseguire il miglioramento continuo dei processi e, di riflesso, della qualità del servizio erogato.

### 3 MISSION E VISION AZIENDALE

---

La nostra Azienda si pone come *mission* prioritaria il soddisfacimento della domanda di salute del paziente mediante la risoluzione delle sue problematiche sanitarie e/o con il mantenimento o miglioramento delle sue condizioni di salute connesse alla specificità dei trattamenti riabilitativi.

La politica complessiva del Centro è, in sostanza, il raggiungimento del massimo livello della qualità dei servizi resi e della soddisfazione del Cliente Istituzionale, l'ASL di Benevento, presso la quale è accreditato, ed in generale degli utenti-pazienti. Tale politica rappresenta il *valore* essenziale cui si ispira la intera organizzazione e la ragion d'essere della sua stessa esistenza.

- Garantire e migliorare costantemente la soddisfazione del Paziente;
- Favorire il miglioramento continuo della qualità stimolando la comunicazione, monitorando le attività che incidono sulla qualità (non conformità del prodotto, processo e servizio, reclami dei Pazienti, ecc.) ed attivando adeguate azioni correttive e preventive;
- Promuovere la costante crescita della professionalità e delle competenze del personale interno, attraverso la continua formazione ed aggiornamento dello stesso;
- Promuovere il miglioramento della reputazione sul mercato

#### **4 ORGANIZZAZIONE AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO**

---

L'Azienda MEDICAL CENTER per prevenire e gestire il rischio sanitario ha attivato procedure e percorsi di audit dei processi interni e delle criticità più frequenti.

La Direzione Aziendale, 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:

- Direzione Sanitaria;
- Responsabile delle Risorse umane e formazione;
- Ufficio legale; - Ufficio Tecnico;
- Responsabile Prevenzione e Protezione della Sicurezza;
- Responsabile Qualità e Accreditamento Sanitario.

#### **5 METODI ADOTTATI**

---

L'Azienda ha adottato le seguenti procedure per l'identificazione, l'analisi e il monitoraggio di eventi relativi alla sicurezza del paziente e delle cure, e del personale:

<b>CODICE DOCUME NTO</b>	<b>TITOLO</b>
PG 7A	Gestione delle Risorse Umane
PG 7B	Gestione delle Infrastrutture e delle Apparecchiature
PG 8.4A	Gestione delle richieste di trattamento e accettazione del paziente
PG 8.4B	Gestione degli approvvigionamenti
PG 8.5	Gestione della Cartella Clinica
PG 09	Gestione degli Audit Interni
PGR 001	Dimissione protetta
PGR 002	Prevenzione e trattamento piaghe da decubito
PGR 003	Conservazione dispositivi medici
PGR 004	Prevenzione e trattamento dell'incontinenza urinaria e fecale

PGR 005	Somministrazione Farmaci
PGR 006	Riduzione rischio infezione da operatore a paziente e da paziente a paziente
PGR 007	Cure e Igiene del paziente
PGR 008	Trasporto accompagnamento assistenza
PGR 009	Gestione dell'evento avverso
PGR 010	Accoglienza ospiti
PGR 011	Procedura prevenzioni dell'infezioni
PGR 012	Procedura protezione dai rischi sollevamento posture assistenza ospiti
PGR 013	Procedura mobilitazione utenti all'interno della struttura
PGR 017	Procedura infezioni correlate all'assistenza

- Analisi di reclami/suggerimenti dei pazienti

## 6 MODULI DESCRITTIVI DEGLI STRUMENTI/FONTI INFORMATIVE

### Letteratura/Normativa di riferimento

- 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

Per gestire gli eventi avversi, L'Azienda MEDICAL CENTER si avvale di modelli specifici

Mod. 9.2 RA	Rapporto di Audit
Mod. 9.2 SP	Suggerimenti e Proposte
Mod. 9.2 R	Reclami
Mod. 10.1 EA	Evento Avverso
Mod. 10.1 RNC	Rapporto di non conformità e azione correttiva
Mod. 10.2 AC	Azioni Correttive
Mod. 10.3 SP	Suggerimenti e Proposte
Mod. 6.2 SSE	Gestione Evento Avverso SCHEDA DI SEGNALAZIONE SPONTANEA DEGLI EVENTI

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
- 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)

Il Sistema di Incident Reporting predisposto ha consentito di raccogliere i seguenti dati, relativi ad eventi avversi/near miss) avvenuti nell'anno: 2025

**Eventi avversi 0**

**Near miss 0**

**Eventi sentinella 0**

**Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento**

Le azioni di miglioramento sono documentate nell'apposito modello.

Tra le azioni per la prevenzione del rischio più significative, implementate a seguito delle criticità emerse dall'analisi di un errore/evento avverso/near miss si evidenzia:

Erogazione di corsi di formazione per sensibilizzare il personale con l'obiettivo di favorire la segnalazione spontanea di eventi e quasi eventi

**Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento**

L'Azienda MEDICAL CENTER ha anche adottato una procedura 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.

---

## 7 RECLAMI/SUGGERIMENTI DEI PAZIENTI RELATIVI AL RISCHIO CLINICO

---

### **Letteratura/Normativa di riferimento**

- 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. L'Azienda MEDICAL CENTER 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 ogni qualvolta rilevi il mancato rispetto dei propri diritti

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. 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.

## 8 AUDIT

---

La valutazione del rispetto delle norme stabilite che determinano specifiche responsabilità e modalità operative (procedure, istruzioni, protocolli, ecc.) è eseguita attraverso Audit della Qualità.

La Procedura Gestione Verifiche ispettive interne e Audit Clinici 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 ;
- il Responsabile Sistema Qualità, come componente per la 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.

## **9 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, l'Azienda MEDICAL CENTER negli ultimi anni ha investito sulla formazione del personale.

Per questo sono stati organizzati e tenuti 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 2025 il programma di formazione continua del proprio personale.

**PIANO DEI CORSI RELATIVO ALL'ANNO 2025**

Area interessata	Titolo del corso	Personale Coinvolto	Mese Previsto	Durata ore	Responsabile dell'addestramento	Interno /esterno
Personale	INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DEL LAVORO ART.37 D. Lgs 81/08	interni	Gennaio	4	Dott. Giovanni Ievolella	E
Personale	CORSO ADDETTI ANTINCENDIO LIVELLO III	Interni	Maggio	16	AGDV Benevento	E
Personale	PREVENZIONE E CURA DELLE LESIONI DA DECUBITO	Medici/Infermieri	Maggio	2	Dott. Antonio Caporaso	I/E
Personale	LA RIABILITAZIONE NELL'ERA DIGITALE: INNOVAZIONE TERAPEUTICHE E GESTIONE DELLE NEW ADDICTIONS	Medici/ Logopedisti/ Psicologi/ Psicomotricisti	Giugno	4	Dott. Nunzio Francesco Ascolese	E
Personale	MANUTENZIONE APPARECCHIATURE ELETTROMICEDICALI	Medici/ Fisioterapisti Infermieri/Operatori Sanitari	Luglio	2	Francesco Vergognini	I/E
Personale	PROGRAMMI DI COUSSELLING	interni	Settembre	4	Dott.ssa Francesca Barricella	I/E
Personale	CORSO ADDETTI ANTINCENDIO LIVELLO III EAME FINALE	interni	Ottobre	2	AGDV Benevento	I
Personale	CONOSCERE E TRATTARE IL DOLORE CRONICO IN AMBITO PEDIATRICO	Medici/ Fisioterapisti Psicomotricisti Terapisti Occupazionali	Ottobre	4	Dott. Tiziano Onesti	I/E
Personale	RISK MANAGEMENT / EVENTO AVVERSO	Interni	Dicembre	4	Dott. Antonio Caporaso	I
Personale	STRUMENTI MISURAZIONE E MONITORAGGIO: DEI PARAMETRI VITALI UTILIZZO DI SCALE CLINICHE APPROPRIATE;	Medici/ Fisioterapisti Infermieri/ Operatori Sanitari	Dicembre	8	Dott. Antonio Caporaso	I/E

## 10 OBIETTIVI

Tra gli obiettivi identificati e ritenuti prioritari per l'anno 2025, contenuti nel Piano Quadriennale delle Attività Aziendale:

7° OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	RESPONSABILITA'	TARGET 2025
<p>In un'ottica di miglioramento del rapporto con i Pazienti e di erogazione di servizi sanitari di elevata qualità, si stabilisce di perseguire l'obiettivo di una</p> <p><b>Riduzione delle Non Conformità nell'erogazione delle prestazioni</b></p> <p>volto a monitorare e ridurre costantemente le Non Conformità occorse durante l'erogazione delle prestazioni sanitarie, al fine di contenere disagi o disservizi causati ai Pazienti.</p>	<p>NC Anno (N)</p> <p>–</p> <p>NC Anno (N-1)</p>	<p>DS – DA - RSQ</p> <p>RSPP – RP - Operatori</p>	<p>≥-4</p>
<p><b>Strategia di attuazione</b></p> <p>I responsabili individuati sono invitati a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ applicare fedelmente le prescrizioni operative descritte nelle Procedure di Gestione aziendali,</li> <li>▪ analizzare prontamente le NC rilevate,</li> <li>▪ contribuire alla rimozione tempestiva dei disagi procurati,</li> </ul> <p>contribuire alla individuazione di possibili aree di miglioramento, con conseguente adozione di opportune azioni.</p> <p><b>Risorse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ documentazione prescrittiva del Sistema di Gestione Aziendale,</li> <li>▪ risorse finanziarie stabilite dalla Direzione di Struttura,</li> <li>▪ attrezzature e tecnologie del Centro,</li> <li>▪ registrazioni degli anni precedenti.</li> </ul> <p><b>Valutazione Periodica</b></p> <p>La rilevazione periodica dello stato di perseguimento dell'obiettivo e dell'aggiornamento del relativo indicatore, è pianificata nel report di riferimento.</p> <p>La valutazione del risultato raggiunto viene formalizzata in occasione del riesame annuale della DST.</p>			

*Legenda: DS – Direzione Sanitaria; DST – Direzione di Struttura; DA – Direzione Amministrativa; RSQ – Servizio Qualità; RSPP – Servizio Protezione e Prevenzione; RP – Responsabile Privacy; Operatori – Operatori Aziendali*

<b>8° OBIETTIVO SPECIFICO</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>RESPONSABILITA'</b>	<b>TARGET 2025</b>
<p>In un'ottica di miglioramento del rapporto con i Pazienti e di erogazione di servizi sanitari di elevata qualità, si stabilisce di perseguire l'obiettivo di una</p> <p><b>Riduzione degli Eventi Avversi nell'erogazione delle prestazioni</b></p> <p>volto a monitorare e ridurre costantemente gli Eventi Avversi occorsi durante l'erogazione delle prestazioni sanitarie, coerentemente con le prescrizioni dettate dal Piano aziendale di Valutazione dei Rischi.</p>	<p>EA Anno (N)</p> <p>–</p> <p>EA Anno (N-1)</p>	<p>DS – DA - RSQ</p> <p>RSPP – RP - Operatori</p>	<p>0</p>

**Strategia di attuazione**

I responsabili individuati sono invitati a:

- applicare le prescrizioni del Piano aziendale di valutazione dei Rischi,
- analizzare prontamente gli EA rilevati,
- contribuire alla rimozione tempestiva dei disagi procurati,
- contribuire alla individuazione di possibili aree di miglioramento, con conseguente adozione di opportune azioni,
- contribuire al miglioramento delle prescrizioni individuate nel Piano aziendale di valutazione dei Rischi.

**Risorse**

- documentazione prescrittiva del Sistema di Gestione Aziendale,
- risorse finanziarie stabilite dalla Direzione di Struttura,
- attrezzature e tecnologie del Centro,
- registrazioni degli anni precedenti,
- Documento aziendale di Valutazione dei Rischi,
- Dispositivi di Protezione individuali e collettivi.

**Valutazione Periodica**

La rilevazione periodica dello stato di perseguimento dell'obiettivo e dell'aggiornamento del relativo indicatore, è pianificata nel report di riferimento.

La valutazione del risultato raggiunto viene formalizzata in occasione del riesame annuale della DST.

*Legenda: DS – Direzione Sanitaria; DST – Direzione di Struttura; DA – Direzione Amministrativa; RSQ – Servizio Qualità; RSPP – Servizio Protezione e Prevenzione; RP – Responsabile Privacy; Operatori – Operatori Aziendali*

## 11 RISARCIMENTI EROGATI

---

Importi dei risarcimenti erogati con riferimento all'ultimo quinquennio. Nessun risarcimento di alcun tipo è stato erogato nel quinquennio 2021-2025.

### 11.1 INFORMATIVA AI SENSI DELL' ART. 10 COMMA 4 LEGGE N. 24/2017

---

Si rende noto che, ai sensi dell'art. 10 comma 4 legge n. 24/2017, la MEDICAL CENTER s.r.l. ha stipulato regolare contratto assicurativo con la compagnia "AXA ASSICURAZIONI S.p.A." 7 RCD CORC n. contratto, 107597.

Benevento, 25.03.2026

La Direzione Aziendale

  
MEDICAL CENTER s.r.l.  
Contrada Piano Cappelle, 141  
82100 BENEVENTO  
Part. IVA 00 890 280 621

**Medical Center S.r.l.**

Benevento Contrada Piano Cappelle | Tel. 0824.51480 / 319512 | Fax 0824.319512 | Mail: medicalcenter@relaxriabilitazione.it  
PEC: medicalcentersrl@pec.it | P.IVA 00890280621 | C.C.I.A.A. di Benevento R.E.A. 69362 | relaxriabilitazione.it