

**SALUS**

---

# **Relazione Sanitaria 2018**

---

L'attività del 2018 può essere analizzata sotto i seguenti aspetti:

1. Attività sanitaria di ricovero e ambulatoriale
2. Rischio clinico. Sicurezza e qualità delle cure
3. Piano di miglioramento della qualità 2017-2019
4. Campagna investimenti
5. Formazione del personale
6. URP. Verifica della qualità delle prestazioni erogate

## 1. Attività sanitaria di ricovero e ambulatoriale

Nel 2018 sono stati ricoverati complessivamente 3.919 pazienti dei quali 392 in regime privato e 1049 per interventi ambulatoriali ex ricovero. Gli accessi in regime di ricovero convenzionato ammontano quindi a 2.478.

Nell'anno appena concluso il numero di ricoveri convenzionati è diminuito rispetto al 2017 di 161 unità mentre gli interventi ambulatoriali ex ricovero sono aumentati di 61 unità e i ricoveri privati di 19 unità.

Tra le Unità Operative, l'Ortopedia ha eseguito il maggior numero di ricoveri registrando 1.655 accessi, con una diminuzione del 7,2% rispetto a quanto realizzato nel 2017. Il mix di produzione registra l'incremento del 31% degli interventi sul ginocchio (menisco e legamento) e la riduzione dei volumi realizzati nel 2017 per le protesi anca ginocchio (-7,3%) e per gli interventi al piede (-14,6%).

L'U.O. di Ortopedia ha inoltre mantenuto elevata l'attrazione di pazienti del Veneto, segno della qualità delle prestazioni erogate, che nell'anno appena concluso sono state complessivamente 408, delle quali 300 relative a tipologie del piede.

L'U.O. di Oculistica registra un incremento delle attività chirurgiche (+ 6,2% rispetto al 2017), avendo accolto complessivamente 1.134 pazienti prevalentemente per interventi di cataratta.

Le unità operative di Chirurgia Generale, Medicina Interna e Otorinolaringoiatria confermano anche nel 2018 il numero di accoglimenti già realizzati negli anni precedenti.

Si sono di conseguenza realizzati i seguenti volumi di attività:

	<b>Ricoveri S.S.R.</b>	<b>Ambulatoriali ex ricovero</b>	<b>Totale S.S.R.</b>	<b>Ricoveri privati</b>	<b>Totale 2018</b>	<b>Totale 2017</b>
CHIRURGIA	388	-	388	123	<b>511</b>	482
GINECOLOGIA	32	-	32	5	<b>37</b>	44
MEDICINA	201	-	201	88	<b>289</b>	301
OCULISTICA	56	990	1.046	90	<b>1.136</b>	1.070
ORTOPEDIA	1.546	59	1605	50	<b>1.655</b>	1.783
O.R.L.	255	-	255	36	<b>291</b>	320
<b>TOTALE</b>	<b>2.478</b>	<b>1.049</b>	<b>3.527</b>	<b>392</b>	<b>3.919</b>	<b>4.000</b>

Come negli esercizi precedenti anche nell'anno appena concluso l'Azienda sanitaria di Trieste (ASUI TS) ha imposto alla nostra Casa di Cura, oltre ai consueti volumi di prestazioni ambulatoriali, anche analoghi obiettivi per le attività di ricovero riservate ai pazienti del Friuli Venezia Giulia. Di conseguenza si sono ottenuti i seguenti volumi di attività convenzionata con il S.S.R.:

	<b>OBIETTIVO</b>	<b>CONSUNTIVO</b>
<b>Medicina Interna</b>	<b>250</b>	<b>200</b>
<b>Chirurgia Generale, Oculistica, ORL</b>	<b>500</b>	<b>611</b>
<b>Ortopedia:</b>		
- Protesi anca e ginocchio	200	203
- Interventi spalla	70	76
- Interventi ginocchio	550	610
- Interventi piede	180	195
- Altri interventi	50	54

In merito agli interventi più frequentemente realizzati nella nostra struttura, si evidenzia che l'U.O. di Ortopedia esegue quasi il 27% degli interventi al piede, quasi il 14% di quelli alla spalla e oltre il 13% degli interventi artroscopici di ginocchio dell'intera regione. Inoltre presso l'U.O. di Otorinolaringoiatria vengono effettuati quasi l'11% degli interventi ai seni e mastoidi (FESS) complessivamente erogati in Friuli Venezia Giulia.

Si segnala inoltre, che con le 1.068 cataratte operate anche nel 2018, come già accaduto negli anni precedenti, la nostra U.O. si è posizionata tra i reparti di Oculistica più produttivi della regione.

Anche nel 2018 la nostra struttura ha garantito un notevole volume di prestazioni ambulatoriali in regime di convenzione con il S.S.R. allo scopo di mantenere entro limiti accettabili le liste di attesa, con particolare attenzione alle prestazioni considerate “critiche” dalla programmazione Regionale.

La Casa di Cura ha quindi ottenuto i seguenti volumi di attività:

	<b>OBIETTIVO</b>	<b>CONSUNTIVO</b>
Visite cardiologiche e prestazioni	1.500	1.688
Ecocardiografia	500	480
Dermatologia	2.000	2.262
Eco color doppler arti	500	449
Visite neurologiche	450	410
Elettromiografia	7.280	7.767
Eco color doppler carotidi	500	486
Visite oculistiche e prestazioni	3.100	3.359
Cataratte ambulatoriali	871	990
Colonscopie	295	310
Visite ortopediche	2.000	2.262
Visite otorino e prestazioni	3.100	3.663
Tac	4.000	4.010
Risonanza magnetica	2.500	2.641
Mammografia	300	323
Ecografia	2.500	2.388
Medicina dello Sport	2.200	2.421

Per approfondimenti sui volumi e sui mix di attività delle diverse Unità Operative e Servizi della Casa di Cura si rimanda alle tabelle di riepilogo da pagina 39 che comprendono sia l'attività convenzionata che quella privata.

Anche nel 2018, come negli anni precedenti, si è registrato un ulteriore incremento dell'attività del laboratorio di analisi, reso possibile grazie alla qualità del servizio erogato anche attraverso strumenti tecnologici quali la consegna dei referti tramite sito web, l'accettazione prioritaria e la funzione, avviata nel 2017, che consente di effettuare l'accettazione e il pagamento delle prestazioni direttamente dal sito internet della Casa di Cura.

Prosegue inoltre la collaborazione con il prof. Baraggino per l'esecuzione, in regime privatistico, degli esami citologici di pap-test, sia con la metodica convenzionale che in fase liquida, in aggiunta ai test per l'HPV già da tempo erogati dal nostro laboratorio di analisi. Il processo di potenziamento ed efficientamento delle attività di medicina del lavoro è stato portato avanti allo scopo di migliorare la qualità dei servizi e accrescere il numero di aziende assistite.

Nel corso dell'anno ha cessato, per sopraggiunti limiti d'età, la collaborazione con la casa di cura il dott. Livio Frausin, Responsabile dell'Unità Operativa di Ortopedia che è stato sostituito quale Responsabile dal dott. Mauro Di Leo.

Inoltre, sempre per sopraggiunti limiti d'età, il dott. Massimo Spanio, pur mantenendo la collaborazione con la Casa di Cura, ha cessato il ruolo di Responsabile dell'Unità Operativa di Otorinolaringoiatria sostituito dal dott. Alessandro Varini.

Nel corso dell'anno hanno inoltre iniziato a collaborare con la Casa di Cura gli ortopedici dott.ssa Valentina Cimarosti e il dott. Silvio Demitri, la radiologa dott.ssa Francesca Degobbis e il chirurgo estetico dott. Nicola Panizzo.

## 2. Rischio clinico. Sicurezza e qualità delle cure

La Casa di cura partecipa alla Rete Cure Sicure FVG, la struttura organizzata dalla Direzione Centrale della Salute per la gestione del rischio clinico ed il miglioramento della qualità delle cure.

L'articolazione aziendale della rete comprende:

- Risk manager aziendale
- Referenti aziendali dei programmi regionali
- Link professional

Nel 2018 l'elenco dei referenti aziendali viene lievemente modificato come deliberato dal tavolo di lavoro regionale dei risk manager aziendali. I nomi sono:

### **RISK MANAGER AZIENDALE**

Dr. Giuliano Franca

### **REFERENTI AZIENDALI DEI PROGRAMMI REGIONALI:**

Qualità e sicurezza della documentazione sanitaria

Dr. Fabrizio Briganti Piccoli

Informazione e consenso informato

Dr. Fabrizio Briganti Piccoli

Uso sicuro del farmaco

Dr. Giuliano Franca

Prevenzione delle lesioni da pressione

R.I. Maria Fait

Prevenzione delle cadute accidentali

R.I. Maria Fait

Controllo del dolore

Dr. Stefano Domini

Sicurezza del percorso chirurgico

R.I. Elena Fantasia

Incident Reporting e applicazione degli strumenti di analisi degli eventi più gravi

Dr. Giuliano Franca

Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza

Dr. Luca Calligaris

Uso corretto degli antibiotici  
(Antimicrobial stewardship)

Dr. Giuliano Franca

Polifarmacoterapia

Dr. Giuliano Franca

Buon uso del sangue

Dr. Stefano Domini

Fin dal 2017 è stata individuata e formata la rete dei *link professionals* che sono quei professionisti, operanti nei singoli reparti e servizi, che fungono da trait-d-union tra referenti aziendali ed articolazioni periferiche.

## **ATTIVITÀ 2018**

Nel 2018 l'attività di riduzione del rischio clinico ha incluso una serie di attività tra cui il monitoraggio degli indicatori previsti a livello regionale; i risultati vengono riportati nel successivo capitolo 3 della presente relazione. In particolare l'attività ha riguardato:

### **1. MONITORAGGIO DEGLI INDICATORI**

Sono stati monitorati gli indicatori di qualità previsti a livello regionale, in parte ricavati dal controllo campionario delle cartelle cliniche per quanto riguarda la completezza, la presenza dei consensi informati e di altra documentazione sulla sicurezza del paziente (valutazione rischio cadute, valutazione del dolore, numero di incident report ecc). Per i valori rilevati si rimanda al capitolo successivo della presente relazione (3. Piano di miglioramento della qualità 2017-2019: relazione annuale).

### **2. RETE CURE SICURE FVG**

A livello regionale sono stati costituiti il comitato strategico regionale ed il comitato regionale per la gestione dei sinistri.

A livello aziendale è stata configurata la rete dei *link professionals*, cioè quei professionisti operanti all'interno di reparti e servizi che fungono da collegamento con i referenti aziendali di programmi e con il risk manager aziendale. E' chiaro che le dimensioni esigue della nostra struttura hanno costretto ad adattare il modello standard.

### **3. PROGRAMMA REGIONALE AMS**

#### 3.1 report regionale sul consumo di antibiotici

Le case di cura private accreditate non sono state inserite a oggi nel sistema

#### 3.2 report regionale resistente ad antibiotici

Le case di cura private accreditate non sono state inserite a oggi nel sistema

## **4. USO SICURO DEI FARMACI**

### 4.1 polifarmacoterapia

E' stato individuato un referente d'area.

## **5. PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE ICA**

### 4.2 HALT3

Lo studio HALT3 non riguarda gli ospedali per acuti

## **ATTIVITA' PREVISTE NEL 2019**

Il tavolo regionale del rischio clinico, del quale la Salus fa parte, ha stabilito alcune attività per il 2019 sia modificando quelle già in essere che proponendone delle nuove ancora in fase di costruzione.

### **1. ATTIVITÀ GENERALI**

- adattamento delle figure professionali (numero e tipologia dei professionisti) coinvolte nella Rete Cure Sicure FVG in relazione al nuovo assetto istituzionale (non riguarda direttamente la Casa di cura, ma il susseguirsi di riforme porta inevitabilmente ad un rallentamento dell'attività).
- mantenimento delle indicazioni e delle raccomandazioni ministeriali fino ad ora sviluppate, messa a regime di eventuali nuove raccomandazione e misurazione e verifica della loro adozione;
- aggiornamento dei referenti aziendali dei flussi informativi istituzionali nazionali relativi al rischio clinico;
- implementazione degli eventi formativi aziendali specifici per il tema come definito dal PFR 2019.

### **2. ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP**

- diffusione e condivisione dei report regionali sul consumo di antibiotici e sulle resistenza batteriche (finora non ha coinvolto le case di cura private accreditate)
- riduzione del consumo di antibiotici in ospedale e sul territorio: in particolare di cefalosporine, chinolonici e carbapenemi;



- formazione aziendale specifica per personale medico sul tema della lettura dell'antibiogramma e sulla prescrizione antibiotica mirata come da indicazioni del gruppo di coordinamento regionale;
- adozione delle “Linee regionali per il riconoscimento precoce e la gestione della sepsi associata alle pratiche assistenziali” e monitoraggio degli indicatori riportati nel documento;
- partecipazione al processo di revisione dei documenti regionali sulla gestione delle infezioni nell'adulto;
- partecipazione al processo di valutazione delle attività di *stewardship* aziendali mediante l'analisi dell'aderenza agli standard definiti nell'ambito del programma regionale;
- promozione di attività per il coinvolgimento dei cittadini sul tema dell'uso appropriato degli antibiotici;

### **3. CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA**

Le azioni previste sono:

- a. effettuazione della PPS biennale (prevalenza puntuale sulle ICA e sulla prescrizione di antibiotici) negli ospedali per acuti;
- b. aggiornamento dei documenti regionali già esistenti sulla tematica;
- c. effettuazione sorveglianza sulle infezioni del sito chirurgico e della *compliance* alle raccomandazioni dei comportamenti dei blocchi operatori.

### **4. SICUREZZA DEL FARMACO**

- a. adeguamento alla indicazioni regionali sulla gestione degli elastomeri;
- b. applicazione delle raccomandazioni ministeriali:
  - i. raccomandazione per la riconciliazione farmacologica;
  - ii. prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici;
  - iii. prevenzione degli errori in terapia con farmaci “Look-alike/sound-alike”;
  - iv. prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati;
  - v. prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica;

- vi. corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio.
- c. mantenimento delle azioni sull'uso prudente dei farmaci con particolare riferimento:
  - i. alla riduzione del consumo di inibitori di pompa
  - ii. alla riduzione del consumo di benzodiazepine e degli ipnotici

## **5. MONITORAGGIO INDICATORI**

Nel 2019 proseguirà il monitoraggio degli indicatori iniziato nel 2012. Gli indicatori nel 2019 saranno:

- Valutazione della documentazione clinica nei ricoveri ordinari
- Valutazione della presenza e completezza del consenso informato chirurgico
- Valutazione della presenza e completezza del consenso informato anestesiologicalo
- Tasso di cadute con danni per il paziente
- Percentuale di cadute con danni su tutte le segnalazione di cadute
- Valutazione della presenza della valutazione iniziale del dolore
- Valutazione del monitoraggio del dolore nei pazienti
- Rivalutazione del dolore nei pazienti
- Valutazione della presenza e completezza della check list chirurgica
- Valutazione della completezza delle prescrizioni del foglio unico di terapia (1° foglio)
- Valutazione dell'adeguatezza della profilassi antibiotica perioperatoria
- Valutazione delle percentuale di adesione al lavaggio delle mani (annuale)
- Valutazione del consumo della soluzione idroalcolica x 1000 g di degenza
- Valutazione infezioni da Clostridium difficile insorte durante il ricovero

Inoltre è allo studio la possibilità di introdurre degli indicatori di esito in accordo con le raccomandazioni OCSE (tasso grezzo per 100.000 dimissioni ospedaliere, su pazienti con 15 o più anni) ricavati da SDO:

- Presenza di corpo estraneo dopo procedure
- Embolia polmonare post-chirurgica artroprotesica
- Trombosi venosa profonda post-chirurgia artroprotesica (ginocchio e anca)
- Sepsi post-chirurgica per chirurgia addominale
- Deiscenza post-chirurgica della ferita
- Lesione vaginale causata da strumentazione

- Lesione vaginale non causata dalla strumentazione

## **6. EVENTI SENTINELLA**

Sono stati proposti criteri omogenei per la segnalazione di alcuni tipi di eventi sentinella, da discutere nel corso del 2019:

### **a. Reazioni ABO**

#### CRITERIO PROPOSTO

Sono incluse tutte gli errori trasfusionali da incompatibilità ABO, a prescindere dal livello di gravità del danno. Sono oggetto di segnalazione anche i casi in cui potrebbe non verificarsi una “reazione” (ad esempio se si verifica trasfusione errata tra due soggetti dello stesso gruppo, es. O, e/o tra soggetti di gruppo compatibile, es. da O ad un soggetto di gruppo A) e che sono comunque riconducibili ad errori nella gestione delle diverse fasi del processo trasfusionale.

### **b. Cadute**

#### CRITERIO PROPOSTO

Cadute che abbiano determinato:

- morte
- disabilità permanente
- coma
- trauma maggiore conseguente a caduta di paziente\*
- trasferimento ad una unità semintensiva o di terapia intensiva
- necessità di intervento chirurgico a seguito della caduta
- rianimazione cardio-polmonare

\*per la definizione di trauma maggiore la letteratura suggerisce tra gli altri l’Injury Severity Score (ISS). Questo indicatore, adottabile a discrezione delle Aziende anche in considerazione delle risorse e delle competenze specifiche, viene calcolato valutando la presenza di lesioni in 9 regioni corporee (testa, collo, faccia, torace, addome, bacino organi, bacino scheletro, estremità, superficie esterna) ed assegnando a ciascuna lesione un punteggio in funzione della sua gravità (AIS – Abbreviated Injury Scale). AIS – abbreviated injury

scale: alle sei aree considerate (testa/collo, volto, torace, addome, estremità inclusa pelvi, superficie esterna) si da un punteggio da 1 a 6 secondo la seguente scala:

1. Minore
2. Moderato
3. Serio
4. Severo
5. Critico
6. **Mortale**

Si selezionano in questo modo le tre aree più danneggiate e si fa la somma del quadrato delle tre. Il punteggio maggiore di 15 è considerato come trauma maggiore. Se un'area ha un punteggio di 6 naturalmente non serve fare altri conteggi (<http://www.trauma.org/js/isscalc.html>)

### **c. Violenza a operatore**

#### CRITERIO PROPOSTO

Violenza ad operatore all'interno di strutture sanitarie compiuta da pazienti, da loro parenti o accompagnatori e visitatori che includa una delle seguenti caratteristiche:

1. mezzi utilizzati per l'aggressione: uso di corpi contundenti/armi
2. esito dell'aggressione/entità del danno:
  - ferita profonda
  - trauma maggiore
  - necessità di intervento chirurgico
  - ricovero in unità semintensiva o di terapia intensiva
  - disabilità permanente
  - coma
  - morte
  - diagnosi che ha determinato una prognosi superiore ai 40 giorni
3. indipendentemente dalla prognosi, quelle lesioni che hanno:
  - messo in pericolo di vita il soggetto leso
  - provocato un indebolimento permanente di organo o senso

## 7. INCIDENT REPORTS

È stata proposta una classificazione degli incident reports per renderli più omogenei:

- 1- **Area organizzativa** (accesso, percorsi clinico-assistenziali, trasferimenti, trasporti)
- 2- **Area Terapia** (prescrizione, somministrazione, preparazione, conservazione, approvvigionamento farmaci)
- 3- **Area assistenza** (valutazione paziente, infezioni, LDP, nutrizione, emoderivati, procedure diagnostiche e terapeutiche)
- 4- **Area diritti del paziente** (comunicazione, comportamenti scorretti degli operatori, rispetto procedure, identificazione paziente)
- 5- **Area infrastrutture** (apparecchiatura, elettromedicali, impianti, compresa rete informatica, strutture)
- 6- **Altro**

Inoltre è in fase ancora di studio se considerare sia la violenza operatore che le cadute come eventi separati dal flusso degli Incident Report.

## 3. Piano di miglioramento della qualità 2017-2019: relazione annuale

Il 2018 è stato l'anno centrale di implementazione del piano di miglioramento della qualità 2017-2019.

A seguire sono elencati i 17 punti del piano con lo stato di implementazione a fine 2018. Per l'illustrazione delle caratteristiche dei vari punti, si rimanda al Piano di miglioramento della qualità 2017-2019.

### **ADEGUAMENTO AZIENDALE ALLA RETE CURE SICURE FVG**

Nel corso del 2018 è continuata l'attività di implementazione del modello organizzativo Rete Cure sicure FVG (delibera n. 1970 del 21 ottobre 2016). Le nomine fatte nel 2017 non hanno subito variazioni ed è continuata l'attività dei link professional nell'ambito del rischio clinico

Avanzamento progetto: **in linea con quanto previsto dal piano di miglioramento per il 2018.**

### **ADEGUAMENTO AREE PROGETTO CARMINA (clinical assesment of risk management: an integrated approach)**

CARMINA, acronimo di Clinical Assesment of Risk Management: an INtegrated Approach, è uno strumento di autovalutazione degli standard minimi per la gestione del rischio clinico adottato dalla Regione FVG. Lo strumento CARMINA è composto da 7 dimensioni o aree:

1. *Governance*, consapevolezza e misurazione
2. Comunicazione
3. Conoscenze e abilità
4. Ambiente e contesto sicuri
5. Processi assistenziali
6. Gestione dell'evento avverso
7. Imparare dall'esperienza

L'obiettivo è quello di conseguire i requisiti minimi per una macro-area nel 2017, tre a fine 2018 e cinque a fine 2019. Nel corso del 2017 è stata raggiunta la compliance nell'area 1 (Governance, consapevolezza e misurazione) e nell'area 5 (Processi assistenziali). L'area 1 riguarda prevalentemente l'organizzazione del rischio clinico: identificazione delle responsabilità, degli obiettivi, dei risultati; raccolta e monitoraggio degli eventi avversi; reportistica. L'area 5 riguarda invece gli argomenti 'classici' della sicurezza clinica: identificazione, cadute, decubiti, lavaggio delle mani, isolamento, prevenzione delle ICA, dolore, emergenze, sicurezza del percorso chirurgico, PDTA, compliance con le raccomandazioni ministeriali; relative azioni di miglioramento. Per il 2018 è proseguita l'adesione nell'area 5 e si è realizzata il pieno adeguamento nell'area 2 riguardante la comunicazione verso l'operatore, tra operatori e operatori e paziente riguardo a procedure, protocolli, evoluzioni organizzative ecc. rilevanti per il rischio clinico.

Avanzamento progetto: **in linea con quanto previsto dal piano di miglioramento per il 2018.**

## **VALUTAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA NEI RICOVERI CHIRURGICI ORDINARI (chirurgia generale e ginecologia, ortopedia, otorinolaringoiatria)**

Attraverso questo indicatore vengono verificate la presenza e la completezza della documentazione clinica nei ricoveri chirurgici ordinari per le Unità Operative di Chirurgia Generale e Ginecologia, Ortopedia, Otorinolaringoiatra.

<b>DESCRIZIONE</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>RISULTATO ANNUALE</b>
Consenso informato chirurgico	90 %	100 %
Consenso informato anestesilogico	90 %	100 %
Valutazione del dolore entro 24 ore	90 %	100 %
Rivalutazione quotidiana del dolore	70%	100 %

DESCRIZIONE	OBIETTIVO	RISULTATO ANNUALE
Check list operatoria	95 %	100 %
Completezza della cartella clinica	50 %	100 %

Avanzamento progetto: **in linea con quanto previsto dal piano di miglioramento per il 2018.**

### **VALUTAZIONE DELL'ADEGUATEZZA DELLA PROFILASSI ANTIBIOTICA PERIOPERATORIA (chirurgia generale)**

Viene analizzata la presenza e l'adeguatezza della profilassi antibiotica perioperatoria nei ricoveri chirurgici ordinari per le Unità Operative di Chirurgia Generale e di Ginecologia. Dalle rilevazioni effettuate le prescrizioni sono risultate conformi nel 87% dei casi, a fronte di un obiettivo minimo del 75%, registrando un notevole miglioramento rispetto ai valori degli anni precedenti.

Avanzamento progetto: **in linea con quanto previsto dal piano di miglioramento per il 2018.**

### **VALUTAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA NEI RICOVERI DI MEDICINA INTERNA**

Con questo indicatore si analizzano la presenza e la completezza della documentazione clinica nei ricoveri ordinari per l'Unità Operativa di Medicina Interna, vista la complessità e la quantità di documentazione solitamente presente in questo tipo di ricoveri. I risultati sono tutti soddisfacenti e ben al di sopra dell'obiettivo fissato.



DESCRIZIONE	OBIETTIVO	RISULTATO ANNUALE
Presenza della <b>valutazione del dolore entro 24 ore</b> dall'ingresso del paziente.	90%	100 %
Presenza della <b>rivalutazione del dolore</b> entro due ore con NRS uguale o superiore a 4	70%	100 %
Presenza <b>contemporanea</b> di tutta la documentazione	70%	96.7 %

Avanzamento progetto: **in linea con quanto previsto dal piano di miglioramento per il 2018**

## **TRASFORMAZIONE DEI RICOVERI DA DAY-HOSPITAL A ORDINARI (CHIRURGIA GENERALE E GINECOLOGIA, ORTOPEDIA, OTORINOLARINGOIATRIA)**

Viene analizzata, per le Unità Operative di Chirurgia Generale - Ginecologia, Ortopedia e Otorinolaringoiatria, la trasformazione dei ricoveri chirurgici da day hospital a ordinari. **Il tasso di trasformazione per il 2018 è pari al 1% dei ricoveri DH.** Il dato emerso dalla rilevazione è ben sotto l'obiettivo previsto ed è molto inferiore rispetto al 2017; questa diminuzione drastica è dovuta dal fatto che è stata introdotta, a maggio 2018, una nuova opzione nel sistema gestionale informatico (Medarchiver) per cui è il medico stesso, durante i preoperatori, a valutare se il ricovero sarà ordinario o day hospital.

Avanzamento progetto: **in linea con quanto previsto dal piano di miglioramento per il 2018.**

## VALUTAZIONE CADUTE CON DANNI

Viene analizzata, per tutte le attività della Casa di Cura, l'incidenza delle cadute accidentali con danno per il paziente mettendo in rapporto il numero di cadute rilevate con il numero totale di giornate di degenza. I risultati sono ben al di sotto dell'obiettivo prefissato dagli indicatori regionali.

DESCRIZIONE	OBIETTIVO	RISULTATO ANNUALE
Tasso di <b>cadute con danni</b> per il paziente (da minimo a severo – dal livello 4 a 8).	<1,25% (75°percentile regionale)	1,49%
Percentuale di <b>cadute con danni</b> su tutte le segnalazioni di cadute (da minimo a severo – dal livello 4 a 8).	<52% (75° percentile regionale)	40%

Avanzamento progetto: **in linea con quanto previsto dal piano di miglioramento per il 2018.**

## VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI IMPLEMENTAZIONE DEL SISTEMA DI INCIDENT REPORTING

Viene analizzato il livello di implementazione del sistema di Incident Reporting verificando il numero di segnalazioni ricevute e le azioni di miglioramento adottate. I risultati per il 2018 evidenziano l'efficienza ormai assodata del sistema di rilevazione adottato.

DESCRIZIONE	OBIETTIVO	RISULTATO ANNUALE
Tasso di segnalazioni di <b>Incident Reporting</b> (eventi avversi + near miss) ogni 1.000 giornate di degenza.	>1% (25°percentile regionale)	1,86%

DESCRIZIONE	OBIETTIVO	RISULTATO ANNUALE
Percentuale di <b>azioni di miglioramento</b> attuate o concluse entro l'anno.	>70% (25° percentile regionale)	100%

Avanzamento progetto: **in linea con quanto previsto dal piano di miglioramento per il 2018.**

### **ADESIONE AL LAVAGGIO DELLE MANI**

Si analizza il consumo di gel alcolico da parte di reparti e ambulatori, e il numero di occasioni in cui le mani sono state effettivamente lavate tramite osservazione diretta a campione. Anche per il 2018 il consumo di gel è in linea con i dati regionali e nel complesso la normativa sul lavaggio delle mani è rispettata.

DESCRIZIONE	OBIETTIVO	RISULTATO ANNUALE
N. di azioni corrette di lavaggio	>75% (25°percentile regionale)	75,6%
Volume in mL di soluzione idroalcolica utilizzato su N. totale di giornate di degenza	20%.	23,8%.

Avanzamento progetto: **in linea con quanto previsto dal piano di miglioramento per il 2018.**

### **BUNDLE PER IL CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA**

Tutti i bundles previsti dal programma regionale sono adottati ed applicati. Sia per i casi di infezione da *Clostridium difficile* che di *Staphylococcus aureus* meticillino-resistente tutti i pazienti sono stati trattati come da protocollo e l'esito è stato poi favorevole. Il numero di

casi di infezione per queste due tipologie è minimo. I pazienti che hanno effettuato un intervento di artroprotesi sono stati testati e, in caso di positività, trattati e bonificati.

Avanzamento progetto: **in linea con quanto previsto dal piano di miglioramento per il 2018.**

## VALUTAZIONE DELLE NON CONFORMITÀ PREANALITICHE PER IL LABORATORIO DI ANALISI

Per questo indicatore vengono presi in considerazione tutti gli errori in fase preanalitica che in base alla letteratura rappresentano quasi il 70% degli errori totali. L'obiettivo è quello di ridurre il numero di sbagli e di migliorare la qualità dell'intero processo di analisi. Dalle rilevazioni effettuate, tutti i valori risultano inferiori al limite tollerabile posto come obiettivo e sono in netto miglioramento rispetto all'anno precedente.

DESCRIZIONE	OBIETTIVO	RISULTATO ANNUALE
A. Numero errori in fase di accettazione.	0,5%	0,07%
B. Numero di campioni con volume o quantità insufficiente	0,1%	0,005%
C. Numero di campioni con contenitore sbagliato	0,1 %	0,01%
D. Numero di campioni coagulati.	0,4%	0,05%

Avanzamento progetto: **in linea con quanto previsto dal piano di miglioramento per il 2018.**

## COLONSCOPIA: PERCENTUALE RAGGIUNGIMENTO INTESTINO CIECO DURANTE L'ESAME

L'indicatore si propone di rilevare la percentuale di colonscopie che raggiungono l'intestino cieco, rilevazione che è espressione di qualità dell'esame diagnostico. L'obiettivo è

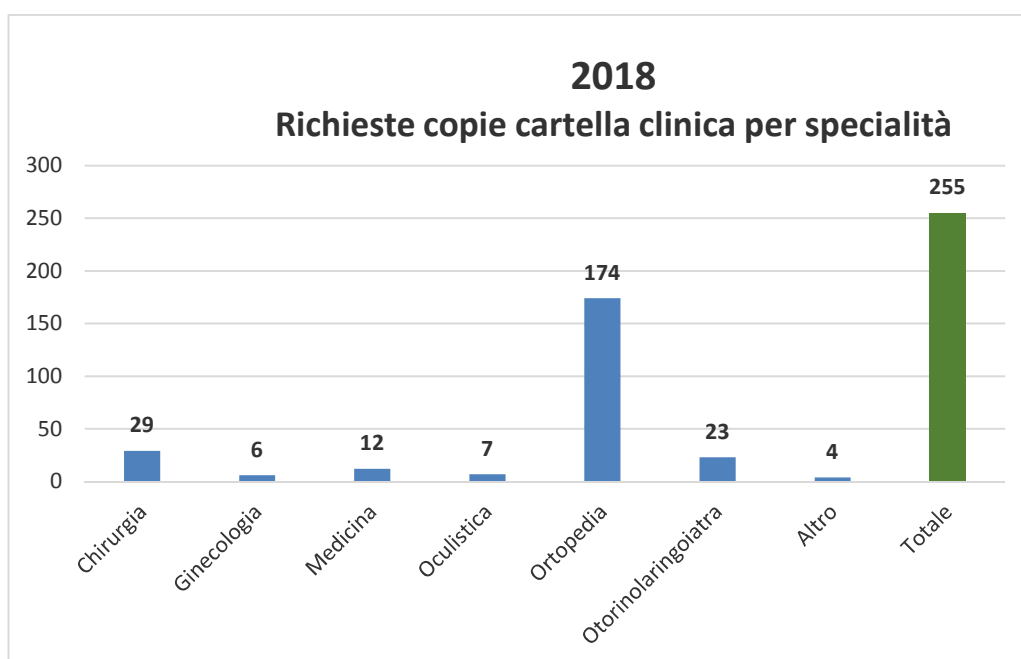
raggiungere almeno il 70% sul totale degli interventi rilevati. Nel 2018 l'obiettivo è stato raggiunto nel 86,4% degli esami effettuati.

DESCRIZIONE	OBIETTIVO	RISULTATO ANNUALE
Numero di colonscopie che hanno raggiunto l'intestino cieco.	70%	86,4%

Avanzamento progetto: **in linea con quanto previsto dal piano di miglioramento per il 2018.**

## MONITORAGGIO TEMPI DI CONSEGNA DELLA COPIA DI CARTELLA CLINICA DI RICOVERI

L'indicatore si propone di rilevare la tempistica per la consegna della copia della cartella clinica completa per i ricoveri in ottemperanza della Legge Gelli che impone un massimo di 30 gg.



Nel 2018, su un totale di 255 richieste (v. grafico), 63 non hanno rispettato il termine di consegna dei 30 giorni. Il totale delle cartelle consegnate rispettando la tempistica stabilita è quindi circa del 75% rispetto al 100% prefissato come obiettivo. La percentuale è

sensibilmente migliorata rispetto all'anno precedente (+5%) ma l'obiettivo non è ancora raggiunto; questa mancanza è dovuta principalmente ad alcuni esami diagnostici che richiedono tempistiche lunghe per la refertazione e che non consentono quindi la chiusura della cartella.

Avanzamento progetto anno 2018: **NON in linea con quanto previsto dal piano di miglioramento per il 2018.**

## **INFORMATIZZAZIONE FOGLIO TERAPIA, DIARIO CLINICO E INFERMIERISTICO**

Nel corso del 2018 è stata interamente rinnovata la rete WiFi della casa di cura, il che permette collegamenti affidabili al sistema. Purtroppo l'opera di adattamento del modello prescelto alle esigenze della casa di cura è stato ed è, al momento della scrittura, ancora in fase di implementazione tanto che, ad ora, non è possibile ipotizzare la data di realizzazione finale. L'unico dato positivo è che tutto il personale medico ed infermieristico dell'UO Medicina Interna è stato addestrato nelle funzioni di base.

Avanzamento progetto: **NON in linea con quanto previsto dal piano di miglioramento per il 2018.**

## **IMPLEMENTAZIONE DELLA FIRMA GRAFOMETRICA DEI PAZIENTI**

La Casa di Cura realizzerà la progressiva informatizzazione di tutta la documentazione amministrativa e sanitaria che necessita della sottoscrizione da parte dei pazienti (consensi informati, questionari, consensi privacy). L'implementazione della firma grafometrica avverrà mediante lo sviluppo del programma Medarchiver adottando tecnologie e software che consentiranno di raccogliere la firma dei pazienti sui documenti mediante supporti tablet in osservanza alla normativa vigente. Entro il 2018 è prevista l'implementazione della firma grafometrica nelle attività della medicina dello sport e per la raccolta dei consensi alla privacy. Entro il 2019 l'informatizzazione si estenderà progressivamente a tutta la restante documentazione.

Nel corso del 2017 è stata effettuata l'analisi dei processi potenzialmente interessati all'adozione della firma grafometrica ed è stato assegnato l'incarico alla società Medarchiver per lo sviluppo dei relativi software. Durante il 2018 la firma grafometrica è stata implementata per la Medicina dello sport e i pazienti effettuano tutte le firme su appositi supporti tablet.

Avanzamento progetto: **in linea con quanto previsto dal piano di miglioramento per il 2018.**

## **IMPLEMENTAZIONE DELLA FIRMA ELETTRONICA PER TUTTI I MEDICI DELLA CASA DI CURA**

A seguito dell'aggiornamento del software di gestione della firma elettronica avvenuta nel 2017, nel 2018 è stata implementata la firma elettronica tramite smart card per tutti i medici della Salus: attualmente il 90% del personale medico è in grado di firmare elettronicamente i referti.

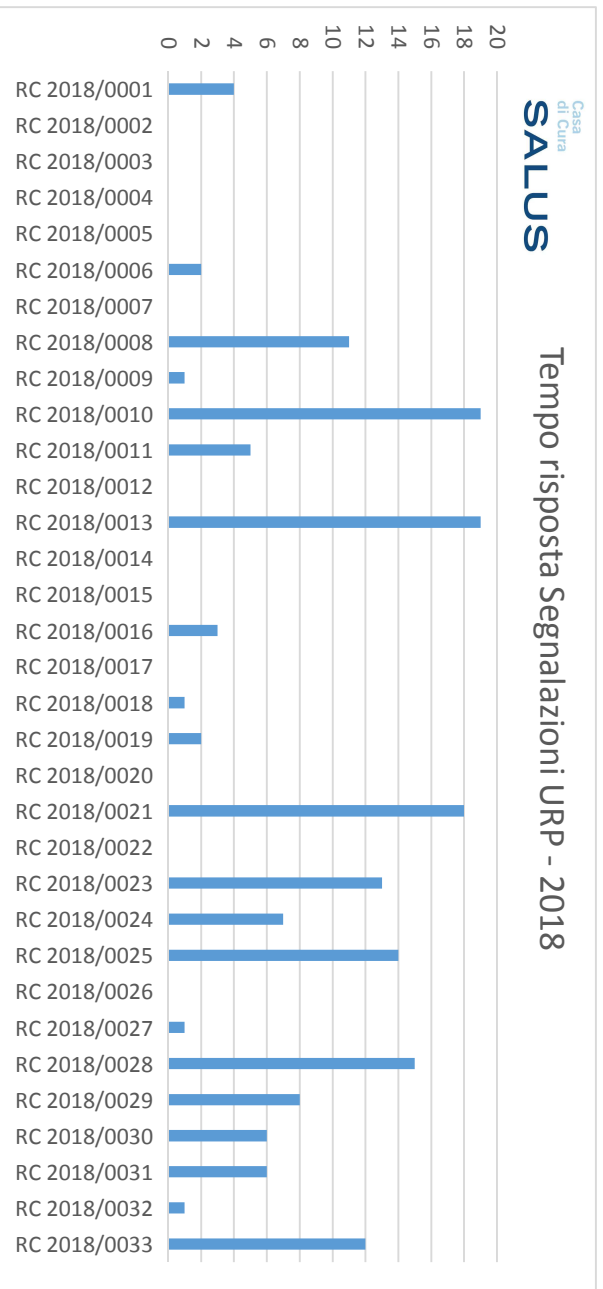
Entro la fine del 2019 si prevede di estendere l'uso della firma elettronica a tutte le specialità ambulatoriali convenzionate con il S.S.R. (anestesia e rianimazione, chirurgia generale, dermatologia, neurologia, oculistica, ortopedia, otorinolaringoiatria). Il progetto si riterrà raggiunto al 100% se tutte le specialità verranno dotate di firma elettronica.

Avanzamento progetto: **in linea con quanto previsto dal piano di miglioramento per il 2018.**

## **TEMPI DI RISPOSTA ED EFFICIENZA URP**

L'indicatore si propone di rilevare l'efficienza dell'URP mediante la verifica del numero di segnalazioni inoltrate dagli utenti che ricevono risposta scritta da parte della casa di cura. Nel 2018 sono stati ricevuti 33 reclami che hanno ricevuto risposta scritta o telefonica nei tempi prefissati (> 30gg). La diversa tempistica della risposta dipende anche dal tipo di segnalazione proposta: alcune di queste possono richiedere indagini e approfondimenti per rispondere al segnalante in maniera consona e soddisfacente; altre invece necessitano di una risposta immediata per una pronta soluzione.





**Avanzamento progetto: in linea con quanto previsto dal piano di miglioramento per il 2018.**

## 4. Campagna investimenti

### RELAZIONE SUL PIANO DEGLI INVESTIMENTI 2018

Con riferimento al piano degli investimenti 2018 rappresentiamo di seguito gli acquisti di attrezzature sanitarie realizzati e le motivazioni degli scostamenti rispetto a quanto previsto dal piano stesso:

#### U.O. CHIRURGIA GENERALE

• Nessun Investimento previsto a piano 2018	
---	--

#### U.O. GINECOLOGIA

• Nessun Investimento previsto a piano 2018	
---	--

#### U.O. MEDICINA GENERALE

• Apparecchio per aerosol	<b>Rimandato al 2019</b>
• Sollevatore elettrico	Acquistato

#### U.O. OCULISTICA

• Topografo corneale	<b>NON PREVISTO</b> - Acquistato
• Biometro	Acquistato

#### U.O. ORTOPEDIA

• Lettino visita elettrico	<b>NON PREVISTO</b> - Acquistato
• Strumento chirurgico	<b>NON PREVISTO</b> - Acquistato
• Motore per chirurgia del piede	Acquistato

#### U.O. OTORINOLARINGOIATRIA

• Monitor per endoscopia ambulatoriale	Acquistato
• Telecamera per microscopio operatorio	Acquistato
• Strumento chirurgico	<b>NON PREVISTO</b> - Acquistato

## SERVIZIO DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE + SALA OPERATORIA

• Ventilatore e monitor per back-up	<b>Rimandato al 2019</b>
• Fibroscopio flessibile per intubazioni	<b>Rimandato al 2019</b>
• Monitor per monitoraggio curarizzazione anestesia	Acquistato
• Carrello sollevatore	Acquistato
• Lava strumenti per lavaggio cannulati	<b>Rimandato al 2019</b>
• Lampada sciallitica	<b>NON PREVISTO</b> - Acquistato

## SERVIZIO DI CARDIOLOGIA

• Software per lettura Holter Sentinel	<b>Rimandato al 2019</b>
--	--------------------------

## SERVIZIO DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA

• Nessun Investimento previsto a piano 2018	
---	--

## SERVIZIO DI LABORATORIO DI ANALISI

• Preanalitica	<b>Rimandato al 2019</b>
• Cappa aspirante	<b>NON PREVISTO</b> - Acquistato

## SERVIZIO DI MEDICINA DELLO SPORT

• Tre monitor per visualizzazione tracciato ECG	<b>Rimandato al 2019</b>
---	--------------------------

## SERVIZIO DI MEDICINA DEL LAVORO

• Visiotest	Acquistato
-------------	------------

## SERVIZIO DI RADIOLOGIA

• Iniettore per RM	Acquistato
• Due masterizzatore	Acquistato
• Ecografo	<b>NON PREVISTO</b> - Acquistato
• Ecografo	<b>NON PREVISTO</b> - Acquistato

### **AMBULATORIO DI NEUROLOGIA**

• Masterizzatore CD per ecografo	Annullato
• Stimolatore elettrico elettromiografo	Annullato

### **AMBULATORIO DI DERMATOLOGIA**

• Elettrobisturi	<b>NON PREVISTO</b> - Acquistato
• Dermatoscopio	<b>NON PREVISTO</b> - Acquistato

## **PIANO DEGLI INVESTIMENTI 2019**

Facendo seguito alle Relazioni annuali sulle apparecchiature elettromedicali compilate da tutti i Responsabili di U.O. e di Servizio della Casa di Cura, la Direzione aziendale e la Direzione Sanitaria, sulla base delle risorse disponibili e dei livelli di obsolescenza delle attrezzature, hanno provveduto ad elaborare per il 2019 il seguente piano degli investimenti:

### **U.O. CHIRURGIA GENERALE**

- Lavastrumenti di nuova generazione (per cannulati e stampante per la tracciabilità)
- Postazione PC a muro
- Stampante in magazzino collegata a tutti i Pc del comprensorio operatorio

### **U.O. GINECOLOGIA**

- Nessun Investimento previsto

### **U.O. MEDICINA GENERALE**

- Apparecchio per aerosol
- CPAP

### **U.O. OCULISTICA**

- Autorefrattometro
- Fluoroscopio
- Sistema di planing preoperatorio per le protesi (pianificazione digitale 3D)

### **U.O. OTORINOLARINGOIATRIA**

- Polisonnografo NOX (MedicAir)

### **SERVIZIO DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE**

- Ventilatore e monitor per back-up
- Fibroscopio flessibile per intubazioni difficili
- Sonda convex per ecografo adatta a blocchi nevi profondi
- Sistemi di riscaldamento pazienti a materasso

### **SERVIZIO DI CARDIOLOGIA**

- Nessun Investimento previsto

### **SERVIZIO DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA**

- Nessun Investimento previsto

### **SERVIZIO DI LABORATORIO DI ANALISI**

- Cella frigorifera
- Aggiornamento strumentazione per l'esecuzione dell'esame delle urine (attualmente Menarini)
- Preanalitica
- Cobas 8000

### **SERVIZIO DI MEDICINA DELLO SPORT**

- Due monitor per visualizzazione tracciato ecg
- Sfigmomanometro pediatrico

### **SERVIZIO DI MEDICINA DEL LAVORO**

- Alcool test

### **SERVIZIO DI RADIOLOGIA**

- Nessun Investimento previsto

### **AMBULATORIO DI NEUROLOGIA**

- Nessun Investimento previsto

### **AMBULATORIO DI DERMATOLOGIA**

- Nessun Investimento previsto

## **RELAZIONE SULLE ATTIVITA' DI MANUTENZIONE DELLE APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI 2018**

Tutte le apparecchiature elettromedicali in servizio all'interno della struttura sono catalogate e classificate con definizione del responsabile clinico e del responsabile della manutenzione ordinaria e sono sottoposte ai controlli di sicurezza elettrica previste dalle normative vigenti. Tutte le apparecchiature elettromedicali sono gestite attraverso un software di gestione che al suo interno contiene tutta la documentazione relativa alle manutenzioni ed alle scadenze amministrative. Tale software permette inoltre, attraverso appositi filtri, la verifica delle date di acquisto, dei costi di riparazione e gestione e delle tecnologie utilizzate, questo, oltre alla verifica della frequenza di guasto determina l'obsolescenza del parco apparecchi.

Dall'analisi dei dati contenuti nel software è risultato che alcune apparecchiature o per guasti frequenti o per obsolescenza tecnica dovevano essere sostituite.

Non tutte le apparecchiature sono dotate di contratti di manutenzione preventiva o correttiva. La scelta delle apparecchiature alle quali associare dei contratti è stata fatta di concerto con la Direzione Operativa, il Direttore Sanitario ed il responsabile clinico di specialità valutando la necessità legata alle prescrizioni del costruttore, ai motivi di affidabilità ed ai motivi sanitari e di sicurezza per il paziente.

Alla luce di queste indicazioni sono stati stipulati contratti di manutenzione per le seguenti apparecchiature:

- Risonanza magnetica;
- TAC;
- TELECOMANDATO RX
- Apparecchi di ventilazione polmonare;
- Lampade scialitiche;
- Pensili sale operatorie;
- Letti operatori;
- Sterilizzatrici e lava strumenti;
- Impianti gas medicali e relative centrali;
- Apparecchi laser chirurgici;
- Apparecchi laser;
- Fluorangiografo;
- Campimetro;
- Biometro;
- Microscopi operatori;

- Apparecchi di laboratorio;
- Defibrillatori
- Ecografi
- Holter
- Elettrocardiografi
- Apparecchi per prove da sforzo

Il dettaglio dei contratti di manutenzione e di quali apparecchiature ne sono dotati sono visibili per mezzo del software di gestione prima citato. Per le apparecchiature non dotate di contratto di manutenzione preventiva sono previsti, oltre alla manutenzione eseguita dall'operatore e prevista dal costruttore, solo degli interventi correttivi fatti su chiamata ed eseguiti in caso di guasto.

Il monitoraggio costante degli interventi e dei costi permette di gestire al meglio tutte le apparecchiature consentendo di fatto una pronta sostituzione in caso di obsolescenza o nel caso venga segnalato un significativo aumento dei guasti.



## 5. Formazione del personale

Nel 2018 sono proseguiti i corsi obbligatori relativi alla sicurezza sul posto di lavoro, come prescritto dal Dlgs. 81/08 e dall'Accordo Stato Regioni del 21/12/2011. Sono stati formati i nuovi assunti e i dipendenti che per diverse ragioni non avevano potuto partecipare ai corsi organizzati nell'anno precedente, centrale importanza ha assunto invece formare e addestrare tutto il personale sanitario, sulla prevenzione del rischio da movimentazione manuale dei carichi e dei pazienti e sui nuovi strumenti acquistati dalla Csa di Cura per la MMC la Rianimazione Cardio Polmonare. Accanto alla formazione prevista da normativa specifica, sono stati organizzati ed erogate molteplici attività di Formazione sia residenziali che sul campo, strettamente collegate alla crescita e aggiornamento professionale delle varie figure professionali in cui si articola il personale interno della Casa di Cura.

Per tutti i corsi Residenziali e le attività di Formazione sul Campo, rivolte a personale sanitario, interno e/o convenzionato, sono stati conferiti i crediti ECM.

Dopo 2 anni di Accredimento provvisorio, come Provider ECM, con Decreto n° 792/SPS del 28/05/2018 della Direzione Centrale Salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, la struttura ha ottenuto l'Accreditamento Standard come Provider Regionale ECM, con il codice POLITS.

### A - CORSI RESIDENZIALI E ATTIVITÀ DI FORMAZIONE SUL CAMPO CON CREDITI ECM

TITOLO	CREDITI	ORE	N. PARTECIPANTI
PROGRAMMA DI MIGLIORAMENTO DELLA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO NELLA CDC SALUS [POLITS_16058]	36,0	36	25
LA PREVENZIONE DEL RISCHIO DA MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI E DEI PAZIENTI NELLE STRUTTURE SANITARIE [POLITS_16057] - <b>N. 4 EDIZIONI</b>	9,6	6 PER EDIZIONE	12 PER EDIZIONE
DATA-MANAGER SOFTWARE PER LA CREAZIONE DI UN REPORT COMPLETO DELL'ESAME URINARIO [POLITS_16062]	10,0	10	10
FORMAZIONE DIRIGENTI PER LA SICUREZZA IN STRUTTURE SANITARIE (FAD) [POLITS_16065]	16,0	16	5
IL MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLE CONDIZIONI DI SALUTE E SICUREZZA IN SITUAZIONI DI EMERGENZA ED EVACUAZIONE [POLITS_16066] - <b>N. 2 EDIZIONI</b>	8,0	8 PER EDIZIONE	12 PER EDIZIONE

TITOLO	CREDITI	ORE	N. PARTECIPANTI
IL SISTEMA DI GESTIONE DELLA SALUTE E SICUREZZA NEL CONTESTO SANITARIO DELLA CASA DI CURA SALUS [POLITS_16068]	6,0	4	6
AGGIORNAMENTO SU RIANIMAZIONE CARDIO-POLMONARE E REAZIONI ALLERGICHE IN RADIODIAGNOSTICA [POLITS_16071]	4,5	3	15
CHALLENGING CASES IN CHIRURGIA OFTALMOPLASTICA [POLITS_16072]	10,4	8	25
CORSO MULTICENTRICO DI TECNICHE OPERATORIE DI RINOSOTTOPLASTICA [POLITS_16059]	22,4	16	25
CHIRURGIA DEL PIEDE: TECNICHE MININVASIVE A CONFRONTO [POLITS_16079]	8,0	5	15
CORSO TEORICO-PRATICO DI CHIRURGIA DEL PIEDE: TECNICHE MININVASIVE A CONFRONTO [POLITS_16080]	17,6	11	14

## B - CORSI SENZA CREDITI ECM

TITOLO	ORE	N. PARTECIPANTI
FORMAZIONE UTILIZZO BIOMETRICO OTTICO IOL MASTER 700	2	4
Formazione e addestramento pratico sul SISTRI – <b>N. 6 EDIZIONI</b> (GORIZIA, MUGGIA, MONFALCONE , VIA GALLINA, ROIANO, OPICINA)	2 PER EDIZIONE	4/6 PERE EDIZIONE
FORMAZIONE ADDETTI ALLA PREVENZIONE INCENDI, LOTTA ANTINCENDIO E GESTIONE DELL'EMERGENZA, IN AZIENDE CLASSIFICATE A RISCHIO ALTO	16	7
Formazione Specifica Lavoratori rischio Basso - Impiegati d'ufficio VDT – <b>2 EDIZIONI</b> IN AULA	4 PER EDIZIONE	2 PER EDIZIONE
ADDESTRAMENTO SULLA GESTIONE DOCUMENTALE IN QUALIBUS E MEDARCHIVER	2	28
DAL CODICE PRIVACY AL REG. EUROPEO 2018 COSA CAMBIA PER LE IMPRESE?	4	1
Formazione Generale Lavoratori (4 ore) - <b>FAD</b>	4 PER UTENTE	40 UTENTI
Formazione Lavoratori rischio Medio Specifica (8 ore)	8	3
Formazione Specifica Lavoratori rischio Basso - Impiegati d'ufficio in <b>FAD</b>	4 PER UTENTE	3 UTENTI

TITOLO	ORE	N. PARTECIPANTI
Formazione Specifica Lavoratori a rischio alto - settore sanitario	12	12
Formazione e Addestramento Pratico nuovo strumento - Sollevatore Elettrico e nuovo DAE semiautomatico - <b>2 EDIZIONI</b>	2 PER EDIZIONE	32 (1° ED) 18 (2° ED)
FORMAZIONE AGGIUNTIVA PER PREPOSTI - EDIZIONE MISTA FAD+AULA		
AGGIORNAMENTO PERIODICO DEI PREPOSTI - 3h 2018	3	17
Formazione Addetti Antincendio a Rischio Basso - Uffici	4	6
Aggiornamento Addetti Antincendio a Rischio Basso - Uffici	2	6
Il lavoro a termine e la somministrazione dopo il Decreto dignità	3	1
Aggiornamento Lavoratori sulla Sicurezza - Impiegati e addetti ai VDT (6 ore in 5 anni)	3	3
FORMAZIONE AGGIORNAMENTO RLS (8 ORE IN 1 ANNO)	8	1
CORSO BASE SU MS EXCEL PER IMPIEGATE AMMINISTRATIVE	12	4
MASTER BREVE ANALISI «TRIDIMENSIONALE» DEL REDDITO D'IMPRESA	35	1
ANALISI I-PROFILE	17	1
INCONTRI INFORMATIVI SULLE NOVITA' DEL GDPR IN MATERIA DI PRIVACY – <b>N. 6 EDIZIONI</b>	2 PER EDIZIONE	16/33 PER EDIZIONE
FORMAZIONE ADDETTO ANTINCENDIO A RISCHIO MEDIO - OPERAI E FATTORNI	8	1

## CONCLUSIONI

Complessivamente per il personale interno sono stati organizzati ed erogati, presso la sede della Casa di Cura Salus **50 corsi edizioni incluse**, dei quali **15 hanno rilasciato anche crediti ECM**.

Una residua parte del personale è stato iscritto ed ha partecipato a corsi esterni (Es. BLSA Sanitari – retraining presso l'AUSITS) in quanto non essendo stato possibile per loro partecipare ai corsi organizzati in sede, è stata comunque garantita la formazione obbligatoria a tutti.

Per l'anno 2018 gli obiettivi prefissati in fase di programmazione, sono stati tutti raggiunti e in certi casi superati. La quasi totalità del personale dipendente Sanitario ha ricevuto una

formazione che garantisca almeno il 90% dei Crediti ECM previsti per l'annualità (dato medio)

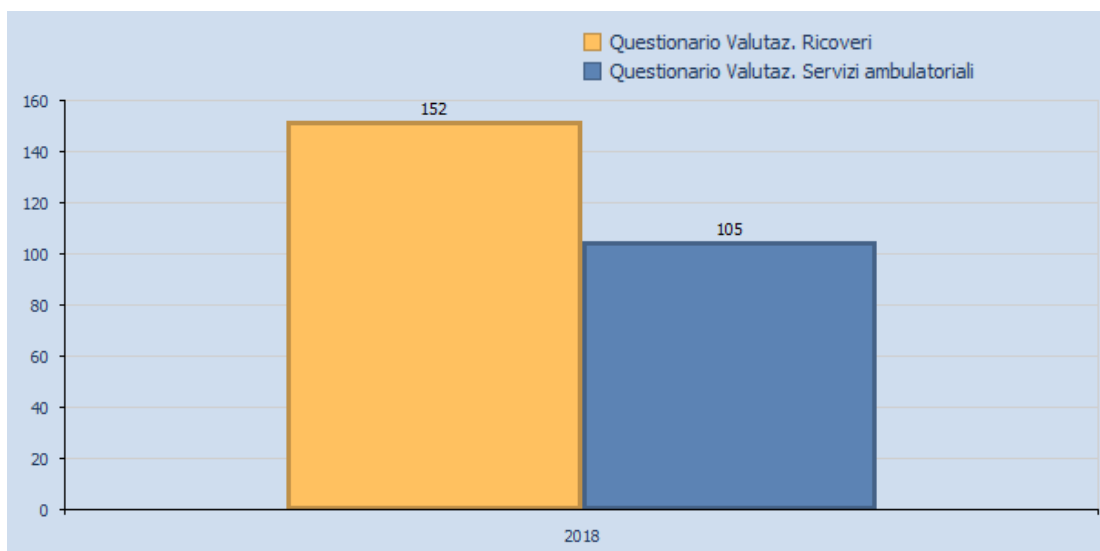
E' importante rilevare che per tutti gli eventi formativi programmati è stato somministrato il questionario di gradimento, nel caso dei corsi ECM. Si sottolinea inoltre che, le modalità di diffusione del PAAF all'interno della CdC e le attività poste in essere per garantire equità di accesso alla formazione, sono state gestite interamente attraverso il software per la gestione della Formazione del Personale interno Qualibus, che è accessibile da tutti i dipendenti e collaboratori convenzionati della Salus attraverso credenziali di accesso personalizzate.

## 6. URP. Verifica della qualità dei servizi erogati

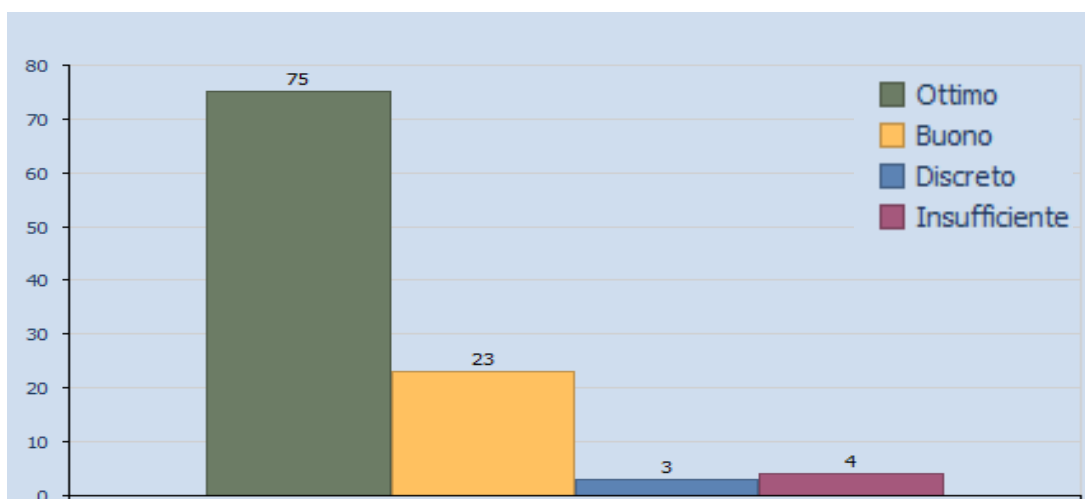
Per il 2018 i pazienti raggiunti dai nostri questionari sono stati 257. Rispetto all'anno precedente si registra quindi una piccola flessione nel numero di opinioni rilevate; questo calo è probabilmente dovuto al fatto che sempre più utenti trovano scomodo il supporto cartaceo per esprimere il proprio giudizio. Con la progressiva informatizzazione del sistema di gestione della accettazione ci si augura nel prossimo biennio di riuscire a inserire dei supporti come tablet e touch screen che consentano ai pazienti una modalità più rapida di valutare il servizio ricevuto. Il giudizio complessivo risulta essere quasi sempre ottimo sia per i ricoveri che per gli ambulatori dove c'è qualche valutazione insufficiente dovuta a lunghe attese che, inevitabilmente, qualche volta si creano per l'afflusso di pazienti.

Di seguito le tabelle riportanti i risultati.

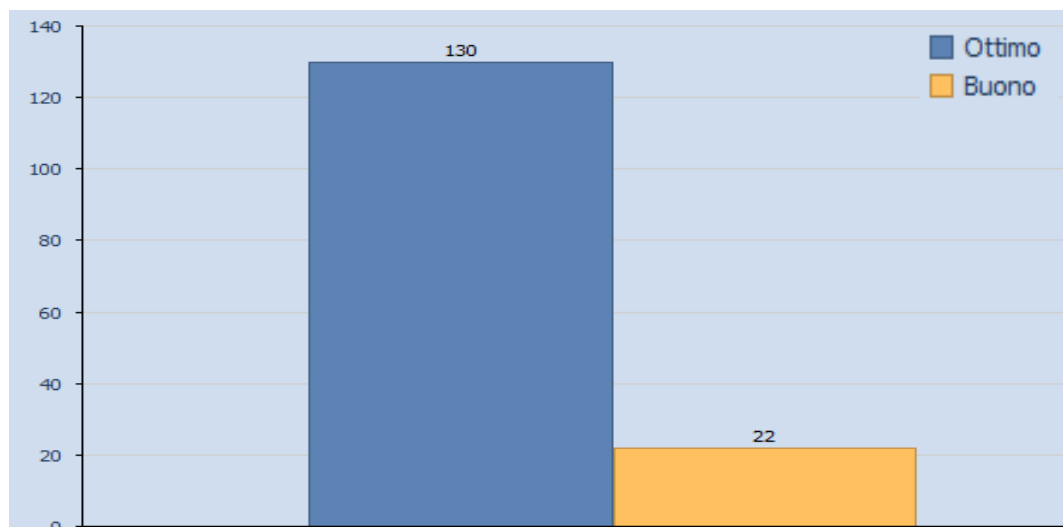
### Casa di SALUS - Questionari Valutazione Ricoveri e Ambulatori 2018



### Casa di Cura SALUS – Questionario Valutazione Ambulatori 2018

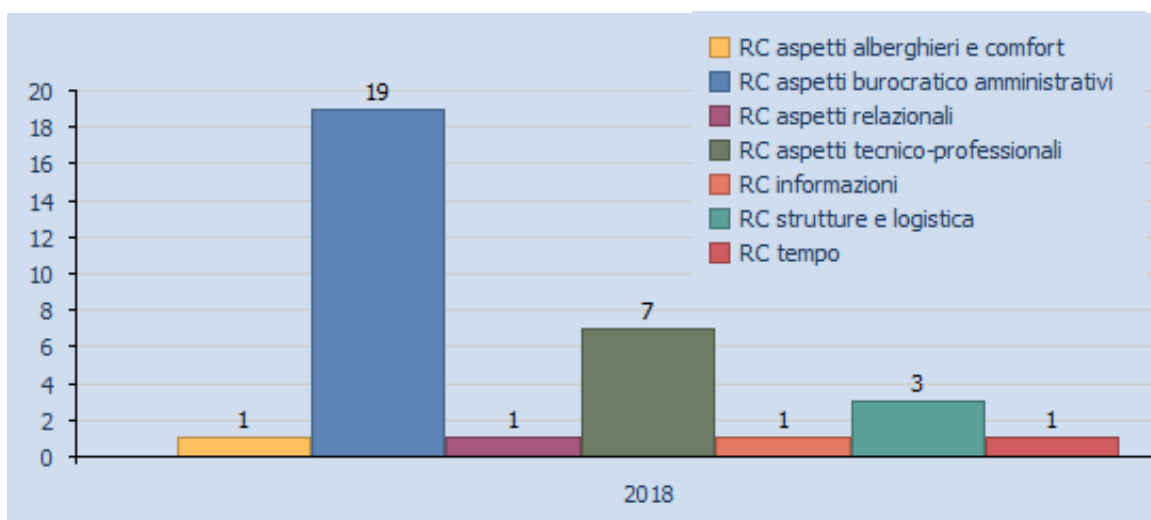


## Casa di Cura SALUS – Questionario Valutazione Ricoveri 2018



Gli elogi scritti sono stati 34, alcuni anche molto sentiti, da parte di pazienti che, in un momento di malattia e sconforto, hanno trovato alla Salus un ambiente e delle persone che hanno offerto loro cure e sostegno. Sempre più numerosi oramai i giudizi, quasi sempre positivi, che gli utenti esprimono sulla pagina facebook della Salus. La pagina riprende sempre le news del nostro sito e i commenti sono un utile strumento per intercettare gli umori degli utenti riguardo ai cambiamenti e alle novità introdotte. Sempre presenti durante l'anno elogi comparsi sul Il Piccolo per la cortesia e la professionalità del nostro personale. La maggior parte dei ringraziamenti sono fatti a voce e anche se non vengono rilevati, per ovvii motivi, e sono sicuramente il feedback più importante e motivante per tutti quelli che lavorano alla Salus.

## Casa di Cura SALUS - Reclami 2018



I reclami scritti sono stati 33 durante il 2018. Tutte le segnalazioni hanno ricevuto risposta scritta, nella maggior parte dei casi, oppure telefonica e immediata allorquando si è trattato di questioni urgenti da risolvere subito con una spiegazione o una soluzione per il paziente. Alcuni reclami sono stati inoltre gestiti unitamente all'URP dell'Asuits con il quale da qualche tempo c'è un rapporto di collaborazione anche sul versante del Tavolo regionale degli URP riunitosi nel giugno del 2018 a Udine. L'ambito che ha ricevuto più rimostranze è quello legato agli aspetti burocratico-amministrativi. Erogando servizi in convenzione con il SSR non è sempre semplice mediare le complessità della normativa e delle regole in ambito sanitario (prescrizioni, esenzioni, tempi di attesa ecc) trovando soluzioni che vengano incontro il più possibile alle esigenze dei pazienti. L'altro ambito che ha ricevuto qualche segnalazione in più riguarda gli aspetti più strettamente tecnici e professionali del servizio offerto. Nelle segnalazioni in questione spesso non viene tanto messa in discussione le capacità professionale del nostro personale quanto una mancata comunicazione/informazione sulla prestazione effettuata; questo spesso genera una impressione da parte dell'utente che la prestazione sia stata eseguita non correttamente o che ci sia comunque qualcosa di sbagliato, da cui le segnalazioni.

Per quanto riguarda questa tipologia di reclami che rientrano sotto la categoria dei tecnico-professionali, dall'agosto del 2018, in osservanza a quanto disposto dal tavolo dei Risk manager aziendali della Regione FVG e sempre nell'ambito della Rete Cure Sicure, è stato implementato un sistema all'interno del nostro gestionale (Qualibus) per cui è possibile inviare una segnalazione al Risk Manager ogni volta che ci si ritrova un reclamo classificato sotto l'ambito tecnico-professionale. Sarà poi il RM a valutare se effettivamente la segnalazione riguarda aspetti legati alla capacità tecnico-professionali che possono mettere a rischio la sicurezza dei pazienti e ad avviare eventuali Incident report, e conseguenti azioni correttive, coinvolgendo il tavolo aziendale del rischio clinico al quale partecipano tutti i link professional della Salus.

# TABELLE DI RIEPILOGO

## CHIRURGIA GENERALE E GINECOLOGIA / I

### U.O. CHIRURGIA GENERALE

Responsabile: **Dott. Fabrizio Briganti  
Piccoli**  
 Aiuto: **Dott. Luca  
Calligaris**  
 Assistente: **Dott.ssa Tiziana  
Ciutto**

### U.O. GINECOLOGIA

Aiuto Dirigente: **Dott. Sandro  
Gallucci**  
 Consulente: **Prof. Ezio  
Baraggino**  
 Consulente: **Dott.ssa Roberta  
Natale**

### PRESTAZIONI DI RICOVERO

	ANNO 2017			ANNO 2018			Diff.
	Ordinari	Day Hospital	Totale	Ordinari	Day Hospital	Totale	N.
<b>CHIRURGIA GENERALE:</b>							
Ricoveri A.S.S.	182	208	<b>390</b>	187	201	<b>388</b>	<b>-2</b>
Ricoveri privati (*)	62	30	<b>92</b>	78	45	<b>123</b>	<b>+31</b>
<b>Totale</b>	<b>244</b>	<b>238</b>	<b>482</b>	<b>265</b>	<b>246</b>	<b>511</b>	<b>+29</b>
<b>GINECOLOGIA:</b>							
Ricoveri A.S.S.	27	3	<b>30</b>	31	1	<b>32</b>	<b>+2</b>
Ricoveri privati	6	8	<b>14</b>	1	4	<b>5</b>	<b>-9</b>
<b>Totale</b>	<b>33</b>	<b>11</b>	<b>44</b>	<b>32</b>	<b>5</b>	<b>37</b>	<b>-7</b>
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>277</b>	<b>249</b>	<b>526</b>	<b>297</b>	<b>251</b>	<b>548</b>	<b>+22</b>

(\*) *Comprende gli interventi dei chirurghi esterni*



## CHIRURGIA GENERALE E GINECOLOGIA / 2

### PRINCIPALI INTERVENTI EFFETTUATI

	ANNO 2017				ANNO 2018				Diff.
	Ordinari	Day Hospital	Totale	% su tot. regionale	Ordinari	Day Hospital	Totale	% su tot. regionale	N°
<b>CHIRURGIA:</b>									
Ernie	75	155	<b>230</b>	<b>6,82%</b>	78	165	<b>243</b>	<b>7,07%</b>	<b>+13</b>
Varici	15	69	<b>84</b>	<b>5,04%</b>	6	59	<b>65</b>	<b>3,99%</b>	<b>-19</b>
Emorroidi	16	0	<b>16</b>	<b>1,30%</b>	15	0	<b>15</b>	<b>1,06%</b>	<b>-1</b>
Colecisti	69	0	<b>69</b>	<b>4,68%</b>	89	0	<b>89</b>	<b>5,54%</b>	<b>+20</b>
Altri interventi	69	14	<b>83</b>	<b>/</b>	77	22	<b>99</b>	<b>/</b>	<b>+16</b>
<b>Totale</b>	<b>244</b>	<b>238</b>	<b>482</b>	<b>/</b>	<b>265</b>	<b>246</b>	<b>511</b>	<b>/</b>	<b>+29</b>
<b>GINECOLOGIA:</b>									
Altri interventi	33	11	<b>44</b>	<b>/</b>	32	5	<b>37</b>	<b>/</b>	<b>-7</b>
<b>Totale</b>	<b>33</b>	<b>11</b>	<b>44</b>	<b>/</b>	<b>32</b>	<b>5</b>	<b>37</b>	<b>/</b>	<b>-7</b>
<b>TOTALE GEN.</b>	<b>277</b>	<b>249</b>	<b>526</b>	<b>/</b>	<b>297</b>	<b>251</b>	<b>548</b>	<b>/</b>	<b>+22</b>

## CHIRURGIA GENERALE E GINECOLOGIA / 3

### PRESTAZIONI AMBULATORIALI

PRESTAZIONE	ANNO 2017				ANNO 2018				Diff.
	Interni	Esterni A.S.S.	Esterni Privati	Totale	Interni	Esterni A.S.S.	Esterni Privati	Totale	N°
<b>CHIRURGIA GEN.:</b>									
Interventi ambulatoriali	0	3	68	<b>71</b>	0	6	114	<b>120</b>	<b>+49</b>
Altre prestazioni	0	117	0	<b>117</b>	0	110	0	<b>110</b>	<b>-7</b>
Visite chirurgiche	0	739	1.504	<b>2.243</b>	0	690	1.876	<b>2.566</b>	<b>+323</b>
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>859</b>	<b>1.572</b>	<b>2.431</b>	<b>0</b>	<b>806</b>	<b>1.990</b>	<b>2.796</b>	<b>+365</b>
<b>GINECOLOGIA:</b>									
Visite e prestazioni ginecologiche	4	0	1.103	<b>1.107</b>	2	0	1.300	<b>1.302</b>	<b>+195</b>
<b>Totale</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>1.103</b>	<b>1.107</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1.300</b>	<b>1.302</b>	<b>+195</b>
<b>TOTALE GEN.</b>	<b>4</b>	<b>859</b>	<b>2.675</b>	<b>3.538</b>	<b>2</b>	<b>806</b>	<b>3.290</b>	<b>4.098</b>	<b>+560</b>

### Eco(color)doppler arti superiori e inferiori

Dott.ssa Tiziana Ciutto

PRESTAZIONE	ANNO 2017				ANNO 2018				Diff.
	Interni	Esterni A.S.S.	Esterni Privati	Totale	Interni	Esterni A.S.S.	Esterni Privati	Totale	N°
Eco color doppler arti	266	487	524	<b>1.277</b>	251	449	570	<b>1.270</b>	<b>-7</b>
<b>TOTALE GEN.</b>	<b>266</b>	<b>487</b>	<b>524</b>	<b>1.277</b>	<b>251</b>	<b>449</b>	<b>570</b>	<b>1.270</b>	<b>-7</b>

### Endoscopia digestiva

Dott. Fabrizio Briganti Piccoli / Dott. Luca Calligaris

PRESTAZIONE	ANNO 2017				ANNO 2018				Diff.
	Interni	Esterni A.S.S.	Esterni Privati	Totale	Interni	Esterni A.S.S.	Esterni Privati	Totale	N°
Esofago-gastro-duodeno	26	33	210	<b>269</b>	23	15	203	<b>241</b>	<b>-28</b>
Video-colon-scopia	31	234	342	<b>607</b>	31	310	331	<b>672</b>	<b>+65</b>
<b>TOTALE GEN.</b>	<b>57</b>	<b>267</b>	<b>552</b>	<b>876</b>	<b>54</b>	<b>325</b>	<b>534</b>	<b>913</b>	<b>+37</b>

## MEDICINA GENERALE E CARDIOLOGIA / I

Responsabile: **Dott. Giuliano Franca**  
Aiuto Dirigente: **Dott.ssa Michela Pasqua**  
Assistente: **Dott.ssa Camilla Camerini**  
Resp. cardiologia: **Dott. Roberto Marini**  
Consulente cardiologia: **Dott. Ezio Alberti**  
Consulente cardiologia: **Dott. Auro Gombacci**

### PRESTAZIONI DI RICOVERO

	ANNO 2017			ANNO 2018			Diff.
	Ordinari	Day Hospital	Totale	Ordinari	Day Hospital	Totale	N.
Ricoveri A.S.S.	187	36	<b>223</b>	178	23	<b>201</b>	<b>-22</b>
Ricoveri privati	73	5	<b>78</b>	82	6	<b>88</b>	<b>+10</b>
<b>Totale</b>	<b>260</b>	<b>41</b>	<b>301</b>	<b>260</b>	<b>29</b>	<b>289</b>	<b>-12</b>

### PRINCIPALI PATOLOGIE TRATTATE

	ANNO 2017				ANNO 2018				Diff.
	Ordinari	Day Hospital	Totale	% su tot. regionale	Ordinari	Day Hospital	Totale	% su tot. regionale	N°
Gastroenterologie (8 Drg più rappresentati)	32	2	<b>34</b>	/	35	0	<b>35</b>	/	<b>+1</b>
Cardiologia (5 Drg più rappresentati)	40	6	<b>46</b>	/	49	2	<b>51</b>	/	<b>+5</b>
Pneumologia (4 Drg più rappresentati)	40	2	<b>42</b>	/	22	0	<b>22</b>	/	<b>-20</b>
Ematologia ed oncologia (3 Drg più rappresentati)	18	0	<b>18</b>	/	34	2	<b>36</b>	/	<b>+18</b>
Altri interventi	130	31	<b>161</b>	/	120	25	<b>145</b>	/	<b>-16</b>
<b>Totale</b>	<b>260</b>	<b>41</b>	<b>301</b>	/	<b>260</b>	<b>29</b>	<b>289</b>	/	<b>-12</b>

## MEDICINA GENERALE E CARDIOLOGIA / 2

### PRESTAZIONI AMBULATORIALI

PRESTAZIONE	ANNO 2017				ANNO 2018				Diff.
	Interni	Esterni A.S.S.	Esterni Privati	Totale	Interni	Esterni A.S.S.	Esterni Privati	Totale	N°
E.C.G.	2.394	783	8.610	<b>11.787</b>	2.964	875	8.366	<b>12.205</b>	<b>+418</b>
E.C.G. di Holter	1	163	68	<b>232</b>	0	94	66	<b>160</b>	<b>-72</b>
Ecocardiografia	2	476	173	<b>651</b>	4	480	182	<b>666</b>	<b>+15</b>
Test da sforzo con cicloergometro	0	66	686	<b>752</b>	0	63	668	<b>731</b>	<b>-21</b>
Visite cardiologiche	7	721	1.298	<b>2.026</b>	12	813	1.069	<b>1.894</b>	<b>-132</b>
Visite medicina interna e endocrinologia	0	0	1.859	<b>1.859</b>	0	0	2.083	<b>2.083</b>	<b>+224</b>
<b>Totale</b>	<b>2.404</b>	<b>2.209</b>	<b>12.694</b>	<b>17.307</b>	<b>2.980</b>	<b>2.325</b>	<b>12.434</b>	<b>17.739</b>	<b>+432</b>

## OCULISTICA / 1

Dirigente: **Dott. Fabio Baccara**  
Aiuto: **Dott. Franco Valdi**  
Assistente: **Dott. Raffaele Sabella**  
Assistente: **Dott.ssa Rosita Grandin**  
Assistente: **Dott. Luca Michelone**

### PRESTAZIONI DI RICOVERO E INTERVENTI AMBULATORIALI

	ANNO 2017			ANNO 2018			Diff.
	Ordinari	Day Hospital	Totale	Ordinari	Day Hospital	Totale	N.
Ricoveri A.S.S.	0	62	<b>62</b>	0	56	<b>56</b>	<b>-6</b>
Cataratta ambulatoriale	0	917	<b>917</b>	0	990	<b>990</b>	<b>+73</b>
Ricoveri privati	1	90	<b>91</b>	2	88	<b>90</b>	<b>-1</b>
<b>Totale</b>	<b>1</b>	<b>1.069</b>	<b>1.070</b>	<b>2</b>	<b>1.134</b>	<b>1.136</b>	<b>+66</b>

### PRINCIPALI INTERVENTI EFFETTUATI

	ANNO 2017				ANNO 2018				Diff.
	Ordinari	Day Hospital	Totale	% su tot. regionale	Ordinari	Day Hospital	Totale	% su tot. regionale	N°
Cataratta	0	82	<b>82</b>	/	1	77	<b>78</b>	/	<b>-4</b>
Cataratta ambulat.	0	917	<b>917</b>	/	0	990	<b>990</b>	/	<b>+73</b>
Interv.sulle strutture extraoculari	1	67	<b>68</b>	13,86%	0	65	<b>65</b>	13,30%	<b>-3</b>
Altri interventi	0	3	<b>3</b>	/	1	2	<b>3</b>	/	<b>+0</b>
<b>Totale</b>	<b>1</b>	<b>1.069</b>	<b>1.070</b>	/	<b>2</b>	<b>1.134</b>	<b>1.136</b>	/	<b>+66</b>

## OCULISTICA / 2

### PRESTAZIONI AMBULATORIALI

PRESTAZIONE	ANNO 2017				ANNO 2018				Diff.
	Interni	Esterni A.S.S.	Esterni Privati	Totale	Interni	Esterni A.S.S.	Esterni Privati	Totale	N°
Laser	0	271	24	<b>295</b>	0	263	34	<b>297</b>	<b>+2</b>
Fluorangiografia	0	82	9	<b>91</b>	0	118	14	<b>132</b>	<b>+41</b>
Tomografia a coerenza ottica	0	311	118	<b>429</b>	0	309	114	<b>423</b>	<b>-6</b>
Interventi ambulatoriali	0	25	6	<b>31</b>	0	29	41	<b>70</b>	<b>+39</b>
Altre prestazioni	0	436	260	<b>696</b>	0	564	261	<b>825</b>	<b>+129</b>
Visite oculistiche	0	2.201	3.705	<b>5.906</b>	0	2.076	3.087	<b>5.163</b>	<b>-743</b>
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>3.326</b>	<b>4.122</b>	<b>7.448</b>	<b>0</b>	<b>3.359</b>	<b>3.551</b>	<b>6.910</b>	<b>-538</b>

## ORTOPEDIA / 1

Dirigente: **Dott. Mauro Di Leo**  
 Aiuto: **Dott. Pierfrancesco Lenghi**                      Consulente: **Dott. Andrea Maggi**  
 Aiuto: **Dott.ssa Valentina Cimarosti**                      Consulente: **Dott. Fausto Zanelli**  
 Assistente: **Dott. Giulio Mellini**                      Consulente: **Dott. Piergiorgio Bertolin**  
 Assistente: **Dott.ssa Francesca De Cleva**                      Consulente: **Dott. Silvio Demitri**

### PRESTAZIONI DI RICOVERO E INTERVENTI AMBULATORIALI

	ANNO 2017			ANNO 2018			Diff.
	Ordinari	Day Hospital	Totale	Ordinari	Day Hospital	Totale	N.
Ricoveri A.S.S.	1.062	592	<b>1.654</b>	919	627	<b>1.546</b>	<b>-108</b>
Interventi ambulatoriali	0	71	<b>71</b>	0	59	<b>59</b>	<b>-12</b>
Ricoveri privati	39	19	<b>58</b>	32	18	<b>50</b>	<b>-8</b>
<b>Totale</b>	<b>1.101</b>	<b>682</b>	<b>1.783</b>	<b>951</b>	<b>704</b>	<b>1.655</b>	<b>-128</b>

### PRINCIPALI INTERVENTI EFFETTUATI

	ANNO 2017				ANNO 2018				Diff.
	Ordinari	Day Hospital	Totale	% su tot. regionale	Ordinari	Day Hospital	Totale	% su tot. regionale	N°
Protesi di anca e ginocchio	234	0	<b>234</b>	<b>4,98%</b>	217	0	<b>217</b>	<b>4,64%</b>	<b>-17</b>
Interventi sul ginocchio (legamento e menisco)	174	371	<b>545</b>	<b>11,95%</b>	181	532	<b>713</b>	<b>13,14%</b>	<b>+168</b>
Interventi correttivi sul piede	524	38	<b>562</b>	<b>33,66%</b>	438	42	<b>480</b>	<b>26,59%</b>	<b>-82</b>
Interventi sulla spalla	82	0	<b>82</b>	<b>12,75%</b>	80	0	<b>80</b>	<b>13,58%</b>	<b>-2</b>
Neuroma di Morton	17	70	<b>87</b>	<b>20,45%</b>	7	43	<b>50</b>	<b>13,12%</b>	<b>-37</b>
Dita a martello e tunnel carpale	0	71	<b>71</b>	/	0	59	<b>59</b>	/	<b>-12</b>
Altri interventi	70	132	<b>202</b>	/	28	28	<b>56</b>	/	<b>-146</b>
<b>Totale</b>	<b>1.101</b>	<b>682</b>	<b>1.783</b>	/	<b>951</b>	<b>704</b>	<b>1.655</b>	/	<b>-128</b>

## ORTOPEDIA / 2

### PRESTAZIONI AMBULATORIALI

PRESTAZIONE	ANNO 2017				ANNO 2018				Diff.
	Interni	Esterni A.S.S.	Esterni Privati	Totale	Interni	Esterni A.S.S.	Esterni Privati	Totale	N°
Interventi ambulatoriali	0	6	81	<b>87</b>	0	10	96	<b>106</b>	<b>+19</b>
Altre prestazioni	0	3.682	231	<b>3.913</b>	0	3.577	204	<b>3.781</b>	<b>-132</b>
Visita ortopedica	0	2.396	1.703	<b>4.099</b>	0	2.262	2.091	<b>4.353</b>	<b>+254</b>
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>6.084</b>	<b>2.015</b>	<b>8.099</b>	<b>0</b>	<b>5.849</b>	<b>2.391</b>	<b>8.240</b>	<b>+141</b>



## OTORINOLARINGOIATRIA / I

Dirigente: **Dott. Alessandro Varini**                      Assistente: **Dott. Paolo Tattoni**  
Assistente: **Dott.ssa Carmelina Pisanti**                      Consulente: **Dott. Massimo Spanio**  
Assistente: **Dott.ssa Ledia Papanikolla**                      Consulente: **Dott. Francesco Nicastro**

### **PRESTAZIONI DI RICOVERO**

	ANNO 2017			ANNO 2018			Diff.
	Ordinari	Day Hospital	Totale	Ordinari	Day Hospital	Totale	N.
Ricoveri A.S.S.	180	100	<b>280</b>	186	69	<b>255</b>	<b>-25</b>
Ricoveri privati	33	7	<b>40</b>	27	9	<b>36</b>	<b>-4</b>
<b>Totale</b>	<b>213</b>	<b>107</b>	<b>320</b>	<b>213</b>	<b>78</b>	<b>291</b>	<b>-29</b>

### **PRINCIPALI INTERVENTI EFFETTUATI**

	ANNO 2017				ANNO 2018				Diff.
	Ordinari	Day Hospital	Totale	% su tot. regionale	Ordinari	Day Hospital	Totale	% su tot. regionale	N°
Seni e mastoidi	65	5	<b>70</b>	<b>9,37%</b>	76	3	<b>79</b>	<b>10,76%</b>	<b>+9</b>
Tonsillect. >17 anni	19	0	<b>19</b>	<b>11,05%</b>	35	2	<b>37</b>	<b>12,95%</b>	<b>+18</b>
Miscellanea su naso e bocca	88	53	<b>141</b>	<b>14,35%</b>	64	42	<b>106</b>	<b>11,09%</b>	<b>-35</b>
Altri interventi	41	49	<b>90</b>	<b>/</b>	38	31	<b>69</b>	<b>/</b>	<b>-21</b>
<b>Totale</b>	<b>213</b>	<b>107</b>	<b>320</b>	<b>/</b>	<b>213</b>	<b>78</b>	<b>291</b>	<b>/</b>	<b>-29</b>

## OTORINOLARINGOIATRIA / 2

### PRESTAZIONI AMBULATORIALI

PRESTAZIONE	ANNO 2017				ANNO 2018				Diff.
	Interni	Esterni A.S.S.	Esterni Privati	Totale	Interni	Esterni A.S.S.	Esterni Privati	Totale	N°
Audiometria	0	241	208	<b>449</b>	0	255	179	<b>434</b>	<b>-15</b>
Interventi ambulatoriali	0	283	16	<b>299</b>	0	373	26	<b>399</b>	<b>+100</b>
Altre prestazioni	0	602	9	<b>611</b>	0	666	4	<b>670</b>	<b>+59</b>
Visite otorino	0	2.113	2.445	<b>4.558</b>	0	2.369	2.058	<b>4.427</b>	<b>-131</b>
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>3.239</b>	<b>2.678</b>	<b>5.917</b>	<b>0</b>	<b>3.663</b>	<b>2.267</b>	<b>5.930</b>	<b>+13</b>

**AMBULATORIO DI NEUROLOGIA - FISIOPATOLOGIA DEL  
SISTEMA NERVOSO E NEUROSONOLOGIA**

Dott. Paolo Polacco  
Dott.ssa Giulia Granello  
Dott. Fabrizio Monti  
Dott.ssa Barbara Vitrani  
Dott. Guido Cristofori

PRESTAZIONE	ANNO 2017				ANNO 2018				Diff.
	Interni	Esterni A.S.S.	Esterni Privati	Totale	Interni	Esterni A.S.S.	Esterni Privati	Totale	N°
Doppler carotideo	6	402	239	<b>647</b>	0	486	252	<b>738</b>	<b>+91</b>
Elettroencefalogramma	9	0	32	<b>41</b>	7	0	57	<b>64</b>	<b>+23</b>
Elettromiografia (*)	96	5.911	1.976	<b>7.983</b>	80	7.767	2.296	<b>10.143</b>	<b>+2.160</b>
Visita neurologica	146	142	307	<b>595</b>	166	410	443	<b>1.019</b>	<b>+424</b>
<b>Totale</b>	<b>257</b>	<b>6.455</b>	<b>2.554</b>	<b>9.266</b>	<b>253</b>	<b>8.663</b>	<b>3.048</b>	<b>11.964</b>	<b>+2.698</b>

*(\*) Nota bene: i valori esposti indicano il numero di esami effettuati e non il numero di pazienti accolti che è molto*

## **AMBULATORIO DI DERMATOLOGIA**

**Dott. Andrea Doria**  
**Dott. Mario Patamia**  
**Dott.ssa Erica**  
**Antonini**

<b>PRESTAZIONE</b>	<b>ANNO 2017</b>				<b>ANNO 2018</b>				<b>Diff.</b>
	<b>Interni</b>	<b>Esterni A.S.S.</b>	<b>Esterni Privati</b>	<b>Totale</b>	<b>Interni</b>	<b>Esterni A.S.S.</b>	<b>Esterni Privati</b>	<b>Totale</b>	<b>N°</b>
Visite dermatologiche	16	1.805	1.416	<b>3.237</b>	10	1.874	1.710	<b>3.594</b>	<b>+357</b>
Crioterapia e D.T.C.	0	313	294	<b>607</b>	0	345	376	<b>721</b>	<b>+114</b>
Altre prestazioni	0	55	470	<b>525</b>	0	43	516	<b>559</b>	<b>+34</b>
<b>Totale</b>	<b>16</b>	<b>2.173</b>	<b>2.180</b>	<b>4.369</b>	<b>10</b>	<b>2.262</b>	<b>2.602</b>	<b>4.874</b>	<b>+505</b>

## **AMBULATORIO DI MEDICINA DELLO SPORT**

Responsabile: **dott. Auro Gombacci**  
Consulente: **dott.ssa Alessandra Vetrih**  
Consulente: **dott. Ercole De Petris**  
Consulente: **dott. Eberardo Chiella**  
Consulente: **dott.ssa Marinella Benedetti**  
Consulente: **dott.ssa Elena Vecile**  
Consulente: **dott. Paolo Viviani**

<b>PRESTAZIONE</b>	<b>ANNO 2017</b>				<b>ANNO 2018</b>				<b>Diff.</b>
	<b>Interni</b>	<b>Esterni A.S.S.</b>	<b>Esterni Privati</b>	<b>Totale</b>	<b>Interni</b>	<b>Esterni A.S.S.</b>	<b>Esterni Privati</b>	<b>Totale</b>	<b>N°</b>
Certificazioni di idoneità medico sportiva	0	2.504	5.762	<b>8.266</b>	0	2.421	5.953	<b>8.374</b>	<b>+108</b>
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>2.504</b>	<b>5.762</b>	<b>8.266</b>	<b>0</b>	<b>2.421</b>	<b>5.953</b>	<b>8.374</b>	<b>+108</b>

## **AMBULATORIO DI MEDICINA DEL LAVORO**

Responsabile: **dott. Giuliano  
Pesel**  
Consulente: **dott. Roberto  
Riavez**  
Consulente: **dott. Andrea  
Prodi**  
Consulente: **dott. Anna  
Fazzino**

<b>PRESTAZIONE</b>	<b>ANNO 2017</b>				<b>ANNO 2018</b>				<b>Diff.</b>
	<b>Interni</b>	<b>Esterni A.S.S.</b>	<b>Esterni Privati</b>	<b>Totale</b>	<b>Interni</b>	<b>Esterni A.S.S.</b>	<b>Esterni Privati</b>	<b>Totale</b>	<b>N°</b>
Certificazioni di idoneità	0	0	8.670	<b>8.670</b>	0	0	11.752	<b>11.752</b>	<b>+3.082</b>
Prestazioni orarie e consulenze	0	0	3.562	<b>3.562</b>	0	0	5.905	<b>5.905</b>	<b>+2.343</b>
Audiometria	0	0	1.755	<b>1.755</b>	0	0	2.129	<b>2.129</b>	<b>+374</b>
Spirometria	0	0	1.866	<b>1.866</b>	0	0	2.578	<b>2.578</b>	<b>+712</b>
Visio test	0	0	2.677	<b>2.677</b>	0	0	3.053	<b>3.053</b>	<b>+376</b>
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>18.530</b>	<b>18.530</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>25.417</b>	<b>25.417</b>	<b>+6.887</b>

## SERVIZIO DI RADIOLOGIA

Responsabile: **Dott.ssa Michela  
Abbona**  
 Aiuto: **Dott.ssa Silvia Petz**  
 Assistente: **Dott.ssa Daniela  
Dibilio**  
 Assistente: **Dott.ssa Francesca  
Degobbis**  
 Consulente: **Dott.ssa Cristina  
Cressa**  
 Consulente: **Dott. Giorgio Petz**

PRESTAZIONE	ANNO 2017				ANNO 2018				Diff.
	Interni	Esterni A.S.S.	Esterni Privati	Totale	Interni	Esterni A.S.S.	Esterni Privati	Totale	N°
Radiologia tradizionale	1.024	0	1.497	<b>2.521</b>	956	0	1.659	<b>2.615</b>	<b>+94</b>
Ecografia	134	1.281	1.816	<b>3.231</b>	122	2.388	2.161	<b>4.671</b>	<b>+1.440</b>
Mammografia	2	341	393	<b>736</b>	1	323	365	<b>689</b>	<b>-47</b>
TAC	253	3.283	429	<b>3.965</b>	223	4.010	522	<b>4.755</b>	<b>+790</b>
RM	18	2.544	1.045	<b>3.607</b>	28	2.641	1.423	<b>4.092</b>	<b>+485</b>
<b>Totale</b>	<b>1.431</b>	<b>7.449</b>	<b>5.180</b>	<b>14.060</b>	<b>1.330</b>	<b>9.362</b>	<b>6.130</b>	<b>16.822</b>	<b>+2.762</b>

## **LABORATORIO DI ANALISI**

Responsabile: **Dott. Fabio Lombardo**

<b>PRESTAZIONE</b>	<b>ANNO 2017</b>				<b>ANNO 2018</b>				<b>Diff.</b>
	<b>Interni</b>	<b>Esterni A.S.S.</b>	<b>Esterni Privati</b>	<b>Totale</b>	<b>Interni</b>	<b>Esterni A.S.S.</b>	<b>Esterni Privati</b>	<b>Totale</b>	<b>N°</b>
Endocrinologia	82	9.022	8.773	<b>17.877</b>	50	9.097	9.372	<b>18.519</b>	<b>+642</b>
Immunologia	101	20.738	11.980	<b>32.819</b>	89	20.826	12.561	<b>33.476</b>	<b>+657</b>
Patologia clinica	43.326	160.493	497.591	<b>701.410</b>	44.075	182.778	513.399	<b>740.252</b>	<b>+38.842</b>
Ematologia e coagulazione	14.650	32.005	61.754	<b>108.409</b>	14.563	32.600	66.452	<b>113.615</b>	<b>+5.206</b>
Batteriologia	794	1.546	12.639	<b>14.979</b>	935	2.023	14.461	<b>17.419</b>	<b>+2.440</b>
Profilo tiroideo	266	29.543	20.027	<b>49.836</b>	213	32.193	22.223	<b>54.629</b>	<b>+4.793</b>
Markers epatite	58	3.451	5.308	<b>8.817</b>	56	4.089	6.061	<b>10.206</b>	<b>+1.389</b>
Markers tumorali	218	8.462	15.155	<b>23.835</b>	172	9.860	15.357	<b>25.389</b>	<b>+1.554</b>
Pap test	0	0	3.177	<b>3.177</b>	0	0	2.817	<b>2.817</b>	<b>-360</b>
Altro	4.155	563	10.353	<b>15.071</b>	43	2.896	8.751	<b>11.690</b>	<b>-3.381</b>
Laboratori esterni	809	3.730	10.749	<b>15.288</b>	667	2.892	15.120	<b>18.679</b>	<b>+3.391</b>
<b>Totale</b>	<b>64.459</b>	<b>269.553</b>	<b>657.506</b>	<b>991.518</b>	<b>60.863</b>	<b>299.254</b>	<b>686.574</b>	<b>1.046.691</b>	<b>+55.173</b>

Nota bene: i numeri indicati si riferiscono agli esami refertati e non comprendono quindi le calibrazioni, i controlli e gli esami ripetuti.

## PERSONALE MEDICO DELLA CASA DI CURA SALUS

**Direttore Sanitario: Dott. Fabrizio Briganti Piccoli**

### **U.O. di Medicina Interna**

Dott. Giuliano FRANCA	Responsabile
Dott.ssa Michela PASQUA	Aiuto
Dott. Camilla CAMERINI	Assistente

### **U.O. di Chirurgia Generale**

Dott. Fabrizio BRIGANTI PICCOLI	Responsabile
Dott. Luca CALLIGARIS	Aiuto
Dott.ssa Tiziana CIUTTO	Assistente

### **U.O. di Ginecologia**

Dott. Sandro GALLUCCI	Aiuto
-----------------------	-------

### **U.O. di Otorinolaringoiatria**

Dott. Alessandro VARINI	Responsabile
Dott.ssa Ledia PAPANIKOLLA	Assistente
Dott.ssa Carmelina PISANTI	Assistente
Dott. Paolo TATTONI	Assistente
Dott. Massimo SPANIO	Consulente
Dott. Francesco NICASTRO	Consulente

### **U.O. di Ortopedia**

Dott. Mauro DI LEO	Responsabile
Dott. Pierfrancesco LENGHI	Aiuto
Dott. Andrea MAGGI	Aiuto
Dott.ssa Valentina CIMAROSTI	Aiuto
Dott.ssa Francesca DE CLEVA	Assistente
Dott. Giulio MELLINI	Assistente
Dott. Piergiorgio BERTOLIN	Consulente
Dott. Silvio DEMITRI	Consulente
Dott. Fausto ZANELLI	Consulente

### **U.O. di Oculistica**

Dott. Fabio BACCARA	Responsabile
Dott. Franco VALDI	Aiuto
Dott.ssa Rosita GRANDIN	Assistente
Dott. Luca MICHELONE	Assistente
Dott. Raffaele SABELLA	Assistente

### **Anestesia e Rianimazione**

Dott. Stefano DOMINI	Responsabile
Dott. Roberto SALLUSTI	Aiuto
Dott.ssa Anna SPAGNA	Assistente
Dott. Paolo MINISINI	Consulente
Dott. Fabio RIAVIC	Consulente

### **Cardiologia**

Dott. Roberto MARINI	Responsabile
Dott. Auro GOMBACCI	Aiuto
Dott. Ezio ALBERTI	Aiuto



**Dermatologia**

Dott. Andrea DORIA  
Dott.ssa Erica ANTONINI

Dirigente  
Consulente

**Endoscopia digestiva**

Dott. Fabrizio BRIGANTI PICCOLI  
Dott. Luca CALLIGARIS

Responsabile  
Aiuto

**Laboratorio di Analisi**

Dott. Fabio LOMBARDO  
Dott. Giorgio BERNARD  
Dott.ssa Stefania DEGLI IVANISSEVICH  
Prof. Ezio BARAGGINO

Responsabile  
Vice Responsabile  
Vice Responsabile  
Consulente

**Medicina dello Sport**

Dott. Auro GOMBACCI  
Dott.ssa Marinella BENEDETTI  
Dott. Eberardo CHIELLA  
Dott. Ercole DE PETRIS  
Dott.ssa Alessandra VETRIH  
Dott.ssa Elena VECILE  
Dott. Paolo VIVIANI

Responsabile  
Aiuto  
Aiuto  
Aiuto  
Aiuto  
Aiuto  
Aiuto

**Neurologia**

Dott. Paolo POLACCO  
Dott.ssa Giulia GRANELLO  
Dott. Fabrizio MONTI  
Dott.ssa Barbara VITRANI

Dirigente  
Assistente  
Consulente  
Consulente

**Radiologia**

Dott.ssa Michela ABBONA  
Dott.ssa Silvia PETZ  
Dott.ssa Francesca DEGOBBIS  
Dott.ssa Daniela DIBILIO  
Dott.ssa Cristina CRESSA

Responsabile  
Aiuto  
Assistente  
Assistente  
Consulente

**Medici esterni**

Dott. Bruno BEMBI  
Dott. Alessandra BENETTONI  
Dott. Antonio CLEMENTE  
Dott. Roberto COCCHI  
Dott. Guido CRISTOFORI  
Dott. Francesco DAPAS

Genetica medica e Malattie rare  
Cardiologia  
Pediatria  
Agopuntura  
Neuro-fisiopatologia  
Endocrinologia, Diabetologia  
e Malattie Metaboliche

Dott. Costantino DAVIDE

Chirurgia Plastica, Ricostruttiva ed  
Estetica

Dott. Andrea DELL'ADAMI  
Dott. Gianfranco FORNASAR  
Dott.ssa Martina FURLAN  
Dott. Giovanni GALLI  
Dott. Antonio GIANNOTTA  
Dott. Giorgio LONGO  
Dott. Roberto MAGRIS  
Dott.ssa Chiara MODRICKY  
Dott. Aureo MUZZI  
Dott.ssa Roberta NATALE

Urologia  
Chirurgia Vertebrale  
Nutrizionista  
Nefrologia  
Chirurgia Generale  
Allergologia e Immunologia Clinica  
Cardiologia  
Nutrizionista  
Pneumologia  
Ginecologia

Dott. Nicola PANIZZO

Chirurgia Plastica, Ricostruttiva ed  
Estetica

Dott. Mario PATAMIA

Dermatologia

Dott. Simone PERESSUTTI

Neurochirurgia

Dott. Paolo PERISSUTTI

Oculistica

Dott. Mauro POCECCO

Pediatria Clinica

Dott. Furio POLI

Allergologia e Immunologia clinica

Dott.ssa Monica STEINER

Psicologia

Dott. Bruno ULESSI

Dermatologia

Dott.ssa Carla VOLPE

Immunologia Clinica

**Medicina del Lavoro**

Dott. Giuliano PESEL

Responsabile

Dott. Andrea PRODI

Assistente

Dott.ssa Anna FAZZINO

Consulente

Dott. Roberto RIAVEZ

Consulente