

**RELAZIONE su
ACCADIMENTI RELATIVI alla SICUREZZA delle CURE
e CONSEGUENTI AZIONI di MIGLIORAMENTO**

Marzo 2019

INDICE

0. Premessa	3
1. Assetto Organizzativo Aziendale e sistemi per la Gestione del Rischio	4
L'organizzazione dell'Ospedale e i servizi offerti	4
I sistemi per la gestione del rischio	6
2. Fonti informative su sicurezza delle cure e azioni di prevenzione e miglioramento	10
INCIDENT REPORTING (eventi avversi ed eventi sentinella)	11
DISPOSITIVO VIGILANZA	13
FARMACOVIGILANZA	15
EMOVIGILANZA	17
RECLAMI E RICHIESTE RISARCIMENTO DANNI	18
CADUTE	19
RISCHIO INFETTIVO	20
LESIONI DA PRESSIONE	21
INFORTUNI OPERATORI	22
APPLICAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI E REGIONALI	24
3. Rendicontazione delle attività formative	26

0. Premessa

La recente legge 8 marzo 2017, n. 24 "**Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie**", all'articolo 2 prevede che le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie predispongano una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto; è previsto inoltre che la medesima relazione venga pubblicata nel sito internet della struttura sanitaria.

Tale previsione richiama anche precedenti indirizzi normativi, come quelli contenuti nella Legge 28 dicembre 2015, n. 208 in cui si disponeva che tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivassero un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management), anche per l'effettuazione di *percorsi di audit o di altre metodologie finalizzate allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti*, con segnalazione anonima del quasi-errore e analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari.

Il Decreto Ministeriale di istituzione dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza in sanità del 29 settembre 2017 chiarisce poi ulteriormente quali sono gli accadimenti di interesse, considerando tutti gli "incidenti" correlati alla sicurezza delle cure, non solo quelli causativi di un danno (eventi avversi), ma anche quelli che non hanno determinato un danno (eventi senza danno) e i rischi (i cosiddetti "quasi eventi"/near miss: eventi che non si sono verificati, che "stavano per accadere" ma sono stati intercettati/impediti prima del loro verificarsi).

Si comprende pertanto quale sia lo spirito che anima tali dettati normativi che è quello di contemperare tutte le esigenze: **promuovere la sicurezza delle organizzazioni, garantendo la trasparenza nei confronti del cittadino** (attraverso la pubblicazione nel proprio sito internet della presente relazione e anche dei dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio) e orientando proprio la disponibilità dei dati alla rappresentazione dell'impegno che le stesse organizzazioni spendono per la sicurezza ed il miglioramento. La relazione annuale deve infatti contenere le "conseguenti iniziative messe in atto" predisposte e attuate a seguito dello studio delle cause degli accadimenti connessi alla sicurezza delle cure, che rappresentano quindi (specialmente in caso di near miss, eventi senza danno o con basso danno) delle opportunità di apprendimento per il miglioramento e l'incremento del livello di sicurezza.

L'impegno per la sicurezza, profuso dalle organizzazioni sanitarie regionali, passa quindi non soltanto dalla rilevazione degli "eventi avversi", ma soprattutto dallo sforzo e dalla propensione alla "misurazione della sicurezza delle cure" e all'utilizzo delle relative fonti informative da cui attingere le informazioni. Vi sono infatti ampie evidenze sul fatto che **le organizzazioni più affidabili sono quelle che mettono al centro della loro attenzione la misurazione ed il monitoraggio della sicurezza**.

La questione che viene posta rispetto alla tematica riguarda di fatto l'impegnativo tema dell'individuazione di tutti gli incidenti/accadimenti significativi per la sicurezza delle cure e di tutte quelle informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni che aumentino il livello di sicurezza nelle organizzazioni sanitarie. Non deve sfuggire infatti che la rilevazione degli eventi viene posta dal legislatore in correlazione con l'analisi degli stessi per individuarne le cause e soprattutto per la predisposizione di iniziative conseguenti finalizzate ad evitarne il riaccadimento. Risulta quindi chiaro che la **prospettiva evocata è quella della prevenzione e del miglioramento**.

1. Assetto Organizzativo Aziendale e sistemi per la Gestione del Rischio

L'organizzazione dell'Ospedale e i servizi offerti

L'Ospedale Privato Villa Igea è stato fondato nel 1937. La denominazione richiama il mito di Igea, divinità greco-latina protettrice della salute, alla quale la leggenda attribuisce un ruolo coadiuvante dell'arte terapeutica di Asclepio, dio della Medicina.

L'Ospedale Privato ha svolto un ruolo importante nel quadro dell'assistenza sanitaria per la provincia di Modena, acquistando notorietà e prestigio in tutto l'ambito regionale.

Seguendo l'evolversi delle concezioni teoriche e delle applicazioni pratiche della psichiatria, mantenendosi sempre aggiornato sui criteri d'indagine diagnostica e sui metodi terapeutici, l'Ospedale Privato ha ampliato progressivamente le possibilità d'intervento curativo. Ha perciò sviluppato nuovi spazi d'accoglienza, differenziandoli secondo le diverse necessità operative, nel rispetto di un'efficace integrazione tra i vari settori.

Uno dei punti qualificanti della mission di Villa Igea è quello di garantire la continuità assistenziale nei processi terapeutici; per questa ragione ha sempre perseguito la massima integrazione con la rete dei servizi sanitari e sociali del territorio di riferimento.

A tal fine Villa Igea ha dato vita, a partire dal 1998, ad un processo di progressiva trasformazione della sua realtà assistenziale, tale da essere, oggi, totalmente integrata nella rete dei servizi sanitari della provincia di Modena, sia per quanto riguarda l'assistenza psichiatrica degli adulti e dei minori, che per il settore della riabilitazione. Questo processo di trasformazioni successive ha avuto inizio su sollecitazione ed in totale accordo con l'Azienda USL di Modena, sulla base di specifici accordi con l'Azienda stessa e in coerenza con la programmazione regionale.

I rappresentanti di Villa Igea partecipano regolarmente alla commissione provinciale di monitoraggio dell'attività di ricovero, così come a specifici tavoli tecnico-scientifici bilaterali volti a migliorare l'appropriatezza dei percorsi di cura. Villa Igea partecipa altresì, con propri rappresentanti ai comitati di DSM-DP della Azienda USL di Modena, con la quale sono attivi specifici contratti di fornitura per la erogazione di prestazioni sanitarie.

In conseguenza dei processi di integrazione operativa con il Dipartimento di Salute Mentale-DP sono stati adeguati i modelli organizzativo-assistenziali per il trattamento dei pazienti.

L'Ospedale Privato Villa Igea di Modena, offre i seguenti **servizi e prestazioni**:

AREA PSICHIATRICA

SPOI

Il Servizio Psichiatrico Ospedaliero Intensivo è costituito da due aree di degenza ospedaliera che assicurano interventi di competenza specifica per le situazioni di crisi e/o acuzie psichiatriche in regime di trattamento volontario. Effettuano trattamenti di breve durata finalizzati a una ricompensazione del quadro clinico e ad indirizzare i pazienti verso i percorsi di cura successivi. Sono integrate con la rete dei servizi del Dipartimenti di Salute Mentale di Area Vasta Regionale.

Residenza Psichiatrica a Trattamento Intensivo

Sono effettuati interventi di competenza specifica sulle diverse forme del disagio psichico e psicologico in pazienti in condizioni di scompenso psicopatologico acuto-subacuto, per i quali non è necessario o opportuno il ricovero ospedaliero. In particolare, sono affrontati i disturbi di tipo psicotico, i disturbi di personalità, i disturbi del tono dell'umore e le più

gravi forme delle patologie ansiose. L'intervento, che muove da un'attenta valutazione clinica, psicopatologica, sociale e familiare, è imperniato sul trattamento psicofarmacologico, sull'approccio psicoterapeutico e riabilitativo individuale e di gruppo.

Residenza Psichiatrica a Trattamento Intensivo – Progetto speciale

Sono presi in carico pazienti caratterizzati da "doppia diagnosi" in quanto alla dipendenza da sostanze (droghe, alcool, psicofarmaci) si associa la presenza di un disturbo psichiatrico. Per ogni paziente, previa sottoscrizione di apposito "contratto", viene predisposto uno specifico programma terapeutico caratterizzato da valutazione diagnostica, trattamento dei disturbi correlati a sostanze (terapia farmacologica, psicoterapia di gruppo, attività riabilitative mirate), incontri di consultazione familiare.

Degenza ospedaliera psichiatria generale (per pazienti fuori regione)

Sono effettuati interventi sulle diverse forme del disagio psichico e psicologico in pazienti in condizioni di scompenso psicopatologico acuto-subacuto. In particolare, sono affrontati i disturbi di tipo psicotico, i disturbi di personalità, i disturbi del tono dell'umore e le più gravi forme delle patologie ansiose. L'intervento, che muove da un'attenta valutazione clinica, psicopatologica, sociale e familiare, è imperniato sul trattamento psicofarmacologico e sull'approccio psicoterapeutico e riabilitativo individuale e di gruppo.

Residenze a Trattamento Protratto

Le Residenze La Luna, Il Borgo e alcuni letti dedicati nei Reparti della Sede Centrale svolgono funzioni riabilitative e risocializzanti, finalizzate al trattamento di pazienti con psicopatologia complessa e disabilità elevata, con progetto personalizzato a termine.

La Luna è una residenza psichiatrica a trattamento protratto destinata a utenti in carico ai C.S.M. dei Distretti di Sassuolo, Pavullo e Vignola. E' integrata nella rete U.O.I. Salute Mentale Sud del D.S.M. di Modena.

Il Borgo è una residenza psichiatrica a trattamento protratto destinata a utenti in carico ai C.S.M. di tutta l'Area Provinciale con prevalenza dei Distretti di Sassuolo, Pavullo e Vignola. E' integrata nella rete U.O.I. Salute Mentale del D.S.M. di Modena. Obiettivo generale è la cura, la riabilitazione psichiatrica e psicosociale degli utenti inseriti; deve quindi garantire i programmi concordati con i medici dei C.S.M.

Day Hospital

Assicura interventi di competenza specifica per le diverse forme di disagio psichico e psicologico in pazienti in fase parzialmente stabilizzata in cui non è sufficiente un trattamento ambulatoriale o domiciliare. In particolare, sono affrontati i disturbi di tipo psicotico, i disturbi di personalità, i disturbi del tono dell'umore e le più gravi forme delle patologie ansiose. L'intervento è imperniato sul trattamento psicofarmacologico, sull'approccio psicoterapeutico e riabilitativo individuale e di gruppo.

Centro Diurno

Il Centro Diurno Il Sole è destinato a utenti in carico al C.S.M. di Sassuolo. Obiettivo generale è la riabilitazione psichiatrica e psicosociale degli utenti inseriti. I percorsi riabilitativi sono finalizzati al recupero di abilità nella gestione della vita quotidiana, delle relazioni interpersonali e del reinserimento sociale.

Servizio Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza.

Il Servizio "Il Nespolo" effettua attività terapeutico-riabilitativa in ambito residenziale e semiresidenziale e attività diagnostica, terapeutica e riabilitativa (individuale, familiare e di gruppo), nonché in ambito ambulatoriale. Tutti gli invii di utenti sono effettuati dal servizio territoriale dell'Azienda USL di Modena che coordina la rete dei Servizi di Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza. Recentemente in collaborazione con l'Azienda USL di Modena è stato attivato un Percorso per la gestione di minori con Disturbo dello Spettro Autistico (ASD), le cui prestazioni sono erogate in integrazione con i Servizi di NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA della AUSL.

AREA RIABILITATIVA

Riabilitazione ortopedica e neurologica

Il Reparto ospita pazienti trasferiti direttamente dagli ospedali o dal domicilio previa valutazione del Fisiatra dell'Ente pubblico, di pertinenza ortopedica (post-operatorio) o neurologica (post ictus ischemico o emorragico o post intervento NCH), per riabilitazione intensiva/estensiva in regime di ricovero. In specifico le patologie trattate sono:

- Ortopedici** (protesi di anca e ginocchio, osteosintesi, politraumatizzati, purché con concessione di carico sull'arto operato) nell'immediato post-operatorio (dalla V alla VII gg post-operatoria, salvo complicanze documentate dal reparto di provenienza)
- Neurologici** (post ictus ischemico od emorragico oppure post- intervento NCH)

Riabilitazione neuro-psicogeriatrica

Il Reparto effettua prestazioni di riabilitazione intensiva/estensiva per il trattamento dello scompenso psicopatologico acuto sul piano cognitivo-comportamentale di patologie demenziali in età geriatrica, per associata comorbidità di tipo organico, rispetto ad un equilibrio che fino ad allora era considerato accettabile.

L'intervento, che tiene conto delle condizioni della famiglia e del suo equilibrio, è imperniato sul trattamento farmacologico e riabilitativo. Inoltre è presente una attività ambulatoriale tramite il Consultorio per le Demenze, le prestazioni di valutazione dei pazienti sono erogate in stretta integrazione con i servizi della Azienda USL di Modena nell'ambito dei Servizi di PSICOGERIATRIA.

SERVIZI AMBULATORIALI

Servizio di Radiologia

La finalità del servizio è l'esecuzione di procedure di diagnostica per immagini sia per pazienti interni che esterni (pazienti in convenzione e paganti). La metodologia è finalizzata all'ottenimento di immagini ad elevato contenuto diagnostico avendo riguardo a rendere minima la dose di esposizione al paziente compatibilmente con le esigenze cliniche. Le procedure diagnostiche riguardano i seguenti settori specialistici: Radiologia tradizionale, Radiologia ossea, Radiologia pneumologica, Radiologia viscerale, Ecografie (ed Ecodoppler).

Prestazioni ambulatoriali

Ambulatori visite specialistiche

- **Psichiatria** - valutazioni e indicazioni terapeutiche
- **Ortopedia e Fisiatria** - valutazioni e indicazioni terapeutiche
- **Medicina generale** - valutazioni e indicazioni terapeutiche
- **Neurologia** - valutazioni neurologiche e indicazioni terapeutiche
- **Geriatrics** - valutazioni pazienti geriatrici

Servizio ambulatoriale di elettroencefalografia

Il Servizio eroga prestazioni EEG per pazienti interni ed esterni

I sistemi per la gestione del rischio

Il **rischio clinico** è la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso cioè subisca un qualsiasi "danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte" (Kohn, IOM 1999). L'identificazione del rischio clinico è quindi il primo passo del processo che porta a migliorare la sicurezza dei pazienti e deve avvenire in un contesto metodologico rivolto a un miglioramento organizzativo.

Il Risk management, perché sia efficace, deve interessare tutte le aree in cui l'errore si può manifestare durante il processo clinico - assistenziale del paziente: solo una **gestione integrata del rischio** può portare a cambiamenti nella pratica clinica, promuovere la crescita di una cultura della salute più attenta e vicina al paziente ed agli operatori,

contribuire indirettamente ad una diminuzione dei costi delle prestazioni ed, infine, favorire la destinazione di risorse su interventi tesi a sviluppare organizzazioni e strutture sanitarie sicure ed efficienti.

Questo approccio all'errore non si basa sulla ricerca della responsabilità individuale (determinata da negligenza, superficialità, inosservanza di regole o protocolli, dimenticanze o disattenzione, demotivazione), ma si fonda piuttosto sulla ricerca di soluzioni che consentano di ridurre eventuali errori umani attraverso la definizione di nuove procedure o cambiamenti organizzativi, una migliore ed adeguata formazione del personale, l'impiego di attrezzature di lavoro e ambienti più funzionali e sicuri rispetto ai compiti da svolgere.

L'identificazione dei rischi a Villa Igea si inquadra nell'ambito più generale delle tematiche di governo clinico per affrontare le quali la Direzione ha sostenuto i professionisti con eventi formativi, sia in aula che sul campo. Per l'identificazione dei rischi si sono utilizzate tutte le fonti informative disponibili avendo cura di implementarle, migliorarle (predisposizione di applicativi ad hoc) e renderle tempestive e fruibili anche per gli operatori.

Le **fonti informative** al tempo **consultate** erano rappresentate da:

- **report delle segnalazioni degli eventi avversi** da cui si rilevava la prevalenza di cadute accidentali, oltre a qualche altra tipologia di evento;
- **sistema di raccolta dei questionari di soddisfazione e di reclami** che evidenziava una convergenza delle segnalazioni sugli aspetti relazionali;
- **registro di rilevazione degli infortuni** sul lavoro che mostrava una prevalenza di piccoli infortuni (contusioni, cadute). Rilevanti per durata erano anche gli infortuni in itinere, dovuti prevalentemente ad incidenti stradali.

La Direzione, sulla base delle norme di riferimento e dell'esperienza degli ultimi anni ha definito un **approccio di gestione del rischio** finalizzato a valutare e a sviluppare interventi di prevenzioni sia nei confronti dei **pazienti** (prevenzione del rischio clinico) che degli **operatori** (prevenzione del rischio professionale). Più nello specifico si è ritenuto di individuare le seguenti priorità:

- **area rischio clinico**
 - cadute
 - infortuni per comportamenti auto e/o etero-lesivi dei pazienti
 - allontanamenti non autorizzati
 - errori di prescrizione/ somministrazione farmaci
- **area rischio professionale**
 - contaminazione biologica
 - movimentazione carichi
 - infortuni dovuti a comportamenti etero-lesivi dei pazienti

In Regione Emilia-Romagna sono stati sperimentati metodi e strumenti di natura proattiva o reattiva, utilizzabili nelle varie fasi di gestione della sicurezza e delle conseguenze degli eventi indesiderati. Alcuni di questi **strumenti** sono **presenti** e sono **utilizzati a Villa Igea** sia nell'identificazione e nell'analisi sia nella gestione del rischio.

Per quanto riguarda l'**identificazione dei rischi** sono utilizzati:

- **il sistema di incident reporting**, l'attenzione è focalizzata su eventi o quasi eventi. L'obiettivo, oltre che quello di aumentare le conoscenze e facilitare le analisi delineando profili di rischio di specifiche unità operative, è anche quello di coinvolgere maggiormente gli operatori rendendoli più sensibili al tema della sicurezza.
- lo **studio delle cartelle cliniche e successivo auditing**, E' uno strumento organizzativamente impegnativo che va utilizzato a ragion veduta ma che nello stesso tempo deve essere adeguatamente incentivato (tempo dedicato, riconoscimento dei crediti formativi, ecc.) perché rappresenta la chiave per l'analisi ed il miglioramento della pratica clinica;
- il **sistema regionale di sorveglianza rapida delle epidemie e degli eventi sentinella infettivi** arricchito da un applicativo in grado di monitorare gli eventi
- il **sistema di raccolta di segnalazioni e reclami** degli utenti
- il **registro di rilevazione degli infortuni** sul lavoro ed il **sistema di vigilanza dei dispositivi medici**;
- **gli audit** effettuati sulla corretta gestione delle **tecnologie/impianti**

Per quanto concerne l'**analisi dei rischi**, a parte la pratica dell'**audit clinico**, sono utilizzate le seguenti tecniche:

- **FMEA/FMECA (Failure Mode and Effect Analysis)** metodo sistematico di tipo qualitativo e previsionale che mira ad identificare e dare priorità a problemi che potrebbero accadere se si verificassero difetti, omissioni, errori nel processo analizzato, in modo da orientare l'assunzione di decisioni operative coerenti;
- **RCA (Root Cause Analysis)** da utilizzarsi per eventi particolarmente significativi dove è utile un'analisi approfondita a posteriori, non tanto per definire la responsabilità di ciò che è successo, quanto per ricercare le radici causali di natura organizzativa su cui intervenire con azioni di miglioramento.

Premessa per l'attuazione del sistema di gestione del rischio è l'individuazione di un assetto organizzativo aziendale che definisca gli attori principali ed i relativi ruoli all'interno del sistema stesso.

Le attività relative alla gestione del rischio hanno negli **incontri periodici** della **Direzione** la principale **sede di confronto e presa delle decisioni**, dove si integrano competenze cliniche ed organizzative al fine di **analizzare gli elementi e i dati raccolti e decidere le azioni da pianificare realizzare per la gestione del rischio** (pratica routinaria della segnalazione degli incidenti, iniziative di audit clinico, valutazioni dell'appropriatezza clinico - organizzativa, interventi correttivi e preventivi, ecc.).

Il **Referente Gestione Rischio clinico, con il supporto del Servizio Qualità**, ha il compito di **coordinare il Programma di Gestione del Rischio**, proporre alla Direzione la programmazione annuale/pluriennale delle attività e della formazione per la gestione del rischio, raccogliere dati e rendicontare annualmente sulle azioni svolte, esercitando in modo sistematico e continuativo la funzione di facilitatore della relazione tra le varie parti dell'organizzazione. Tra gli **obiettivi pluriennali** si identificano:

- il **completamento dell'integrazione delle fonti informative** disponibili per la rilevazione ed il monitoraggio dei fenomeni di interesse;
- l'**elaborazione di proposte e suggerimenti di intervento** per la Direzione;
- la **cura della coerenza di sistema** attraverso il Gruppo per la Gestione del Rischio.

A supporto del Referente Gestione Rischio clinico la Direzione ha istituito un **Gruppo di lavoro** che consente di disporre di un gruppo di referenti ed esperti, con le necessarie competenze tecnico-professionali, in grado di lavorare sistematicamente e con continuità sui temi della prevenzione dei rischi e di introdurre progressivamente un regime di controllo per la sicurezza dei pazienti e dei lavoratori. Il **Gruppo di lavoro** per la **Gestione del Rischio** è costituito dai seguenti **componenti**:

- **Referente per la Gestione del Rischio clinico**
- **Responsabile Sistema Qualità**
- **Responsabile del Servizio Prevenzione Protezione**
- **Responsabile Personale**
- **Responsabile Economato /Servizio Tecnico**

Al Gruppo di lavoro possono inoltre essere invitati a partecipare **esperti esterni** che collaborano con Villa Igea (Medico competente, Medici specialisti, Coordinatori, ecc.) ogni qual volta si ritenga possano fornire un contributo alla trattazione di specifici argomenti.

Il **sistema di gestione integrata del rischio** ha come **momenti fondamentali di operatività** le seguenti fasi:

1. Il **Referente per la Gestione del Rischio clinico**, con il supporto del Servizio Qualità e del Gruppo di lavoro, garantisce le seguenti attività:
 - **raccoglie e analizza con sistematicità i dati sugli eventi avversi e gli esiti delle verifiche/audit effettuati** (incident reporting, infortuni operatori, esiti di verifiche su documentazione clinica, reclami, segnalazioni, ecc.)
 - **redige specifiche relazioni** con le analisi effettuate e le proposte di miglioramento e di prevenzione
 - **contribuisce** alla redazione della **relazione annuale** per la parte di gestione del rischio e fornisce indicazioni su percorsi di miglioramento

- **propone** specifici **percorsi di formazione** per accrescere le capacità degli operatori nell'uso delle tecniche per la individuazione degli eventi avversi, l'analisi delle situazioni critiche e di rischio, l'introduzione di correttivi
 - **assicura le comunicazioni e le informazioni** relative agli eventi indesiderati/sentinella che devono essere fornite agli organi istituzionali regionali e del ministero preposti al monitoraggio dei rischi, secondo quanto definito nelle specifiche procedure
2. la **Direzione aziendale**, negli incontri periodici, assicura:
- una **attenta analisi dei dati e delle informazioni** riportate nelle relazioni sulla gestione del rischio
 - la **pianificazione e realizzazione in tempi brevi di azioni correttive** nel caso di **eventi avversi rilevanti** segnalati dal **Referente per la Gestione del Rischio clinico** o dai collaboratori (Servizio Qualità, Gruppo di lavoro per la gestione del rischio)
 - la approvazione di **piani annuali e relativi obiettivi per la gestione del rischio** definiti a seguito delle analisi fatte con riferimento ai dati e agli elementi presentati nell'ambito della illustrazione della **relazione annuale** nel corso del **riesame delle attività**
 - indicazioni per la **programmazione di percorsi di formazione specifici**
 - approvazione di **miglioramenti nei sistemi (anche informatici) di segnalazione ed analisi di dati** relativi agli eventi avversi e ai rischi

2. Fonti informative su sicurezza delle cure e azioni di prevenzione e miglioramento

Per brevità verranno di seguito illustrati in forma sintetica gli strumenti/fonti informative disponibili per la sicurezza delle cure e i relativi interventi per la prevenzione e riduzione del rischio clinico.

Ciò fatta eccezione per la rappresentazione dei dati relativi agli *eventi sentinella*, in quanto il Decreto 11 dicembre 2009 ("Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità") all'articolo 7 relativamente a tali dati prevede che le informazioni desunte dai flussi informativi SIMES siano diffusi con modalità aggregate dall'Osservatorio nazionale degli eventi sentinella e dall'Osservatorio nazionale sui sinistri e polizza assicurative, sentito il Comitato tecnico delle Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano per la sicurezza del paziente

Preliminarmente alla illustrazione degli strumenti/fonti informative disponibili per la sicurezza delle cure e i relativi interventi per la prevenzione e riduzione del rischio clinico pare comunque doveroso premettere che **le informazioni che derivano da tali strumenti/fonti sono indirizzate non tanto alla "quantificazione degli eventi"** (cosa questa che pone numerose difficoltà, in base a quanto sopra argomentato, ed espone a impropri confronti tra situazioni e realtà organizzative che presentano condizioni di contesto estremamente differenziati), **ma fondamentalmente alla conoscenza dei fenomeni per l'attuazione di azioni di miglioramento.**

Si predilige pertanto una rappresentazione dei fenomeni di tipo qualitativo mirata alla valutazione del rischio e all'individuazione di eventuali criticità, nell'ottica dei possibili **interventi correttivi e del miglioramento finalizzato all'aumento dei livelli di sicurezza.**

INCIDENT REPORTING (eventi avversi ed eventi sentinella)

Letteratura/Normativa di riferimento

- DGR 1943/2017 "Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accreditamento delle strutture sanitarie (6° Criterio – Appropriatelyzza clinica e sicurezza)
- DM 2 aprile 2015, N 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" Standard generali di qualità per i presidi ospedalieri – Gestione del rischio clinico
- Cinotti R, Basini V, Di Denia P. Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie. Collana Dossier n. 86, Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna, 2003
- Ministero della Salute – Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella - 2009

Descrizione strumento/flusso informativo

L'incident reporting" è tra gli approcci di analisi reattiva ai rischi uno dei più utilizzati. Il sistema di Incident Reporting è la modalità di raccolta delle segnalazioni in modo strutturato di eventi allo scopo di fornire una base di analisi, predisposizione di strategie e azioni correttive e di miglioramento per prevenirne il ri-accadimento futuro. L'incident reporting consiste nella **registrazione e raccolta di schede anonime** nelle quali gli operatori effettuano una segnalazione di evento avverso. 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 (prestazioni urgenti o programmate), 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 è utile non solo per la segnalazione degli eventi avversi ma anche per la segnalazione dei **"quasi eventi"** (near miss). Questi ultimi infatti consentono di raccogliere un numero maggiore di segnalazioni e quindi di informazioni, inoltre gli operatori sono maggiormente disposti alla segnalazione (non essendo coinvolti emotivamente) e consente di imparare e **individuare le criticità del sistema prima che avvengano danni più seri**. Uno dei limiti delle segnalazioni di eventi avversi è che gli operatori, per paura di essere considerati in qualche modo responsabili degli stessi, non li segnalano sempre, non comprendendo che così facendo non contribuiscono al miglioramento del processo assistenziale.

Gli **eventi sentinella** sono eventi avversi di particolare gravità, potenzialmente evitabili, che possono comportare morte o grave danno al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichino una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna: a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito; b) l'individuazione e l'implementazione di adeguate misure correttive. Gli eventi sentinella sono monitorati dal Ministero della Salute.

Analisi del rischio, dati e criticità

Le principali segnalazioni raccolte tramite il sistema di **incident reporting** nel **triennio 2016-18** sono riferite alle seguenti tipologie di eventi avversi:

TIPOLOGIA DI EVENTO	2016		2017		2018	
	N° CASI	%	N° CASI	%	N° CASI	%
Caduta (*)	278	60%	215	47%	314	59%
Comportamento aggressivo	32	7%	60	13%	71	13%
Comportamento aggressivo vs operatori (**)	30	6%	44	10%	39	7%
Comportamento autolesivo	48	10%	54	12%	60	11%
Inadeguata gestione terapia farmacologica	14	3%	11	2%	18	3%
Inadeguata procedura assistenziale	2	0%	5	1%	4	1%
Allontanamento paziente non autorizzato	6	1%	12	3%	3	1%

(*) vedi anche paragrafo specifico sugli eventi avversi cadute

(**) vedi anche paragrafo specifico su sicurezza sul lavoro

Gli **eventi avversi** registrati **non hanno portato a conseguenze severe sulla salute dei pazienti.**

Interventi/Azioni di miglioramento

Obiettivo	Responsabilità/ Azioni
Miglioramento del sistema e degli strumenti per la segnalazione degli eventi avversi	<p><i>Direzione Sanitaria, Risk Manager e altri Resp.li coinvolti</i> hanno attuato le seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Individuazione comitato sicurezza, gruppo operativo e dei referenti di area/U.O. incaricati alla rilevazione degli eventi -Informazione e sensibilizzazione del personale sui programmi di sorveglianza e analisi degli eventi -Revisione del sistema e degli strumenti di raccolta degli eventi avversi: analisi settimanale degli eventi con approfondimenti nei casi più critici -Analisi dei dati con coinvolgimento degli operatori interessati agli eventi segnalati -Formulazione di proposte operative in ordine a provvedimenti di urgenza al fine di prevenire situazioni critiche -Partecipazione ai programmi coordinati in ambito regionale e promozione di specifiche attività in ordine a particolari problemi

Valutazione risultati e prospettive future

Le azioni realizzate hanno consentito di **accrescere l'attenzione degli operatori sanitari nei confronti dei possibili rischi** e di intercettare sempre più spesso l'evento indesiderato prima del suo accadimento. Stanno diventando sempre **più rigorosi e tempestivi i sistemi e i meccanismi che dalla segnalazioni portano all'analisi e ad azioni preventive e di miglioramento.**

DISPOSITIVO VIGILANZA

Letteratura/Normativa di riferimento

- Ministero della Salute - Decreto legislativo 15 novembre 2005, n. 274
- Ministero della Salute - Decreto legislativo 8 settembre 2000, n. 332
- Ministero della Salute - Decreto legislativo 24 febbraio 1997, n. 46
- Ministero della Salute - Decreto legislativo 14 dicembre 1992, n. 507
- D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali"

Descrizione strumento/ flusso informativo

L'obiettivo del **sistema di vigilanza dei dispositivi medici** è quello di incrementare la protezione della salute e la **sicurezza dei pazienti, degli utilizzatori** e di altri riducendo la possibilità che lo stesso tipo di incidente dannoso si ripeta in luoghi diversi in tempi successivi. Tale obiettivo è raggiungibile attraverso la valutazione degli incidenti segnalati e, se del caso, la divulgazione delle informazioni al fine di prevenire altri incidenti dello stesso tipo. Per quanto attiene al monitoraggio degli incidenti, la normativa stabilisce, infatti, che i legali rappresentanti delle strutture sanitarie pubbliche e private e gli operatori sanitari pubblici e privati, sulla base di quanto rilevato nell'esercizio della propria attività, sono tenuti a **comunicare immediatamente al Ministero della Salute qualsiasi alterazione delle caratteristiche e delle prestazioni di un dispositivo** o qualsiasi inadeguatezza nelle istruzioni per l'uso che possano causare o che abbiano causato il decesso o il grave peggioramento delle condizioni di salute di un paziente o di un operatore. Anche il **fabbricante o il suo mandatario sono tenuti ad analoghe comunicazioni** qualora vengano a conoscenza di alterazioni delle caratteristiche e delle prestazioni di un dispositivo medico o della inadeguatezza nelle istruzioni per l'uso, nonché delle cause di ordine tecnico e sanitario che hanno causato il ritiro sistematico dal mercato del dispositivo medico da parte del fabbricante medesimo. L'esito finale di questa attività di monitoraggio può consistere in uno spontaneo ritiro dal commercio del dispositivo medico da parte del fabbricante o del suo mandatario o nell'adozione di provvedimenti da parte del Ministero della Salute.

Analisi del rischio, dati e criticità

Il Servizio Tecnico di Villa Igea assicura il monitoraggio di tutti gli **eventi avversi/incidenti con riferimento ad apparecchiature e dispositivi medici** e garantisce una tempestiva informazione agli utilizzatori di tali dispositivi. Nel triennio 2016-2018 non vi sono state segnalazioni, anche in conseguenza del parco attrezzature limitato della struttura.

Oltre alle segnalazioni riguardanti i dispositivi medici ha una certa rilevanza il **monitoraggio degli eventi avversi** nell'ambito dei sistemi di **Diagnostica per immagini (sistema RIS-PACS)**. Il numero e la percentuale di errori registrati nel sistema di gestione dei dati informatici (RIS-PACS) durante la esecuzione di esami di Diagnostica per immagini (Radiologia, ecografie, ...) sono stati relativamente elevati nel 2016 per poi ridursi nel 2017-18. Da rilevare che gli errori di anagrafica sono riferiti in metà dei casi a blocchi del software che poi necessitano una correzione dei dati anagrafici.

EVENTI AVVERSI RIS-PACS	2016		2017		2018	
	N. ERRORI	%	N. ERRORI	%	N. ERRORI	%
ANAGRAFICA ERRATA	28	0,24%	27	0,23%	33	0,29%
DESCRIZIONE ESAME ERRATA	9	0,08%	8	0,07%	7	0,06%
IMMAGINI NON ASSOCIATE	9	0,08%	8	0,07%	5	0,04%
LATERALITA' ERRATA	2	0,02%	1	0,01%	0	0,00%
TOTALE	48	0,41%	44	0,38%	45	0,39%

Interventi/Azioni di miglioramento

Obiettivo	Responsabilità/ Azioni
Miglioramento dei comportamenti per la prevenzione degli errori correlati al RIS-PACS attraverso la sensibilizzazione e il coinvolgimento degli operatori	<i>Direzione Sanitaria, Risk Manager e altri Resp.li coinvolti</i> hanno attuato le seguenti azioni: -Proseguire la informazione e sensibilizzazione degli operatori sul rischio errore correlato alla gestione del sistema RIS-PACS - Sperimentazione di momenti di auditing per adeguare le buone prassi per la prevenzione del rischio attraverso il coinvolgimento degli operatori -Assicurare una maggiore integrazione con i tavoli di lavoro provinciale per ottimizzare sistemi operativi e diffondere buone prassi di prevenzione

Valutazione risultati e prospettive future

Le azioni realizzate hanno consentito di **contenere gli errori del sistema RIS-PACS**; si proseguono le azioni finalizzate a mantenere alta l'**attenzione degli operatori sanitari nei confronti dei possibili rischi** e a mantenere attivi i sistemi di analisi degli eventi avversi e di realizzazione delle opportune azioni correttive e di prevenzione.

FARMACOVIGILANZA

Letteratura/Normativa di riferimento

- Regolamento UE 1235/2010
- Direttiva 2010/84/UE
- Decreto Ministero della Salute 30 aprile 2015- Procedure operative e soluzioni tecniche per un'efficace azione di *farmacovigilanza* adottate ai sensi del comma 344 dell'articolo 1 della legge 24 dicembre 2012, n. 228
- Decreto Legislativo 24 aprile 2006, n. 219 e s.m.i. - Attuazione della direttiva 2001/83/CE (e successive direttive di modifica) relativa ad un codice comunitario concernente i medicinali per uso umano, nonché della direttiva 2003/94/CE.
- Decreto Legislativo 29 dicembre 2007 (Disposizioni correttive al decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, recante attuazione della direttiva 2001/83/CE relativa ad un codice comunitario concernente medicinali per uso umano).
- Legge 24 dicembre 2012, n. 228 - Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato
- DM 12/12/2003 - Nuovo modello di segnalazione di *reazione avversa* a farmaci e vaccini
- Decreto Legislativo 4 marzo 2014, n. 42 - Attuazione dell'articolo 1, paragrafi 1, 5 e 12 della direttiva 2012/26/UE, che modifica la direttiva 2001/83/CE, per quanto riguarda la *farmacovigilanza*.

Descrizione strumento/ flusso informativo

La **farmacovigilanza** è l'insieme delle attività finalizzate all'identificazione, valutazione, comprensione e prevenzione degli effetti avversi o di qualsiasi altro problema correlato all'uso dei medicinali, al fine di assicurare un rapporto beneficio/rischio favorevole per la popolazione.

In linea con questa definizione generale, gli obiettivi alla base della *farmacovigilanza*, in conformità con la vigente normativa europea, sono:

- **prevenire i danni causati da reazioni avverse conseguenti all'uso di un medicinale** secondo le condizioni di autorizzazione ma anche agli errori terapeutici, all'esposizione professionale, agli usi non conformi incluso l'uso improprio e l'abuso.
- **promuovere l'uso sicuro ed efficace dei medicinali**, in particolare fornendo tempestivamente informazioni sulla sicurezza dei medicinali ai pazienti, agli operatori sanitari e al pubblico in generale.

La *farmacovigilanza* è quindi un'attività che contribuisce alla tutela della salute pubblica. I dati sulla sicurezza dei farmaci possono essere ricavati da differenti fonti: segnalazioni di sospette reazioni avverse (spontanee e non), studi clinici, letteratura scientifica, rapporti inviati dalle industrie farmaceutiche, ecc.

Il **Centro regionale per la farmacovigilanza**, istituito dalla Regione Emilia-Romagna presso il proprio Servizio politica del farmaco, si avvale della collaborazione tecnico-scientifica dell'Unità di farmacologia presso il Dimec (Dipartimento di scienze mediche e chirurgiche dell'Università di Bologna) e, per la parte operativa, della **rete dei responsabili di farmacovigilanza delle Aziende sanitarie**. Collabora con l'Ufficio di farmacovigilanza dell'Aifa (Agenzia italiana del farmaco). Il Centro regionale verifica e valida le schede di segnalazione, individuando per ogni singola scheda - e sulla base di criteri rigorosi - la correlazione tra "farmaco-reazione avversa" del medicinale, prima dell'inserimento nella Rete nazionale di Farmacovigilanza di Aifa.

Analisi del rischio, dati e criticità

Di seguito si riporta lo schema di tutte le attività correlate alla **gestione del rischio rispetto al tema farmaci**: prescrizione, allestimento, somministrazione, tracciabilità, segnalazione eventi avversi.

rischi gestione farmaci	procedura aziendale	eventi rilevabili	Dati
Utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio -kcl- ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio	si	Casi di non corretto utilizzo (vedi raccomandazione ministeriale)	zero eventi
Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	si	Casi di morte o grave danno (vedi raccomandazione ministeriale)	zero eventi

rischi gestione farmaci	procedura aziendale	eventi rilevabili	Dati
Prevenzione degli errori in terapia con farmaci LASA "look-alike/sound-alike"	sì	Casi di errori in terapia (vedi raccomandazione ministeriale)	anno 2016: 2 anno 2017: 1 anno 2018: 2
Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica	sì	Casi di errori in terapia (vedi raccomandazione ministeriale)	anno 2016: 2 anno 2017: 0 anno 2018: 2
Gestione farmaci stupefacenti	si	Casi di errori in terapia	zero eventi
Gestione farmaci fotosensibili	si	Casi di errori nelle modalità di conservazione	anno 2016: 1 anno 2017: 0 anno 2018: 1
Gestione antisettici/disinfettanti	in bozza	Casi di utilizzo off-label	zero eventi

Interventi/Azioni di miglioramento

Obiettivo	Responsabilità/ Azioni
Miglioramento dei comportamenti per la prevenzione degli errori correlati alla gestione dei farmaci	<p><i>Direzione Sanitaria, Risk Manager e altri Resp.li coinvolti</i> hanno attuato le seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Riprendere le azioni finalizzate alla informazione e sensibilizzazione degli operatori sul rischio errore correlato alla gestione dei farmaci -Adeguare il sistema informativo per consentire una più precisa rapida elaborazione degli eventi segnalati -Sperimentazione momenti di auditing per sviluppare ulteriormente le buone prassi per la prevenzione del rischio attraverso il coinvolgimento degli operatori -Partecipazione ai programmi coordinati in ambito regionale e provinciale

Valutazione risultati e prospettive future

Le azioni realizzate hanno consentito di monitorare costantemente i **rischi correlati alla gestione dei farmaci**; si proseguono le azioni pianificate finalizzate a mantenere il monitoraggio degli eventi indesiderati e a realizzare tempestive azioni di prevenzione.

EMOVIGILANZA

Letteratura/Normativa di riferimento

- Decreto Legislativo n. 19 - 19 marzo 2018 Attuazione della direttiva (UE) 2016/1214 della Commissione del 25 luglio 2016, recante modifica della direttiva 2005/62/CE per quanto riguarda le norme e le specifiche del sistema di qualità per i servizi trasfusionali. (18G00044)
- Decreto Ministeriale del Ministero della Salute - 15 marzo 2018 Parziale modifica della sezione tecnica per il sistema trasfusionale del Comitato tecnico sanitario
- Decreto del Ministero della Salute - 18 gennaio 2018 Definizione del materiale informativo-educativo destinato ai donatori di sangue in relazione al rischio di trasmissione dell'infezione da HIV e del questionario per la raccolta delle informazioni post donazione, ex articolo 2, comma 3, e articolo 10, comma 8, del decreto 2 novembre 2015. (18A01638)
- Linee guida per l'adozione di ulteriori misure per la sicurezza del sangue e degli emocomponenti 4/07/2014
- Linee guida per la prevenzione della Trali-Transfusion related acute lung injury 15/12/2010

Descrizione strumento/ flusso informativo

L'**emovigilanza** è il sistema di procedure volte alla rilevazione e al monitoraggio delle reazioni gravi e degli eventi avversi gravi relativi al processo trasfusionale e comprende anche la sorveglianza delle malattie infettive trasmissibili con la trasfusione.

Oggi, attraverso l'istituzione del **sistema informativo dei servizi trasfusionali (SISTRA)** (DM 21 dicembre 2007), strumento informatico fondamentale, è stato possibile realizzare il sistema di emovigilanza, coordinato dal Centro nazionale sangue, che raccoglie le segnalazioni, i dati e le informazioni permettendone una più semplice elaborazione. Nel SISTRA esiste un'area dedicata all'emovigilanza, suddivisa in: sorveglianza epidemiologica dei donatori; reazioni indesiderate gravi dei donatori; effetti indesiderati gravi sui riceventi e errori trasfusionali; incidenti gravi. La raccolta di tali informazioni è basata sui modelli di notifica introdotti dalla Direttiva 2005/61/CE, recepita con il decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 207. Le notifiche sono trasmesse dai servizi trasfusionali all'autorità regionale competente. Nel **sistema di regole e protocolli operativi dell'Ospedale** le indicazioni specifiche rispetto la gestione del rischio da reazione trasfusionale sono esplicitate all'interno della **procedura "gestione sangue ed emocomponenti"**.

Analisi del rischio, dati e criticità

Non vi sono stati casi di **reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO**, anche in conseguenze del numero limitato di questa tipologia di attività. Si mantiene comunque alta l'attenzione per evitare eventi avversi.

Interventi/Azioni di miglioramento

Obiettivo	Responsabilità/ Azioni
Miglioramento delle prassi operative per la prevenzione degli errori correlati alla gestione degli emoderivati	<i>Direzione Sanitaria, Risk Manager e altri Resp.li coinvolti</i> hanno attuato le seguenti azioni: -Aggiornamenti della procedura aziendale rispetto ai riferimenti di letteratura e delle norme in vigore -Distribuzione di schede operative sintetiche agli operatori con descrizione delle fasi di attività più rilevanti da effettuare durante la gestione della trasfusione

Valutazione risultati e prospettive future

Le azioni realizzate hanno consentito di mantenere una costante attenzione nelle fasi di gestione delle trasfusioni di emoderivati; si proseguono le azioni finalizzate a **consolidare la conoscenza e l'applicazione da parte degli operatori delle prassi operative** con percorsi formativi sia per i nuovi assunti che per gli operatori già inseriti nell'organizzazione.

RECLAMI E RICHIESTE RISARCIMENTO DANNI

Letteratura/Normativa di riferimento

- Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 11 ottobre 1994 "Direttiva sui principi per l'istituzione ed il funzionamento degli URP"
- Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica 7 febbraio 2002 (pdf, 28.3 KB) "Attività di comunicazione delle Pubbliche Amministrazioni"
- Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica 24 marzo 2004 "Rilevazione della qualità percepita dai cittadini"
- Legge regionale 6 settembre 1993, n. 32 "Norme per la disciplina del procedimento amministrativo e del diritto di accesso", modificata con la Legge regionale 23 dicembre 2016 n. 25 "Disposizioni collegate alla Legge regionale di stabilità per il 2017"
- Legge 8 marzo 2017 n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"

Descrizione strumento/flusso informativo

La Regione Emilia Romagna attraverso l'Agenzia Sanitaria Regionale ha avviato da tempo un progetto per **coordinare la gestione complessiva delle segnalazioni dei cittadini**. Tale progetto si è realizzato in collaborazione con i Responsabili degli Uffici Relazioni con il Pubblico delle Aziende Sanitarie, avvalendosi della collaborazione di un gruppo di lavoro composto da alcune aziende, e del Comitato Consultivo Regionale per la Qualità dei servizi sanitari dal lato dei Cittadini (CCRQ). Gli obiettivi sono: - creare una **banca dati regionale** delle segnalazioni (reclami, suggerimenti, elogi, rilievi) presentate dai cittadini agli URP delle Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna; - **adottare procedure omogenee** per la gestione dei reclami nelle Aziende Sanitarie; - dotare gli URP delle Aziende Sanitarie e l'URP dell'Assessorato Sanità di un software applicativo che consenta la **gestione completa delle segnalazioni** di propria competenza (immissione dei dati, ricerche e visualizzazioni, reportistica su scala aziendale).

Analisi del rischio, dati e criticità

Non vi sono stati **reclami** scritti nel periodo 2015-2018, mentre vi sono state alcune segnalazioni verbali su qualità cibo e informazioni; dalle indagini di soddisfazione effettuate con periodicità semestrale pur emergendo una generale soddisfazione si sono rilevate alcune criticità sui seguenti aspetti: chiarezza e completezza delle informazioni fornite agli utenti relativamente alla organizzazione dei servizi e reparti, tempestività della presa in carico, qualche criticità sugli aspetti di comfort delle stanze di degenza e del servizio ristorazione. Le **richieste di risarcimento danni negli ultimi anni (2015-2018)** sono state numericamente limitate; i risarcimenti effettuati sono stati: nel 2015 Euro 50.000 e nel 2017 Euro 31.000.

Interventi/Azioni di miglioramento

Obiettivo	Responsabilità/ Azioni
Miglioramento dei sistemi di raccolta reclami e richieste risarcimento danni	L'Ospedale è impegnato da sempre ad adeguare le procedure e prassi operative per la gestione dei reclami e alle richieste di risarcimento danni , in particolare nel corso del 2017, facendo riferimento alla recente Legge 8 marzo 2017 n. 24, le azioni sono state indirizzate ad assicurare una tempestiva informazione agli utenti , a valutare con strumenti rigorosi le segnalazioni pervenute , ad utilizzare le analisi sui dati dei reclami e sinistri quale fonte conoscitiva importante per orientare le necessarie azioni di miglioramento .

Valutazione risultati e prospettive future

Le azioni realizzate in particolare nel corso del 2017 hanno consentito un **miglioramento delle procedure** per la gestione dei reclami e sinistri, l'impegno è di proseguire le azioni finalizzate a **ridurre il contenzioso** attraverso il miglioramento dei servizi e delle prestazioni offerte.

CADUTE

Letteratura/Normativa di riferimento

- Ministero della Salute - Raccomandazione n. 13 - Caduta paziente in strutture sanitarie
- Regione Emilia Romagna - Circolare n. 21 del 23 dicembre 2016 "Linee di indirizzo regionali sulle cadute in ospedale"

Descrizione strumento/ flusso informativo

Le **cadute rientrano tra gli eventi avversi più frequenti nelle strutture sanitarie** e possono determinare conseguenze immediate e tardive anche gravi fino a condurre, in alcuni casi, alla morte del paziente. Le persone anziane presentano un maggior rischio di caduta. Le **Raccomandazioni emanate dal Ministero della Salute e dalla regione Emilia Romagna** si pongono come strumento per la prevenzione delle cadute dei pazienti nelle strutture sanitarie e possono trovare utile applicazione anche per la compressione del rischio di tale evento e per una appropriata ed efficace gestione del paziente a seguito di caduta.

Analisi del rischio, dati e criticità

Nel corso del triennio 2016-2018 l'indicatore "**cadute su 1000 gg degenza**" (**3,4 nel 2016; 2,5 nel 2017; 3,6 nel 2018**) fornisce un **dato rassicurante confrontato con i dati di letteratura** (da una revisione su studi osservazionali emerge un tasso di cadute in ospedale variabile tra *l'2,3 e l'8,9 /1000 giorni di degenza*). Si ritiene fondamentale effettuare ulteriori analisi di approfondimento per intervenire con più incisività sui fattori che maggiormente possono determinare l'evento caduta.

	2016			2017			2018		
	N° CASI	Indice Cadute/ 1000 Giornate deg.	% cadute/ ricoveri	N° CASI	Indice Cadute/ 1000 Giornate deg.	% cadute/ ricoveri	N° CASI	Indice Cadute/ 1000 Giornate deg.	% cadute/ ricoveri
Evento avverso Caduta	278	3,4	9,1%	215	2,5	6,9%	314	3,6	8,7%

Interventi/Azioni di miglioramento

Obiettivo	Responsabilità/ Azioni
Miglioramento dei comportamenti per la prevenzione del rischio caduta	<p><i>Direzione Sanitaria, Risk Manager e altri Resp.li coinvolti</i> hanno attuato le seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Rafforzare la informazione e sensibilizzazione degli operatori sul rischio caduta -Attivare momenti di rivalutazione dei casi e auditing per adeguare ulteriormente le buone prassi per la prevenzione del rischio caduta attraverso il coinvolgimento degli operatori -Diffusione degli esiti delle valutazioni ed analisi per aumentare la consapevolezza e assicurare una più estesa applicazione dei criteri di prevenzione -Partecipazione ai programmi coordinati in ambito regionale e provinciale

Valutazione risultati e prospettive future

Le azioni realizzate sono state fondamentali per contenere gli eventi avversi relativi alle cadute accidentali, hanno consentito di adottare **modalità di valutazione del rischio efficaci e di individuare le azioni di prevenzione adeguate**. Di grande rilevanza sono i periodici momenti di rivalutazione degli eventi che consentono di mantenere alta **l'attenzione degli operatori**.

RISCHIO INFETTIVO

Letteratura/Normativa di riferimento

- Johnson LE, Reyes K, Zervos MJ. Resources for Infection Prevention and Control on the World Wide Web. Clin Infect Dis 2009; 48:1585-95 2. CCM.
- Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S, Sexton B, Hyzy R, Welsh R, Roth G, Bander J, Kepros J, Goeschel C. An Intervention to Decrease Catheter-Related Bloodstream Infections in the ICU. New Engl J Med 2006; 355: 2725-2732 4.
- Harbarth S, Sax H, Gastmeier P. The preventable proportion of nosocomial infections: an overview of published reports. J Hosp Infect 2003; 54: 258-266 5.
- Fraser V. Zero: What Is It, and How Do We Get There? ICHIE 2009, vol. 30: 67-70 6.
- Agenzia Sanitaria e Sociale Regione Emilia-Romagna. Sito "Accreditamento istituzionale": <http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/aree/accred/accreditamento/index.htm>

Descrizione strumento/ flusso informativo

Tra i diversi rischi associati all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria quello infettivo, ossia il rischio per pazienti e operatori di contrarre un'infezione nel corso di un episodio assistenziale o in ambito lavorativo, occupa un posto particolare in ragione delle dimensioni del rischio, della complessità dei determinanti e del trend epidemiologico in aumento. **Per contenere il rischio infettivo è necessaria un'azione concertata** che veda il concorso di tutti nell'attivazione di politiche e strumenti preventivi. La prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza deve, infatti, essere considerato un obiettivo ed una responsabilità specifica di ciascun operatore della sanità, da chi ha responsabilità di gestione dell'azienda a chi opera nei servizi, a chi è coinvolto direttamente nell'assistenza in collaborazione con i pazienti, i familiari e altri caregiver.

La **Regione Emilia-Romagna** ha sviluppato e sperimentato nel corso degli anni **strumenti innovativi** per la sorveglianza e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza e dell'antibioticoresistenza, mutuati dalle migliori esperienze internazionali su questo tema, ottenendo risultati positivi per la salute dei cittadini.

Analisi del rischio, dati e criticità

I dati sugli **eventi infettivi** sono sempre di difficile rilevazione, l'Ospedale monitora gli eventi in particolare presso i reparti riabilitativi dove qualche episodio infettivo, seppur raro, si registra. I casi evidenziati sono stati gestiti secondo i criteri definiti dai più recenti riferimenti di letteratura scientifica.

Interventi/Azioni di miglioramento

Obiettivo	Responsabilità/ Azioni
Miglioramento del sistema e degli strumenti per la prevenzione del rischio infettivo	<i>Direzione Sanitaria, Risk Manager e altri Resp.li coinvolti</i> hanno attuato le seguenti azioni: -Informazione e sensibilizzazione del personale sui programmi di sorveglianza e controllo -Costante aggiornamento dei criteri operativi da adottare nei casi di urgenza di particolari evenienze di rischio infettivo -Partecipazione ai programmi coordinati in ambito regionale e provinciale

Valutazione risultati e prospettive future

Le azioni realizzate hanno consentito di **mantenere relativamente basso il rischio di contrarre una infezione** durante la permanenza in Ospedale; si proseguono le azioni finalizzate a ridurre ulteriormente i fattori che possono portare a fenomeni infettivi.

LESIONI DA PRESSIONE

Letteratura/Normativa di riferimento

- Bellingeri A. Il prontuario per la gestione delle lesioni cutanee. CdG Editore; Pavia 2013: pp.14
- Calosso A. Le lesioni cutanee. Carocci Faber; Roma 2004: p.100
- Coleman S, Gorecki C, Nelson EA, et al. Patient risk factors for pressure ulcer development: systematic review. Int J Nurs Stud 2013; 50:974-1003
- Regione Emilia Romagna 2016 – Protocollo di trattamento delle lesioni da pressione - gennaio 2016

Descrizione strumento/fluxo informativo

Le **lesioni da pressione sono aree di danno localizzato alla cute e ai tessuti sottostanti**, causato da pressione, frizione e taglio. Hanno come determinanti sia **fattori predisponenti legati alle caratteristiche del paziente** (ipotrofismo, malnutrizione, diabete, ipoperfusione, pelle esposta costantemente all'umidità, alterata percezione sensoriale, mobilità limitata, età); sia **fattori direttamente legati alle modalità assistenziali** adottate durante l'ospedalizzazione (effetti collaterali di farmaci, interventi chirurgici, prolungato allettamento). Così come il monitoraggio di altri eventi avversi, la sorveglianza della loro incidenza rappresenta un aspetto importante del **grado di attenzione che un servizio sanitario riesce a esprimere nei confronti dei propri pazienti**. Le lesioni da decubito rappresentano infatti un problema rilevante: provocano disagio e dolore, rallentano il processo di guarigione, prolungano la degenza, aumentano la morbilità, la mortalità e i costi. La Regione Emilia Romagna da diverso tempo fornisce indicazioni e strumenti per il monitoraggio, la prevenzione e cura delle lesioni da pressione.

Analisi del rischio, dati e criticità

Con riferimento al rischio di insorgenza di lesioni da pressione l'Ospedale effettua ogni anno **indagini di prevalenza** che hanno evidenziato un **indice di presenza di pazienti con lesioni da pressione (LDP)** => al 2° grado intorno al **1-2%**. I dati di letteratura recenti evidenziano un *tasso di prevalenza di pazienti con LDP nei reparti ospedalieri piuttosto variabile dal 6% al 20%*. Nell'Ospedale a volte i pazienti giungono in reparto con già una lesione, sono rari i casi di insorgenza. Inoltre le metodiche, i prodotti e i presidi utilizzati per la gestione delle lesioni in molti casi determinano un miglioramento prima della dimissione.

Interventi/Azioni di miglioramento

Obiettivo	Responsabilità/ Azioni
Riduzione dei casi di insorgenza di lesioni da pressione	L'Ospedale è impegnato da sempre a monitorare il fenomeno dell'insorgenza delle lesioni da pressione sia per assicurare il miglior benessere possibile ai pazienti, sia quale indicatore di buona qualità assistenziale . Unitamente alla costante verifica dei dati e ai momenti di confronto tra gli operatori sono state revisionate le procedure e le prassi operative per la valutazione e gestione dei casi di insorgenza di lesioni da pressione per garantire l'utilizzo delle più recenti tecniche di prevenzione e cura .

Valutazione risultati e prospettive future

Le azioni realizzate hanno consentito di mantenere piuttosto basso l'indice di insorgenza di Lesioni da pressione; si proseguono le azioni finalizzate a mantenere alta **l'attenzione degli operatori e di adottare con sistematicità i criteri e le tecniche più recenti disponibili nella letteratura scientifica**.

INFORTUNI OPERATORI

Letteratura/Normativa di riferimento

- DLgs 81/08 - testo unico sulla sicurezza coordinato - Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 e s.m.i edizione Maggio 2017.
- Legge 199 del 29/10/2016 Contrasto lavoro nero e sfruttamento del lavoro. Disposizione in materia di contrasto ai fenomeni del lavoro nero, dello sfruttamento del lavoro in agricoltura e di riallineamento retributivo nel settore agricolo
- DLgs 81/15 - Disciplina organica dei contratti di lavoro e revisione della normativa in tema di mansioni
- DLgs 149/2015 - Semplificazione dell'attività ispettiva in materia di lavoro e istituzione dell'ispettorato nazionale del lavoro
- D.M. 13/2/14 - Procedure semplificate adozione "modello organizzativo 231" per PMI
- D.M. 30/11/12 Procedure standardizzate per la valutazione dei rischi
- DPR 177/11 Qualificazione imprese operanti in ambienti sospetti inquinamento e spazi confinati
- DLgs 475/92 Dispositivi di protezione individuale

Descrizione strumento/ flusso informativo

La legislazione italiana, con l'entrata in vigore del Testo unico in materia di salute e sicurezza sul lavoro ha inasprito le sanzioni e introdotto obblighi di rendiconto stringenti per contrastare il fenomeno degli infortuni sul lavoro. Risulta quindi importante **individuare, prevenire e tenere sotto controllo i potenziali rischi di incidenti e infortuni sul lavoro.**

Diversi sistemi sono utilizzati per **monitorare la sicurezza sul lavoro** sia con riferimento agli eventi con effetti sulla salute dei lavoratori (numero ed esiti di infortunio, malattia professionale, ospedalizzazione) sia con l'analisi dei cambiamenti e delle trasformazioni in ambito lavorativo (aumento dei lavoratori stranieri, invecchiamento della forza lavoro, outsourcing, ecc.). La principale fonte informativa utilizzata sono **registri degli infortuni** che consentono una analisi sia sul numero che sulla tipologia di evento, sulle figure professionali coinvolte, sul tempo di assenza dal lavoro.

Analisi del rischio, dati e criticità

	2016		2017		2018	
	N° CASI (*)	Giorni assenza	N° CASI (*)	Giorni assenza	N° CASI (*)	Giorni assenza
Infortuni	9	186	8	246	15	296

(*) Sono esclusi gli eventi cautelativi per contatto con agenti biologici

Dai dati ricavati dai **Registri Infortuni**, risultano evidenti i seguenti elementi:

- Le **assenze più prolungate per infortunio** sono da imputarsi, oltre a quelli cautelativi per contatto con agenti biologici, ad eventi quali cadute, e urti/ schiacciamenti/ contusioni
- La **tipologia infortunistica più diffusa** è quella da trauma da agito aggressivo di paziente, seguono i casi di puntura, taglio e contaminazione a rischio biologico, che generalmente non prevede l'abbandono/ assenza del posto di lavoro da parte dell'operatore. Seguono infortuni di natura meccanica quali urti, schiacciamenti, contusioni e traumi ed eventi associabili alla movimentazione manuale di pazienti e carichi inanimati;
- Il **personale maggiormente esposto all'infortunio**, individuato effettuando il rapporto tra il numero medio di eventi ed il numero di operatori presenti in struttura, è individuabile nel personale infermieristico a seguire, dagli operatori socio sanitari e infine i medici;

Interventi/Azioni di miglioramento

Obiettivo	Responsabilità/ Azioni
Miglioramento delle conoscenze e dei comportamenti per la gestione delle emergenze con momenti di simulazione	<p><i>Direzione Sanitaria, Resp. Prevenzione protezione, Risk Manager e altri Resp.li coinvolti</i> hanno attuato le seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pianificazione e realizzazione di formazione sul campo con simulazione delle attività di gestione delle emergenze e di evacuazione -Verifica dei risultati e rinforzo dei criteri di corretta gestione delle emergenze attraverso il coinvolgimento dei partecipanti
Miglioramento delle conoscenze e dei comportamenti per la gestione dei comportamenti aggressivi	<p><i>Direzione Sanitaria, Resp. Prevenzione protezione, Risk Manager e altri Resp.li coinvolti</i> hanno attuato le seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pianificazione delle attività formative e di supporto agli operatori in caso di episodio di violenza <p>Confronto con gli operatori su quanto indicato nella procedura "CRITERI E PRASSI PER IL TRATTAMENTO DEL COMPORTAMENTO AGGRESSIVO IN PSICHIATRIA"</p> <ul style="list-style-type: none"> - analisi degli episodi di aggressività: <ul style="list-style-type: none"> • emersa la necessità di dare informazioni più chiare agli utenti, rispetto ai percorsi di cura e alle regole della struttura • operatori richiedono una formazione mirata per la gestione dell'agito aggressivo - Formazione al personale eseguita in collaborazione con esperti (la formazione ha utilizzato anche la tecnica delle simulazioni con addestramento pratico a piccoli gruppi). I temi della formazione sono stati: <ul style="list-style-type: none"> • Aspetti psicologici dell'aggressività e dell'aggressione • Dinamica dell'aggressione • Dissuasione verbale e non verbale ▪ Utilizzo delle risorse relazionali ed ambientali (lavoro in equipe) <p>Valutazione dei rischi ambientali tramite analisi sul campo nelle diverse Unità Operative e interventi strutturali e logistici per ridurre il rischio di esiti severi conseguenti ad agiti aggressivi</p>
Miglioramento delle conoscenze e dei comportamenti per la gestione dalla Movimentazione Manuale dei Carichi	<p><i>Direzione Sanitaria, Resp. Prevenzione protezione, Risk Manager e altri Resp.li coinvolti</i> hanno attuato le seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Fase di osservazione sul campo da parte dei fisioterapisti; -Sulla base di quanto emerso pianificazione incontri formativi a piccoli gruppi per favorire la correzione dei comportamenti scorretti -Realizzazione attività formative finalizzate a fornire le indicazioni operative necessarie a tutelare la salute del lavoratore e la sicurezza dell'utente.

Valutazione risultati e prospettive future

Le azioni realizzate hanno consentito di mantenere sotto **osservazione costante** il fenomeno degli infortuni e dei **fattori che possono influire sulla sicurezza per gli operatori**; si proseguono le azioni finalizzate ad assicurare adeguati **percorsi formativi e di coinvolgimento dei lavoratori** per assicurare l'applicazione delle prassi operative corrette per evitare eventi indesiderati che mettono in pericolo la salute dei lavoratori stessi.

APPLICAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI E REGIONALI

Da diversi anni sono state **formalizzate numerose raccomandazioni sia dagli enti nazionali che regionali** per fornire indicazioni precise orientate a ridurre al minimo il rischio di errori e gli eventi avversi e quindi migliorare la sicurezza per pazienti ed operatori delle strutture sanitarie.

Si riporta di seguito una sintesi dei livelli di applicazione, ad oggi, delle **raccomandazioni ministeriali**:

N.	Raccomandazione	Livello di applicazione
18	Raccomandazione per l' utilizzo di abbreviazioni nella gestione farmaci	Non ancora formalizzata procedura
17	Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica	Procedure formalizzate, applicazione adeguata
16	Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita	Non applicabile
15	Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso	Non applicabile
14	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici	Non applicabile
13	Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	Procedure formalizzate, in corso di revisione a seguito di sperimentazione nuove modalità operative
12	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci LASA "Look-alike/sound-alike"	Raccomandazione formalizzata all'interno di procedure diverse, applicazione coerente con raccomandazione
11	Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	Non applicabile
10	Prevenzione dell' osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati	Non applicabile
9	Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	Procedure formalizzate solo per alcuni aspetti di rischio, applicazione adeguata
8	Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	In corso di approvazione e diffusione procedura condivisa
7	Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	Raccomandazione formalizzata all'interno di procedure diverse, applicazione coerente con raccomandazione
6	Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	Non applicabile
5	Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	Procedure formalizzate, applicazione adeguata
4	Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Non ancora formalizzata procedura, prassi non sempre coerente con raccomandazione
3	Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura	Non applicabile

N.	Raccomandazione	Livello di applicazione
2	Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico	Non applicabile
1	Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio	Procedure formalizzate, applicazione adeguata

Si riporta di seguito una sintesi dei livelli di applicazione, ad oggi, delle **raccomandazioni regionali**:

Raccomandazione	Livello di applicazione
Linee di indirizzo regionali sulle cadute in ospedale	In corso di revisione procedura a seguito di sperimentazione nuove modalità operative
Linee di indirizzo per la gestione clinica dei farmaci	Procedure formalizzate, applicazione adeguata
Raccomandazione regionale n. 3: "Sicurezza nella terapia farmacologica. Gestione sicura dei farmaci antineoplastici "	Non applicabile Procedura in bozza, applicazione adeguata
Raccomandazione regionale per la sicurezza nella terapia farmacologica n. 2: "Processo di ricognizione e di riconciliazione farmacologica per una prescrizione corretta e sicura"	Raccomandazione formalizzata all'interno di procedure diverse, applicazione coerente con raccomandazione
Indicazioni per la gestione in sicurezza delle preparazioni a base di potassio cloruro concentrato / Usi clinici delle preparazioni a base di potassio	Procedure formalizzate, applicazione adeguata
Raccomandazioni regionali per la sicurezza in sala operatoria	Non applicabile
Raccomandazioni regionali per la prevenzione dei suicidi nel territorio	Non applicabile
Raccomandazioni regionali per la prevenzione dei suicidi in ospedale	Non ancora formalizzata procedura, prassi non sempre coerente con raccomandazione
Raccomandazione regionale per la prevenzione della violenza a danno degli operatori sanitari	In corso di approvazione e diffusione procedura condivisa
Linee di indirizzo su prevenzione e gestione dell' allontanamento del paziente preso in carico da strutture sanitarie	Procedure formalizzate, applicazione adeguata
Raccomandazione per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	Non applicabile
Disciplina delle contenzioni fisiche nei Servizi psichiatrici di diagnosi e cura	Non applicabile
Individuazione di aree di miglioramento della qualità delle cure e integrazione delle politiche assicurative e di gestione del rischio	Raccomandazione formalizzata all'interno di procedure diverse

3. Rendicontazione delle attività formative

Si riportano di seguito le **attività formative realizzate nel corso degli ultimi anni con riferimento alla gestione del rischio**

Anno	Area Tematica	Titolo	Ore Formazione ad edizione	N. Edizioni	Partecipanti complessivi
2016	Sicurezza Sul Lavoro	Aggiornamento quinquennale Dlg. 81/08	6	3	97
2016	Sicurezza Sul Lavoro	Il Piano d’Emergenza di Villa Igea	3,5	4	81
2016	Sicurezza Sul Lavoro	Radioprotezione	2	1	4
2016	Sicurezza Sul Lavoro	Utilizzo Laser	2	1	8
2016	Emergenze	Corso Antincendio VVF Rischio Alto	16	1	21
2016	Emergenze	Corso BLS-D	8	3	4
2016	Rischio clinico	Il rischio di violenza nei disturbi mentali gravi: prevenzione, valutazione e gestione	21	1	1
2016	Rischio clinico	Giornata di studio e approfondimento sulla prevenzione delle cadute in ospedale	4	1	7
2016	Rischio clinico	Corso teorico - pratico in tema di prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione	8	1	6
2016	Rischio clinico	Gestione della terapia farmacologica	16	1	5
2017	Sicurezza Sul Lavoro	Corso Antincendio VVF Rischio Alto	16	1	11
2017	Sicurezza Sul Lavoro	Corso Antincendio VVF Rischio Alto - Retraining	8	4	53
2017	Sicurezza Sul Lavoro	Aggiornamento quinquennale Dlg. 81/08	6	1	27
2017	Sicurezza Sul Lavoro	Aggiornamento quinquennale Dlg. 81/08	6	1	20

Anno	Area Tematica	Titolo	Ore Formazione ad edizione	N. Edizioni	Partecipanti complessivi
2017	Sicurezza Sul Lavoro	Il Piano d'Emergenza di Villa Igea	3,5	1	26
2017	Sicurezza Sul Lavoro	Il Piano d'Emergenza di Villa Igea	3,5	1	23
2017	Sicurezza Sul Lavoro	Corso Base-Specifico Dlg. 81/08	16	1	8
2017	Sicurezza Sul Lavoro	Corso Base e Specifica Dlg. 81/08	16	1	11
2017	Emergenze	Corso BLS-D IRC Nuovo Format 5h	5	2	35
2017	Emergenze	Corso BLS-D IRC Nuovo Format 5h	5	4	
2017	Rischio clinico	Corso su farmacologia adolescenti	4	1	36
2017	Rischio clinico	Corso su prevenzione e gestione cadute pazienti	16	1	2
2018	Sicurezza Sul Lavoro	Corso Antincendio VVF Rischio Alto	16	1	14
2018	Sicurezza Sul Lavoro	Corso Antincendio VVF Rischio Alto - Retraining	8	2	10
2018	Sicurezza Sul Lavoro	Dlg. 81/08 Corso aggiornamento Dirigenti	6	1	13
2018	Sicurezza Sul Lavoro	Dlg. 81/08 Corso Base-Specifico	16	1	13
2018	Sicurezza Sul Lavoro	Il Piano d'Emergenza di Villa Igea	3,5	2	49
2018	Sicurezza Sul Lavoro	Dlg. 81/08 Aggiornamento quinquennale	6	1	5
2018	Emergenze	Corso BLS-D IRC Nuovo Format 5h	5	3	36
2018	Emergenze	Corso BLS-D IRC Nuovo Format 5h	5	2	28

Anno	Area Tematica	Titolo	Ore Formazione ad edizione	N. Edizioni	Partecipanti complessivi
2018	Emergenze	Corso Primo Soccorso 338/2003	12	1	14
2018	Rischio clinico	Gestione dell'Aggressività del paziente psichiatrico	6	1	19
2018	Rischio clinico	Come gestire l'aggressività nei giovani adulti	4	1	47
2018	Rischio clinico	Corso gestione infezioni protesi anca	3	1	3

Direttore Sanitario
Dott. Giovanni Neri