

PROT. N. 51 - 11/06/2025

	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025	Revisione del 29/05/2025
---	---	-------------------------------------

PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025

RISULTATI ANNO 2024 - PIANO ANNO 2025

RISK MANAGER Dott. PANTAZIS PANTAZOPOULOS

"VILLA SALUS"
Istituto Elioterapico Ortopedico srl
Il Presidente
Dott.ssa Irena Cecchi

INDICE

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO.....	3
2. DATI DI PRODUZIONE.....	4
3. POLITICA E OBIETTIVI PER LA SICUREZZA E LA QUALITA' DELLE CURE.....	5
4. LEGGI, NORME, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA E RACCOMANDAZIONI APPLICABILI.....	6
5. ORGANIZZAZIONE E MATRICE DELLE RESPONSABILITA'.....	6
6. RENDICONTAZIONE DELLA GESTIONE PROATTIVA E REATTIVA REALIZZATA NEL CORSO DELL'ANNO 2024.....	7
6.1 Revisioni di percorsi attuati a partire dall'analisi dei sinistri.....	7
6.2 Gestione delle segnalazioni di incident reporting.....	7
6.3 Andamento delle segnalazioni di eventi per tipologia.....	8
6.4 Rischio infettivo e infezioni correlate all'assistenza.....	11
6.5 Debiti informativi flussi regionali e SIMES.....	11
6.6 Emovigilanza.....	11
7. RENDICONTAZIONE DELLA GESTIONE PROATTIVA REALIZZATA.....	11
7.1 Attività formative effettuate nell'anno 2024 in materia di rischio clinico.....	11
7.2 Safety walkaround.....	12
7.3 Conformità alle raccomandazioni ministeriali e alle linee guida.....	12
7.4 Controlli ambientali:.....	14
7.5 Misure di monitoraggio e controllo delle infezioni.....	17
7.6 Dispositivo vigilanza: gestione elettromedicali da parte del servizio di ingegneria clinica.....	17
7.7 Segnalazioni da parte del servizio prevenzione protezione.....	17
8. OBIETTIVI GENERALI E LINEE D'INTERVENTO PER L'ANNO 2025.....	17
8.1 Interventi proattivi pianificati per l'anno 2025.....	17
8.2 Piano programma della sicurezza e misure volte al controllo delle infezioni correlate all'assistenza.....	17
8.3 Documentazione sanitaria.....	18
8.4 Attività di produzione e revisione della documentazione prevista per l'anno 2025.....	18
8.5 Attività formative pianificate per l'anno 2025 in materia di rischio clinico.....	18
8.6 Investimenti previsti per l'anno 2025 in dispositivi, apparecchiature, infrastrutture.....	19
8.7 Investimenti previsti per l'anno 2025 in tecnologie digitali.....	19
8.8 Piano delle azioni e dei progetti di miglioramento per l'anno 2025.....	19
SCHEDA N.01-2025.....	19
SCHEDA N.02-2025.....	20
SCHEDA N.03-2025.....	21
SCHEDA N.04-2025.....	21

	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025	Revisione del 29/05/2025
---	---	---

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

La Casa di Cura “Villa Salus” è un Ospedale Privato Accreditato dalla Regione Emilia-Romagna e dal Servizio Sanitario Nazionale come struttura di riabilitazione atta ad erogare prestazioni sanitarie:

1. in regime di ricovero riabilitativo estensivo (cod.60) ed *ex art.26* Legge n.833/71
2. in regime ambulatoriale (erogazione visite ortopediche e fisiatriche ed ecocolordoppler)
3. Presidio di Medicina Fisica e Riabilitativa.

La riabilitazione estensiva ha come obiettivo principale quello di trattare pazienti affetti da esiti di eventi patogeni disabilitanti che necessitano di attività sanitaria finalizzata al massimo recupero funzionale con l’obiettivo di prevenire le menomazioni secondarie, curare la disabilità, contenere o impedire lo svantaggio derivante dalla menomazione disabilitante e favorire la migliore qualità della vita e il reinserimento sociale.

Il ricovero *ex art.26* prevede l’erogazione di prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali dipendenti da qualsiasi causa.

La Struttura è accreditata anche all’erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali ortopediche, fisiatriche, ecocolordoppler e terapia fisica riabilitativa.

Le prestazioni di specialistica ambulatoriale e le prestazioni dedicate al Presidio di medicina fisica e riabilitativa a carico del SSN vengono concordate con il committente (Az. USL ROMAGNA) e sono budgetariamente regolarizzate nell’ambito dell’accordo di fornitura dell’anno in corso.

La tipologia e l’entità economica delle prestazioni è regolamentata dai seguenti documenti di riferimento:

- Accordo generale tra Regione Emilia Romagna-AIOP
- Contratto di fornitura con l’Azienda USL Romagna.

Il reparto di degenza della U.O. Riabilitazione è dislocato al piano rialzato e consta dei seguenti posti letto:

- n.26 dall’1/01/2024 al 19/05/2024
- n.36 dal 20/05/2024 al 31/12/2024.

Al reparto di degenza sono destinati prevalentemente pazienti parzialmente non autosufficienti.

Al piano terra, adiacente al fabbricato principale, è collocata la palazzina adibita a presidio ambulatoriale di Riabilitazione.

L’attività ambulatoriale collocata nei locali del piano rialzato comprende:

- poliambulatori per visite fisiatriche ed ortopediche
- poliambulatori per ecocolordoppler ed ecografie semplici

	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025	Revisione del 29/05/2025
---	---	---

- poliambulatori per ossigeno-ozono terapia.

Le prestazioni di specialistica ambulatoriale a carico del SSN vengono concordate con il committente (AUSL Romagna) e sono budgetariamente regolarizzate nell'ambito dell'accordo di fornitura per l'anno in corso.

Le prestazioni a carico di privati vengono concordate con la Segreteria della Casa di Cura la quale provvede a fissare gli appuntamenti.

2. DATI DI PRODUZIONE

Periodo di riferimento: gennaio-dicembre 2024

AREA DELLA PRODUZIONE – VOLUMI E APPROPRIATEZZA		2024
Numero ricoveri		402
Giorni degenza		10.719
Numero ricoveri AUSL Romagna (area vasta residenti)		250
Giorni degenza AUSL Romagna (area vasta residenti)		7347
Numero ricoveri da altre AUSL (resto Regione)		12
Giorni degenza da altre AUSL (resto Regione)		294
Numero ricoveri cod. 60 (fuori Regione – extra RER)		118
Giorni degenza cod. 60 (fuori Regione – extra RER)		2561
Numero degenza privati		22
Giorni degenza privati		517
Tasso di utilizzo dei posti letto totali		90,41 %
AREA CONTINUITA' DELLE CURE – ESITO DEL RICOVERO		2024
Numero dimissioni ordinarie (comprese quelle in altra struttura)		350
Numero Decessi		1
Numero trasferimento per acuti (Ospedale)		19
Numero dimissioni volontarie		10
QUALITA' SICUREZZA E RISCHIO CLINICO		2024
% gestione del rischio – utilizzo I.R.		100%
Numero nuovi decubiti/tot. Pazienti (durante il ricovero)		3
Numero cadute/totale giornate di degenza		25
% rilevazione dolore in cartella		100%
AREA COMUNICAZIONE E SODDISFAZIONE DELLA UTENZA		2024
rilevazione della soddisfazione complessiva dei servizi da parte dell'utenza (indice soddisfazione $\geq$ 80%)		si

	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025	Revisione del 29/05/2025
---	---	---

3. POLITICA E OBIETTIVI PER LA SICUREZZA E LA QUALITA' DELLE CURE

Il sistema per la gestione dei processi di risk management supporta la clinical governance affinché Villa Salus sia in grado di operare in una visione per processi orientata al miglioramento continuo dei propri servizi e della salvaguardia degli standard di cura e di assistenza.

Gli elementi alla base della politica sono la definizione di una esplicita azione per la tutela della salute, che punti all'efficacia clinica e all'efficienza organizzativa, nel rispetto di tutte le parti interessate al buon funzionamento dell'azienda: i pazienti, gli utenti, i dipendenti, il governo regionale, i fornitori e le istituzioni del territorio.

Il primo impegno di Villa Salus l'assume nei confronti del contesto esterno ed interno entro cui agisce, costituiti, sotto il primo aspetto, da fattori:

politici, demografici, economici e quello aziendale, dalle risorse umane, strutturali e tecnologiche; riconoscendo e garantendo la centralità dell'essere umano, prendendosi cura della persona, realizzando così il ruolo fondante che un'azienda sanitaria deve avere nella propria mission. Questo fondamentale impegno trova materiale realizzazione attraverso un sistema organizzativo basato sulla riprogettazione dei processi aziendali, da: pianificare, realizzare, controllare e migliorare, avvalendosi di strumenti già consolidati, quale è il ciclo PDCA (Plan Do Check Act) e una metodologia sul "Risk-based thinking".

Infatti, se il miglioramento dei processi è l'obiettivo, l'analisi del rischio, intesa come valutazione dei pericoli potenziali e contestuale riduzione dell'incertezza, è lo strumento per il raggiungimento di quest'obiettivo.

Villa Salus ha la piena consapevolezza che conoscere i processi di un'Azienda, saper valutare il rischio, significa comprenderne tutti gli aspetti che la compongono: da quelli programmatici, agli attuativi, ai controlli necessari, sia quelli costanti che i periodici. Perché solo conoscendo i contesti entro i quali si opera e ci si radica, dalle attività realizzate attraverso i loro legami, agli aspetti incerti o pericolosi, ma anche alle opportunità da considerare e sviluppare e fare crescere, si possono utilizzare al meglio le risorse, minimizzando i costi, massimizzando il valore dell'Azienda.

4. LEGGI, NORME, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA E RACCOMANDAZIONI APPLICABILI

- D. Lgs. n.502/92: Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n.421.
- D.P.R. 14/01/1997: Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.
- D. Lgs. n.229/99: Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419.
- L. n.131 del 5/06/2003: Disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento della Repubblica alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n.3.

	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025	Revisione del 29/05/2025
---	---	---

- D. Lgs. n.81/08: Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro - Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n.123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.
- Decreto 2 aprile 2015, n.70: Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. (15G00084) Entrata in vigore del provvedimento: 19/06/2015.
- Legge n.24 dell'8/03/2017: "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" (17G00041) (GU n.64 del 17-3-2017)
- Leggi e Delibere regionali in materia di sicurezza e qualità delle cure.
- DGR ER n.1314/2024: Attuazione del D.M. del Ministro della salute 19 dicembre 2022. Approvazione requisiti generali di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private.

5. ORGANIZZAZIONE E MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

La realizzazione del PPSC (PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE) riconosce sempre almeno due specifiche responsabilità:

- quella del Risk Manager che lo redige e ne monitorizza l'implementazione;
- quella dell'Alta Direzione che si impegna ad adottarlo ed a fornire al Risk Manager e all'organizzazione aziendale le risorse e le opportune direttive, per la concreta realizzazione delle attività in esso previste.

Il PPSC di Villa Salus viene verificato dal Risk Manager armonizzato con le linee di indirizzo della Direzione e verificato attraverso audit interni di prima parte e audit di terza parte.

6. RENDICONTAZIONE DELLA GESTIONE PROATTIVA E REATTIVA REALIZZATA NEL CORSO DELL'ANNO 2024

La compagnia di assicurazione con la quale è stata stipulato il contratto di copertura è:

Cattolica Assicurazioni

polizza RCT/RCO n.732459028

data inizio copertura 30/04/2025

data fine copertura 30/04/2026

massimale aggregato globale €3.000.000,00

massimale per sinistro €3.000.000,00.

L'assicurazione comprende: responsabilità personale del Direttore Sanitario, distribuzione ed utilizzazione del sangue, privacy, danni a veicoli in sosta, danni a mezzi sotto carico e scarico, sostanze radioattive, incendio, interruzione di attività, inquinamento accidentale, cose consegnate e non consegnate, cose in custodia, responsabilità civile personale, inquinamento accidentale.

In ottemperanza agli artt.2, comma 5, e 4, comma 3, della Legge 8 marzo 2017 n.24 Villa Salus pubblica sul proprio sito web i dati relativi alla sinistrosità, che si riportano nella tabella seguente:

	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025	Revisione del 29/05/2025
---	---	---

ANNO	NUMERO SINISTRI	NUMERO SINISTRI APERTI	NUMERO SINISTRI RISARCITI	NUMERO SINISTRI CHIUSI SENZA RISARCIMENTO	IMPORTI LIQUIDATI
2024	0	0	0	0	0
2023	0	0	0	0	0
2022	1	1	1	0	€1.400,00
2021	1	1	1	0	€12.600,00
2020	1	1	1	0	€4.500,00

Dalla lettura dei dati relativi al risarcimento dei sinistri, occorre tenere presente che gli importi dei risarcimenti erogati sono relativi prevalentemente a sinistri accaduti e denunciati in anni precedenti.

6.1 Gestione delle segnalazioni di incident reporting

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

A questo scopo, Villa Salus utilizza il sistema di IR che consente agli operatori di segnalare, senza timore di ripercussioni negative, le situazioni di pericolo verificatesi (eventi) o che potrebbero verificarsi (quasi evento) al fine di prevenirne il riaccadimento (PA24). In particolare, Villa Salus aderisce, fin dalla sua attivazione, al Sistema regionale di IR per il comparto sanitario mediante raccolta delle apposite schede compilate dagli operatori per la segnalazione di eventi avversi e near miss e loro inserimento nello specifico data base regionale; per il comparto socio assistenziale invece, come da indicazioni territoriali, tali schede di segnalazione vengono inviate ai diretti referenti mensilmente.

La scheda di IR viene inviata direttamente dagli operatori all'attenzione del diretto preposto che a sua volta informa la funzione aziendale di risk management e la Direzione, che seleziona gli eventi avversi/near miss sui quali avviare attività di analisi ed approfondimento (audit -SEA), in stretta collaborazione con i responsabili di UU.OO. direttamente coinvolti e/o di altri Servizi potenzialmente interessati.

	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025	Revisione del 29/05/2025
---	---	-------------------------------------

I dati ottenuti tramite le schede di IR sono, inoltre, oggetto di una specifica report che è finalizzata ad individuare le principali aree/tematiche di criticità segnalate. Tale reportistica viene analizzata negli incontri di riesame delle direzione.

I dati raccolti tramite le apposite schede vengono inoltre periodicamente inseriti nell'apposito data base regionale.

La costante attività di formazione e sensibilizzazione degli operatori, la progressiva diffusione della cultura della non colpevolizzazione, la definizione di reportistica aziendale resa disponibile agli operatori, la definizione di una specifica procedura aziendale applicabile a tutti aree/settori di Villa Salus, condivisa in presenza tramite formazione con tutti i settori aziendali ed altresì i successivi audit clinici svolti, hanno consentito di ottenere nell'arco di un biennio la pressoché totale confluenza del flusso delle segnalazioni verso la funzione aziendale di Risk management.

6.2 Andamento delle segnalazioni di eventi per tipologia

Scheda descrittiva degli strumenti/fonti informative disponibili sulla sicurezza delle cure e dei relativi interventi per la prevenzione e riduzione del rischio clinico	
Tipologia:	incidenting reporting
Letteratura/Normativa di riferimento:	- D.M. 2 aprile 2015 n.70 - Legge stabilità 2016 (Legge n.208 del 28 dicembre 2015, art.1, comma 539) - D.G.R. n.1943/2017 (6° criterio dell'accreditamento)
Descrizione dello strumento/flusso informativo:	l'incidenting reporting consente al personale sanitario di descrivere o comunicare eventi avversi o quasi eventi (near miss) mediante la scheda della Regione ER divulgata a tutto il personale (SCHEDA GENERALE REV.2 - SCHEDA DI SEGNALAZIONE SPONTANEA DEGLI EVENTI). Cfr. dossier ASSR n.250/2015 pagg.15-16.
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento:	nell'anno 2024 sono state comunicate n.42 schede di incidenting reporting così suddivise: - n.25 cadute - n.13 aggressioni - n.0 eventi avversi - n.4 near miss
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento:	a seguito delle segnalazioni sopra elencate sono realizzate: - n.10 azioni correttive, di cui n.6 migliorative, n.1 correttiva e n.3 preventive - n.3 audit - n.4 safety walk around

	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025	Revisione del 29/05/2025
---	---	---

Valutazione risultati e prospettive future:	1) per la gestione di n.25 cadute: - non è stata eseguita alcuna azione, essendosi trattato di segnalazioni con esito minimo o senza esito; - sono stati eseguiti n.2 safety walk around; 2) per la gestione di n.13 aggressioni: - non è stata eseguita alcuna azione, essendosi trattato di segnalazioni con esito minimo o senza esito; 3) per la gestione di n.4 near miss: - non è stata eseguita alcuna azione, essendosi trattato di segnalazioni con esito minimo o senza esito.
--	--

Scheda descrittiva degli strumenti/fonti informative disponibili sulla sicurezza delle cure e dei relativi interventi per la prevenzione e riduzione del rischio clinico	
Tipologia:	cadute
Letteratura/Normativa di riferimento:	- linee di indirizzo per la gestione delle cadute in ospedale dicembre 2016 - R.M.13 RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE PER PREVENZIONE E GESTIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE
Descrizione dello strumento/flusso informativo:	incident reporting
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento:	nell'anno 2024 sono state segnalate n.25 cadute.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento:	non sono state intraprese azioni.
Valutazione risultati e prospettive future:	dalle indagini condotta dal Risk Manager tutte le cadute sono state gestite correttamente dal personale.
Scheda descrittiva degli strumenti/fonti informative disponibili sulla sicurezza delle cure e dei relativi interventi per la prevenzione e riduzione del rischio clinico	
Tipologia:	farmacovigilanza
Letteratura/Normativa di riferimento:	- Regolamento UE 1235/2010, la cui applicazione è operativa dal 2 luglio 2012, - Direttiva 2010/84/UE
Descrizione dello strumento/flusso	- segnalazione on-line sul sito AIFA, tramite la nuova piattaforma della Rete Nazionale di Farmacovigilanza;

	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025	Revisione del 29/05/2025
---	---	--

informativo:	- compilazione della scheda di segnalazione e invio alla Direzione Sanitaria
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento:	nell'anno 2024 non è stata fatta alcuna nessuna segnalazione.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento:	- sono stati eseguiti n.3 audit interni; - sono stati eseguiti di n.3 safety walk around per il monitoraggio della corretta applicazione della PS01 Gestione farmaci.
Valutazione risultati e prospettive future:	- è stata programmata la redazione della procedura di gestione ed approvvigionamenti farmaci; - è stata programmata la revisione della procedura di gestione farmaci stupefacenti; - continuo monitoraggio con esecuzione di audi anche per il 2025.

6.3 Rischio infettivo e infezioni correlate all'assistenza

A settembre 2023 è stato nominato il nuovo Direttore Sanitario, il quale possiede anche la nomina di Risk manager e Responsabile del CIO (Comitato Infezioni Ospedaliere); nel mese successivo sono stati nominati i membri del CIO con provenienza da tutte le UU.OO. dell'OPA di Villa Salus. A novembre 2023 il comitato si è riunito e sono stati definiti i primi obiettivi:

- redazione piano programma ICA
- corsi formazione lavaggio mani
- analisi consumo gel disinfettante trimestralmente a partire dal 2024
- formazione sulle ICA
- revisione procedura di gestione dell'isolamento in pazienti con colonizzazione da germi multiresistenti.

In data 11/10/2024, su proposta del Direttore Sanitario, si è riunito il CIO per approvare il Piano Programma Prevenzione Infezioni, di cui è stata consegnata una copia a ciascun partecipante da restituire nel termine di 10 giorni con eventuali osservazioni.

Più precisamente, il comitato ha esaminato e discusso i seguenti argomenti:

- consumo di gel nelle UU.OO. di Villa Salus,
- creazione di un registro infezioni
- formazione su piattaforma ELABER sulle infezioni.

Inoltre, è stato organizzato un corso FAD su piattaforma ELABER per gli infermieri.

6.4 Debiti informativi flussi regionali e simes

Gli obblighi di pubblicazione dei dati sul sito di Villa Salus derivanti dalla Legge n.24/2017, sono stati puntualmente assolti:

- flusso Simes per la segnalazione degli eventi sentinella
- Agenas: adesione alle raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella
- flusso SIAR: Sistema Informativo per il monitoraggio dell'assistenza riabilitativa
- flusso SDO: flusso informativo delle Schede di Dimissione Ospedaliera

	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025	Revisione del 29/05/2025
---	---	---

6.5 Emovigilanza

Non è stata effettuata nessuna segnalazione.

7. RENDICONTAZIONE DELLA GESTIONE PROATTIVA REALIZZATA

Villa Salus ha programmato e realizzato nel corso dell'anno 2024, in attuazione della politica aziendale, interventi di gestione sulle aree che verranno riportate sotto.

7.1 Attività formative effettuate nell'anno 2024 in materia di rischio clinico

Durante l'anno 2024, per il personale di OPA Villa Salus è stato organizzato un corso interno in materia di rischio clinico tenuto dal Dott. Pantazoupolos

7.2 Safety walk round

Nei mesi di ottobre e novembre 2024 sono stati condotti 4 audit interni con la logica del Safety Walk round nella U.O. Riabilitazione di Villa Salus aventi ad oggetto:

- eventi sentinella
- gestione clinica, trasporti, emergenza clinica, carta dei servizi e gestione attrezzature
- infezioni, cadute, contenzioni, LDD.

Tutte le segnalazioni rilasciate durante gli audit sono state prese in carico dai relativi coordinatori e gestite con efficacia.

7.3 Conformità alle raccomandazioni ministeriali e alle linee guida

- 7 segnalazioni di non conformità prese in carico e trattate
- 6 audit interni effettuati
- 10 AC/AP/AM

Si è proceduto, nel corso dell'anno 2024 alla revisione di numerose procedure ed istruzioni operative, che sono state approvate e divulgate a tutte le UU.OO..

Di seguito si riportano le principali attività svolte:

1. PA03 REV.4 PROCEDURA DI GESTIONE DELLE NC/AZIONI AM/AP/AC – AUDIT – INDAGINI CONOSCITIVE E RECLAMI
2. PA14 REV.2 SISTEMA DI TRASPORTI INTRA ED EXTRA OSPEDALIERI PER PAZIENTI RICOVERATI
3. PA20 REV.1 PROCEDURA DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO
4. PA23 REV.2 PROCEDURA DI GESTIONE DELLE VIOLENZE A CARICO DI OSPITI E OPERATORI (DIGNITA' DELLA PERSONA)
5. PA29 REV.0 PROCEDURA APPROVVIGIONAMENTO PRODOTTI E SERVIZI ALIMENTARIE VALUTAZIONE FORNITORI
6. PA33 ACCESSO CIVICO
7. PS02 REV.7 PROCEDURA DI GESTIONE E CONTROLLO DELLA CARTELLA CLINICA E DEL PROCESSO CLINICO

	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025	Revisione del 29/05/2025
---	---	---

8. PS04 REV.3 PROCEDURA DI PIANIFICAZIONE DEL “SERVIZIO FISIOTERAPICO” DURANTE LA DEGENZA IN REPARTO
9. PS05 REV.4 PROCEDURA DI ACCESSO E PROCESSO AMMINISTRATIVO
10. PS06 REV.4 PROCEDURA DI ASSISTENZA IN CASO DI EMERGENZA CLINICA
11. PS08 REV.3 PROCEDURA DI IDENTIFICAZIONE E GESTIONE INFEZIONE/COLONIZZAZIONE DA CPE
12. PS09 REV.3 PROCEDURA DI GESTIONE FARMACI STUPEFACENTI
13. PS10 REV.4 PROCEDURA DI PIANIFICAZIONE E CONTROLLO “SERVIZIO INFERMIERISTICO”
14. PS11 REV.6 PROCEDURA DI ACCESSO PER LE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE FISIATRICHE E FISIOTERAPICHE
15. PS27 REV.2 PROCEDURA DI PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO CADUTE
16. PS58 REV.4 PROCEDURA DI GESTIONE DEI MEZZI DI CONVENZIONE
17. PS67 REV.1 PROCEDURA DI GESTIONE E TRATTAMENTO LESIONI DA PRESSIONE
18. PS87 REV.0 PROCEDURA DI GESTIONE DISPOSITIVO UOMO A TERRA
19. PS88 REV.0 PROCEDURA DI GESTIONE DEL SERVIZIO LAVANDERIA
20. PS90 REV.0 GESTIONE INCASSI, FONDO CASSA, DEPOSITI CAUZIONALI E BENI PERSONALI DEGENTI
21. IOA02 REV.2 ISTRUZIONE OPERATIVA PER IL BUON USO DEL SANGUE, PRELIEVO E TRASPORTO DI MATERIALE PER EMOTRASFUSIONE
22. IO103 REV.5 ISTRUZIONE OPERATIVA DI GESTIONE DELLA SALMA
23. IOS64 REV.0 ISTRUZIONE PER LA MANIPOLAZIONE PER LE FORME FARMACEUTICHE ORALI SOLIDE
24. IOS65 REV.0 ISTRUZIONE OPERATIVA PER L'ACCESSO E LA COMPILAZIONE DEL TEMPARIO
25. IOS66 REV.0 ISTRUZIONE OPERATIVA GESTIONE PROGRAMMA PRENOTAZIONI DEGENZA
26. IOS67 REV.0 ISTRUZIONE OPERATIVA EROGAZIONE PASTI AI DEGENTI DEL REPARTO RIABILITAZIONE
27. IOS69 REV.0 ISTRUZIONE OPERATIVA PER LA GESTIONE E ORGANIZZAZIONE PRESTAZIONE DI PRP
28. IOS70 REV.0 PROCEDURA DI PREVENZIONE E TRATTAMENTO LESIONI DA PRESSIONE

7.4 Controlli ambientali

In base a:

- risultati dei campionamenti periodici semestrali programmati;
- misura di gestione del rischio attuale;
- storico analizzato caratterizzato da assenza di casi di legionellosi;
- contesto analizzato relativo ad una struttura sanitaria con determinate pratiche sanitarie (ricerca antigene);
- formazione del personale coinvolto come previsto al punto 10 della presente valutazione

	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025	Revisione del 29/05/2025
---	---	-------------------------------------

Adottando il criterio di valutazione del rischio riportato nel DVR generale dell'OPA Villa Salus Istituto Elioterapico Ortopedico S.r.l.

Il grado di rischio R può essere rappresentato dalla seguente matrice

P

4	8	12	16
3	6	9	12
2	4	6	8
1	2	3	4

D

Dalla matrice si possono estrapolare le seguenti 4 gradazioni di rischio:

LIVELLO	VALORE
<i>Alto</i>	$R > 8$
<i>Medio</i>	$4 \leq R \leq 8$
<i>Basso</i>	$2 \leq R \leq 3$
<i>Trascurabile</i>	$R = 1$

Tabella 2.14 - Livelli di rischio e individuazione delle relative misure di prevenzione e protezione

Colore	Valore numerico	Livello di rischio	Misure di prevenzione e protezione da attuare
	$0,5 < R \leq 1$	Accettabile	Norme igieniche generali
	$1 < R \leq 2$	Basso	Norme igieniche generali
	$2 < R \leq 8$	Medio	Norme igieniche generali + Misure specifiche di prevenzione e protezione
	$8 < R \leq 10$	Alto	Misure specifiche di prevenzione e protezione urgenti
	$10 < R \leq 16$	Inaccettabile	Sospensione temporanea dell'attività a rischio e realizzazione immediata degli interventi

Per tutte le mansioni viene considerato il rischio sia per la fruizione delle utenze presenti nei servizi sia per l'attuazione di pratiche sanitarie a rischio e non.

	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025	Revisione del 29/05/2025
---	---	--

Rischio	Valutazione iniziale	Misure adottate	Valutazione del rischio
Impiegato	Accettabile	Vedi elenco sopra riportato e tutti i detti del presente documento e adozione del programma di controllo.	Accettabile
Addetto accettazione/cassa/centralino	Basso		Accettabile
Coordinatore di reparto	Basso		Accettabile
Coordinatore infermieristico	Basso		Accettabile
Coordinatore fisioterapisti	Basso		Accettabile
Infermiere	Medio		Basso
OSS	Medio		Basso
Fisioterapista	Medio		Basso
Addetto alla manutenzione/trasporto	Basso		Accettabile
Addetto al guardaroba/magazzino	Basso		Accettabile
Addetto cucina	Basso		Accettabile
Addetto distribuzione pasti	Basso		Accettabile
Animatore	Accettabile		Accettabile
Bagnino	Accettabile		Accettabile

Per gli operatori sanitari di assistenza, il rischio di contrarre la legionellosi si riduce ai casi in cui avvenga l'inalazione di aerosol contaminato (ad esempio durante operazioni che riguardano l'igiene personale del paziente con utilizzo di acqua) al quale peraltro possono essere esposti anche i pazienti. Tale evento si configura come poco probabile se la struttura sanitaria si è dotata di un programma di controllo del rischio legionellosi.

Per quanto riguarda i pazienti va ricordato che in base a diversi fattori (citati al paragrafo 6 tabella 11 del presente documento) le aree assistenziali sono suddivise in diverse categorie di rischio:

- reparti che assistono pazienti a rischio molto elevato (esempio: Centri trapianto, Oncologie, Ematologie). Questi devono essere classificati ad alto rischio e l'obiettivo deve essere quello di erogazione.
- Reparti che assistono pazienti a rischio aumentato (esempio: Medicine, Pneumologie, Geriatrie, Chirurgie).

Nel caso della struttura in esame trattasi di pazienti a rischio aumentato.

Vanno considerati anche tutti i manutentori interni e le ditte esterne che svolgono la propria attività inerente la gestione dei sistemi idrici. A tutti loro verrà consegnata un'informativa sul rischio in questione.

7.5 Misure di monitoraggio e controllo delle infezioni da legionella

Per controllare efficacemente il rischio di Legionellosi correlata all'assistenza è necessario intervenire in diversi ambiti (clinico, assistenziale, ambientale) ed è quindi essenziale la collaborazione di tutte le diverse professionalità coinvolte. Presso Villa Salus è stato costituito un Gruppo di lavoro multidisciplinare con il compito di definire il Programma di controllo della

	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025	Revisione del 29/05/2025
---	---	---

Legionellosi correlata all'assistenza che veda rappresentate le specifiche competenze sviluppate sul tema.

In sede di riunione annuale ex art.35 del Testo unico della Sicurezza il gruppo di lavoro analizza i dati ottenuti della valutazione del rischio e i relativi campionamenti eseguiti per confermare e/o individuare nuove misure di controllo.

Dal 18/12/2024 è stato nominato il "Gestore della distribuzione idrica delle acque interne" (GIDI), come previsto dal D. Lgs. n.18/2023 allegato VIII.

Il GIDI deve garantire il mantenimento della qualità dell'acqua, monitorando i parametri dell'allegato I parte D riportante nuovi limiti per Piombo e Legionella.

7.6 Dispositivo vigilanza: gestione elettromedicali da parte del servizio di ingegneria clinica

Complessivamente nel 2024 sono state effettuate:

- n.11 verifiche di sicurezza
- n.34 manutenzioni programmate (per un totale di oltre 45 controlli effettuati);
- n.26 manutenzioni straordinarie correttive.

Non si segnala alcun danno a cose o persone a seguito di guasto.

7.7 Segnalazioni da parte del Servizio Prevenzione Protezione

Come evidenziato dai dati sotto riportati, il fenomeno infortunistico all'interno dell'azienda ha subito un andamento crescente nel 2024 rispetto al 2023.

Nel 2024 i reparti con la maggiore incidenza del tasso infortunistico sono il CRA 1 con 15 infortuni tra OSS e Infermieri e il CRA 2 con 6 infortuni tra OSS e Infermieri.

Nell'ultimo anno è stata registrata una sola medicazione relativa ad una puntura accidentale.

Dei 24 infortuni registrati nell'ultimo anno, due sono stati in itinere, 8 disturbi muscolo scheletrici, 4 traumi, 4 contusioni, 2 distorsioni, 1 stiramento, 2 altro.

DATI RELATIVI AGLI INFORTUNI COMPLESSIVI

Anno ->	2023	2024
n° Medio dipendenti	130	135
Ore lavorate (ore)	187108	194385
n° Infortuni	12	23
Durata totale infortuni (gg)	450	703
Indice di incidenza	9,23	17,04
Indice di frequenza	64,13	118,32
Indice di gravità	2,41	3,62
Durata media (gg)	37,50	30,57

	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025	Revisione del 29/05/2025
---	---	---

DATI RELATIVI AGLI INFORTUNI COMPLESSIVI DEDOTTI QUELLI IN ITINERE

Anno ->	2023	2024
n° Medio dipendenti	130	135
Ore lavorate (ore)	187108	194385
n° Infortuni	11	21
Durata totale infortuni (gg)	285	522
Indice di incidenza	8,46	15,56
Indice di frequenza	58,79	108,03
Indice di gravità	1,52	2,69
Durata media (gg)	25,91	24,86

8. OBIETTIVI GENERALI E LINEE D'INTERVENTO PER L'ANNO 2025

8.1 Interventi proattivi pianificati per l'anno 2025

Proseguirà, nel corso del 2025 l'intensa attività proattiva già avviata nel 2024; in particolare si prevedono:

1. nuovi audit interni;
2. audit e formazione sul corretto utilizzo delle contenzioni;
3. audit, Safety Walkaround e SEA in base agli incident reporting per valutare l'adeguamento alla procedure aziendali
4. audit e Safety Walkaround sulla conoscenza degli eventi sentinella e le relative procedure.

8.2 Piano programma della sicurezza e misure volte al controllo delle infezioni correlate all'assistenza

Inoltre per il 2025 le misure aziendali per il controllo delle infezioni sono:

1. Raccogliere dati indicatore consumo gel idroalcolico per le mani
2. Formalizzare la raccolta dei dati per i germi sentinella (CPE)

Nel 2025 il CIO si occuperà di vigilare sui seguenti aspetti:

- 1) corretto lavaggio delle mani
- 2) germi sentinella
- 3) segnalazioni infezioni
- 4) consumo gel e utilizzo antibiotici ad ampio spettro in collaborazione con il servizio farmacia.

	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025	Revisione del 29/05/2025
---	---	---

8.3 Documentazione sanitaria

Nel 2025 sarà implementata l'attività di controllo delle cartelle cliniche e si provvederà alla revisione della relativa check-list, nonché alla revisione di tutte le procedure ed istruzioni che sono state redatte prima del 2020.

8.4 Attività formative pianificate per l'anno 2025

Area emergenza-urgenza:

- **PEA** tutto il personale addetto all'emergenza evacuazione;
- **BLSD** per il personale sanitario con obbligo e non (2 edizioni accreditate ECM durata 5h)

Area tecnico-professionale:

- **IGIENE MANI (30 min formazione interna richiesta dalla nostra AUSL)**, effettuato grazie al trasferimento delle conoscenze acquisite dai referenti aziendali Spadaccini – Tonti e rivolto a tutto il personale sanitario e parasanitario U.O. CRA. Formazione on the job.
- **GERMI SENTINELLA (30 min formazione interna)**, effettuato grazie al trasferimento delle conoscenze acquisite dai referenti aziendali Spadaccini – Tonti e rivolto a tutto il personale sanitario e parasanitario U.O. CRA. Formazione on the job.
- **PROGETTO CRA HALTH 4** (monitoraggio infezioni correlate all'assistenza e utilizzo antibiotici nella CRA)
- **GESTIONE DEL DOLORE NEL PAZIENTE ANZIANO (4h per 2 gruppi Res e accreditata 4 ecm)** effettuato dal dott. Pantazopoulos rivolta a tutto il personale sanitario (infermieri e fisioterapisti) Corso accreditato no ECM
- **DEGLUTIZIONE E DISFAGIA (4h per 5 gruppi RES e accreditata)** effettuata dalla docente esperta in materia D.ssa Consolmagno Patrizia e rivolta a tutto il personale sanitario e parasanitario della struttura.
- **LE RACCOMANDAZIONI DEL MINISTRO PER LA PREVENZIONE DELLA VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI:** Corso Fad della durata di 6 h per 43 operatori sanitari accreditato (ECM 4,5 per infermieri)
- **LA GESTIONE E SOMMINISTRAZIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA:** Corso Res attuabile con Fondo (8 h per 2 gruppi accreditato con ECM)
- **CORSO TUTOR DIDATTICI UNIVERSITA' BOLOGNA** : trasferimento conoscenze corso intensivo per tutor didattici Università Scienze Infermieristiche da parte dell'infermiera Marta Cavalli, deputata ad istruire i colleghi tutor nella formazione degli allievi infermieri.
- **CORSO SUL RISCHIO CLINICO** per tutto il personale: Corso interno tenuto dal dott. Pantazopoulos:
- **CORSO "PROCEDURA E GESTIONE DELLE CONTENZIONI"**: Corso interno tenuto dal dott. Bemporad per tutto il personale:
- **Corsi specifici FAD** proposti a tutti i professionisti sanitari, raccomandati dalla Regione Emilia Romagna in piattaforme come E-laber e raccomandati dall'AUSL.

	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025	Revisione del 29/05/2025
---	---	---

Area sicurezza dei lavoratori:

- **PIANO DI FORMAZIONE SALUTE E SICUREZZA 2024 (in aggiornamento continuo):**
 - Formazione antincendio (16 h) e relativo aggiornamento (8h ogni 5 anni)
 - Corso preposti (8 h) e relativo aggiornamento (6 h ogni 2 anni)
 - Corso Sicurezza requisiti generali (4 h)
 - Corso Sicurezza requisiti specifici (in base alla mansione 4, 8 o 12 h)
 - Formazione RLS (36h)
 - Formazione ASPP (88 h diviso in moduli)
- **CORSO IN MATERIA DI IGIENE DEGLI ALIMENTI :** Corso interno con docente esterno Dott.ssa Bordini
- **ADDESTRAMENTO** utilizzo attrezzature/prodotti/procedure in momenti strutturati on the job a tutto il personale oss da parte di professionisti formati.
- **AUDIT CLINICI PERIODICI** con tutto il personale

Area comunicazione/relazione:

- **COMUNICAZIONE EFFICACE E GESTIONE DEI PAZIENTI: CONOSCERE I PROFILI PSICOLOGICI PER RIDURRE I CONFLITTI E GESTIRE IL RISCHIO CLINICO:** Corso residenziale 4 edizioni da 16h/15 partecipanti attuabile con Fondo Fonter
- **DEMENTIA: COME COMUNICARE EFFICACEMENTE:** Corso Residenziale 3 edizioni da 8h e 15 partecipanti ciascuna, tenuto dall'Associazione Meno per Meno di Bologna, associazione di Bologna specializzata in progetti di sostegno psicopedagogico e percorsi formativi sul benessere. Attuabile con Fondo Fonter
- **SUPERVISIONE** d'equipe ed orientamento cognitivista su pazienti affetti da demenza e alzheimer effettuata dallo psicoterapeuta Dott. Pellegrini.
- **INCONTRI** con **Presidente, Direttore Sanitario con i Preposti**

8.6 Investimenti previsti per l'anno 2025 in dispositivi, apparecchiature, infrastrutture

Nell'anno 2024, Villa Salus ha sostenuto importanti investimenti finalizzati al rischio clinico e, precisamente:

- ha acquistato la macchina per infiltrazioni di Ozono Terapia;
- ha ristrutturato gli ambulatori
- ha ristrutturato 12 posti letto
- ha avviato l'attività di PRP, previa autorizzazione dell'AUSL della Romagna.

8.7 INVESTIMENTI PREVISTI PER L'ANNO 2025 IN TECNOLOGIE DIGITALI

Previsto l'acquisto di apposito software di gestione della cartella clinica.

	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025	Revisione del 29/05/2025
---	---	---

8.8 Piano delle azioni e dei progetti di miglioramento per l'anno 2025

SCHEMA N.1-2025	
<i>Ambito di intervento</i>	<i>Prevenzioni delle infezioni correlate all'assistenza</i>
<i>Tipologia</i>	<i>Corretto lavaggio delle mani</i>
<i>Normativa di riferimento</i>	<i>5 momenti fondamentali OMS</i>
<i>Tematiche correlate</i>	<i>Infezioni ospedaliere</i>
<i>Responsabile/ Referente del Processo</i>	<i>Risk manager</i>
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	<i>Data base raccolta dati</i>
<i>Altri Flussi correlati</i>	<i>Schede cartacee di rilevazione nelle UUOO</i>
<i>Valutazione del rischio</i>	
<i>Interventi effettuati nel periodo precedente</i>	<i>Formazione rischio infettivo degli operatori di Villa Salus</i>
<i>Empowerment dei cittadini</i>	
<i>Giudizio complessivo</i>	
<i>Obiettivo generale</i>	<i>Ridurre le infezioni correlate all'assistenza</i>

	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025	Revisione del 29/05/2025
---	---	---

<i>Attività</i>	
<i>Indicatori di risultato</i>	<i>Consumo gel idroalcolico – consumo antibiotici</i>

SCHEMA N.2-2025	
<i>Ambito di intervento</i>	<i>Farmacovigilanza</i>
<i>Tipologia</i>	<i>Implementazione prescrizione e somministrazione informatizzata della terapia farmacologica</i>
<i>Normativa di riferimento</i>	<i>Accreditamento istituzionale</i>
<i>Tematiche correlate</i>	<i>Cartella clinica e rischio clinico</i>
<i>Responsabile/ Referente del Processo</i>	<i>Direttore Sanitario</i>
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	<i>Comunicazioni al personale per la condivisione del piano</i>
<i>Altri Flussi correlati</i>	
<i>Valutazione del rischio</i>	<i>Segnalazioni di near miss ed eventi avversi inerenti la terapia farmacologica</i>
<i>Interventi effettuati nel periodo precedente</i>	
<i>Empowerment dei cittadini</i>	

	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025	Revisione del 29/05/2025
---	---	-------------------------------------

<i>Giudizio complessivo</i>	
<i>Obiettivo generale</i>	<i>Ridurre gli errori legati alla prescrizione e somministrazione della terapia farmacologica</i>
<i>Attività</i>	
<i>Indicatori di risultato</i>	<i>Diminuzione Non Conformità emerse dai controlli interni</i>

SCHEDA N.3-2025	
<i>Ambito di intervento</i>	<i>Rischio clinico</i>
<i>Tipologia</i>	<i>Pianificazione ed esecuzione di audit finalizzati alla valutazione dell'aderenza delle procedure sulla prevenzione degli eventi sentinella</i>
<i>Normativa di riferimento</i>	<i>Accreditamento istituzionale – Procedure interne – Raccomandazioni ministeriali e AGENAS</i>
<i>Tematiche correlate</i>	<i>Rischio clinico</i>
<i>Responsabile/ Referente del Processo</i>	<i>Risk Manager</i>
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	
<i>Altri Flussi correlati</i>	
<i>Valutazione del rischio</i>	

	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025	Revisione del 29/05/2025
---	---	---

<i>Interventi effettuati nel periodo precedente</i>	<i>Audit mirati a valutare le conoscenze del personale sugli eventi sentinella, le raccomandazioni che regolano la loro prevenzione, le procedure interne. Elaborazione check list per la valutazione di conformità</i>
<i>Empowerment dei cittadini</i>	
<i>Giudizio complessivo</i>	
<i>Obiettivo generale</i>	<i>Monitorare la corretta adesione alle procedure aziendali e alle raccomandazioni ministeriali</i>
<i>Attività</i>	<i>Esecuzione di Safety Walkaround</i>
<i>Indicatori di risultato</i>	<i>Incident reporting e Non conformità rilevate in sede di audit</i>

SCHEDA N.4-2025

<i>Ambito di intervento</i>	<i>Rischio clinico</i>
<i>Tipologia</i>	<i>Pianificazione ed esecuzione di audit finalizzati alla valutazione dell'aderenza delle procedure su: gestione farmaci e gestione stupefacenti</i>
<i>Normativa di riferimento</i>	<i>Accreditamento istituzionale – Procedure interne – Raccomandazioni ministeriali e AGENAS</i>
<i>Tematiche correlate</i>	<i>Farmacovigilanza</i>
<i>Responsabile/Referente del Processo</i>	<i>Responsabile Farmacia</i>
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	

	PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2025	Revisione del 29/05/2025
---	---	---

Altri Flussi correlati

Valutazione del rischio

Interventi effettuati nel periodo precedente

Empowerment dei cittadini

Giudizio complessivo

Obiettivo generale

Attività

Indicatori di risultato

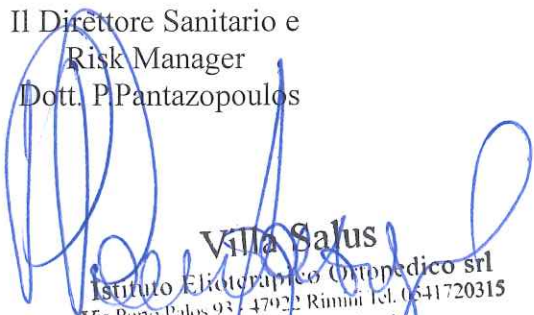
Audit mirati per la mappatura del processo di gestione dei farmaci e degli stupefacenti e conseguente emissione della procedura aggiornata. Elaborazione check list per la valutazione di conformità

Monitorare la corretta adesione alle procedure aziendali alle raccomandazioni ministeriali in ottica di farmacovigilanza

Esecuzione di Safety Walkaround

Incident reporting e Non Conformità rilevate in sede di audit

Il Direttore Sanitario e
Risk Manager
Dott. P Pantazopoulos


Villa Salus
 Istituto Elettoterapico Ortopedico srl
 Via Pono Palos 93 - 47022 Rimini Tel. 0541720315
 Il Direttore Sanitario
 Dott. Pantazis Pantazopoulos