Piano Annuale di Gestione del Rischio Clinico Anno 2026

Integrato con relazione periodica annuale eventi avversi e risarcimenti erogati quinquennio 2021-2025

Art.2 c. 5 ed art.4 c.3 della Legge 8 marzo 2017, n.24 (Legge Gelli)

Sottoscrizione		
Ruolo	**Nome e Cognome**	**Firma**
Direttore Sanitario (DS)	dott. Francesco Zimmitti	DIRETTORE SANITARIO POLICLINICO M. di C. R.C. FRANCESCO ZIMMITTI
Risk Manager (RM)	dott. Renato Saraceno	Dr. RENATO SARACENO Specialista in: Chirurgia Generale Medicina Legale e delle Assicurazioni Ordine Medici R.C. n°: 4062
Amministratore (AMM)	dott. Giovanni Pulitanò	

Stato delle revisioni		
Versione	**Data**	**Descrizione**
02	03/05/2023	Aggiornamento Relazione Anno 2023
03	04/03/2024	Aggiornamento Relazione Anno 2024 - Consuntivo Anno 2023
04	08/11/2024	Integrazione Piano Clinico con Relazione "Legge Gelli"
05	21/05/2025	Aggiornamento Relazione Anno 2025 - Consuntivo Anno 2024
06	22/06/2026	Aggiornamento Relazione Anno 2026 - Consuntivo Anno 2025

Indice del documento

1 SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE 3
2 RESPONSABILITÀ 3
3 GENERALITÀ 3
3.1 Sicurezza delle cure in sanità 3
3.2 Termini e definizioni (Ministero della Salute) 3
3.3 Rischio Clinico 6
4 CONTESTO AZIENDALE E QUADRO DI RIFERIMENTO NORMATIVO NAZIONALE E REGIONALE 8
4.1 Presentazione struttura sanitaria 10
4.2 Mission e Vision Aziendale 10
4.3 Politica di sicurezza dei pazienti, operatori e ambiente 11
5 DESCRIZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 12
5.1 Organizzazione aziendale per la gestione del rischio 12
5.2 Modello per la gestione del rischio clinico 12
5.3 Criteri utilizzati per il Risk Assessment 13
5.3.1 Identificazione dei fattori di rischio 13
5.3.2 Strumenti di supporto per l'identificazione dei rischi 13
5.3.3 Criteri per la valutazione dei rischi identificati 14
6 ATTIVITÀ DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 18
6.1 Redazione di standard aziendali e recepimento degli standard di riferimento nazionali e/o regionali . 18
6.1.1 Quadro sinottico applicabilità raccomandazioni ministeriali 18
6.1.2 Adesione alle raccomandazioni ministeriali 19
6.2 Monitoraggio delle segnalazioni 43
6.2.1 Rilevazione eventi avversi 2025 44
6.2.2 Eventi sentinella 44
6.2.3 Cadute 44
6.2.4 Lesioni da pressione 45
6.2.5 Infezioni sito chirurgico 45
6.2.6 Dispositivo vigilanza 46
6.2.7 Reclami e/o suggerimenti dei cittadini in relazione a temi della gestione del rischio clinico 46
6.3 Monitoraggio degli indicatori 47
6.3.1 Indicatori 47
6.4 Esecuzione di audit 47
6.5 Formazione del personale 48
6.6 Riesame ed obiettivi di miglioramento 48
7 ALLEGATO: RELAZIONE CONSUNTIVA SUI DATI DI RIFERIMENTO DELL'ANNO 2025 49
7.1 Eventi avversi 49
7.2 Risarcimenti erogati e coperture assicurative 50

1 Scopo e campo di applicazione

Il presente Piano Annuale di Gestione del Rischio Clinico è stato redatto al fine di:

- descrivere l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative, per garantire la maggior sicurezza delle cure al paziente.

Il Piano riguarda il sistema struttura nel suo insieme e consta di azioni che includono: valutazione dei principali processi, analisi del rischio, promozione e implementazione di procedure e istruzioni operative, formazione e informazione.

Lo scopo principale del Piano è quello di descrivere e indirizzare le azioni di miglioramento riconosciute come prioritarie per la gestione del rischio clinico.

Pertanto, gli interventi pianificati sono finalizzati ad apportare specifici correttivi alle criticità osservate, migliorando così la sicurezza del paziente e la qualità dei servizi offerti in osservanza agli obblighi legislativi.

Il piano, si completa, inoltre con la relazione consuntiva al fine

- ottemperare ai requisiti di cui all'art.2 c. 5 ed all'art.4 c.3 della Legge 8 marzo 2017, n.24 (Legge Gelli), ovvero alla previsione di cui alla Legge 24/2017, per tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie, per la trasparenza dei dati, la pubblicazione di una Relazione Annuale sulle attività di Risk Management.

2 Responsabilità

La realizzazione di tale Piano riconosce sempre almeno due specifiche responsabilità:

- quella del Risk Manager, che lo redige e ne monitorizza l'implementazione;
- quella della Direzione Aziendale che s'impegna 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 Team di Valutazione all'interno della Struttura è costituito dal Risk Manager, ruolo ricoperto dal Direttore Sanitario, supportato dai rispettivi Responsabili di funzione per ciascuna branca ed unità operativa.

La presenza della figura del Risk Manager, pur principale responsabile dell'adempimento delle azioni previste nel Piano non solleva dalle specifiche responsabilità i soggetti formalmente preposti alla gestione dei processi di erogazione delle prestazioni sanitarie e alla realizzazione degli interventi pianificati, ma coordina ed armonizza con gli stessi l'intero sistema di gestione del rischio.

Ogni soggetto aziendale, infatti, svolge un ruolo determinante e di amplificazione nel diffondere con successo la cultura della sicurezza e la conoscenza del rischio.

3 Generalità

3.1 Sicurezza delle cure in sanità

Articolo 1, Legge n. 24/2017

1. La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività.

2. La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative.

3. Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale.

3.2 Termini e definizioni (Ministero della Salute)

Danno: alterazione, temporanea o permanente, di una parte del corpo o di una funzione fisica o psichica (compresa la percezione del dolore).

Errore: fallimento nella pianificazione e/o nell'esecuzione di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento, non attribuibile al caso, dell'obiettivo desiderato.

Errore in terapia (medication error): Qualsiasi errore che si verifica nel processo di gestione del farmaco e può essere rappresentato da:

- Errore di prescrizione: Riguarda sia la decisione di prescrivere un farmaco sia la scrittura della prescrizione medica

- Errore di trascrizione/interpretazione: Riguarda la errata comprensione di parte o della totalità della prescrizione medica e/o delle abbreviazioni e/o della scrittura
- Errore di allestimento/preparazione: Avviene nella fase di preparazione o di manipolazione di un farmaco prima della somministrazione (ad esempio diluizione non corretta, mescolanza di farmaci incompatibili), può accadere sia quando il farmaco è preparato dagli operatori sanitari sia quando è preparato dal paziente stesso.
- Errore di distribuzione: Avviene nella fase di distribuzione del farmaco, quando questo è distribuito dalla farmacia alle unità operative o ai pazienti.
- Errore di somministrazione: Avviene nella fase di somministrazione della terapia, da parte degli operatori sanitari o di altre persone di assistenza, o quando il farmaco viene assunto autonomamente dal paziente stesso.

Esito (Outcome): Modificazione delle condizioni di salute come prodotto degli interventi sanitari erogati.

Evento (Incident): Accadimento che ha dato o aveva la potenzialità di dare origine ad un danno non intenzionale e/o non necessario nei riguardi di un paziente.

Evento avverso: evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è "un evento avverso prevenibile". Esempi di eventi avversi sono:

- Lesione causata dalla gestione clinica o da una complicanza piuttosto che dalle sottostanti condizioni di malattia del paziente e che esita in un prolungamento della degenza o in uno stato di disabilità che persiste al momento della dimissione o in entrambi.
- Un esito indesiderabile sul paziente che potrebbe o non potrebbe risultare da un errore.
- Un evento o una omissione insorte durante le cure e che causa una lesione fisica o psichica ad un paziente.
- Una conseguenza negativa delle cure che esita in una lesione involontaria o in una malattia che potrebbe o non potrebbe essere stata prevenibile.
- Una lesione causata dalla gestione clinica e che esita in una disabilità misurabile.
- Un evento spiacevole, indesiderabile, e di solito inatteso, come la morte di un paziente, un dipendente, o un visitatore in una organizzazione sanitaria. Incidenti quali cadute dei pazienti è pure considerato evento avverso anche se non vi è alcun effetto permanente sul paziente.
- Gli eventi avversi sono incidenti spiacevoli, sfortunati eventi terapeutici, lesioni iatrogene, o altri accadimenti avversi direttamente associati alle cure o ai servizi fomiti sotto la competenza di un centro medico, ambulatorio, o altra struttura. Gli eventi avversi possono derivare da atti commessi o da omissione.
- Un evento indesiderabile accaduto nel corso di assistenza sanitaria che produce un cambiamento misurabile nello status del paziente.
- Un evento che esita in un danno non intenzionale al paziente derivante da un atto commesso o da omissione piuttosto che dalla sottostante malattia o dalle condizioni del paziente.
- Una lesione che deriva da un intervento medico e non è attribuibile alle sottostanti condizioni del paziente.
- Un incidente inaspettato e indesiderato direttamente associato alla cura o ai servizi prestati al paziente.
- Un incidente che si traduce in un danno al paziente.

Evento avverso da farmaco (Adverse Drug Event): Qualsiasi evento indesiderato che si verifica durante una terapia farmacologica, per effetto dell'uso o del non uso di un farmaco, ma non strettamente correlato all'azione del farmaco stesso. Gli eventi avversi da farmaco comprendono:

- eventi avversi da farmaco prevenibili, ovvero causati da un errore in terapia
- eventi avversi da farmaco non prevenibili, che avvengono nonostante l'uso appropriato, definiti come "reazioni avverse a farmaci" (ADR).

Evento Sentinella: Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare la morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario.

Per la sua gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché si renda opportuna un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito e determini l'implementazione di adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione.

1. Procedura in paziente sbagliato
2. Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
3. Errata procedura su paziente corretto
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure
5. Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0
6. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
7. Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto
8. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita
9. Morte o grave danno per caduta di paziente
10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale
11. Violenza su paziente
12. Atti di violenza a danno di operatore
13. Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
14. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso
15. Morte o grave danno imprevisti conseguente ad intervento chirurgico
16. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente

Linea guida: Raccomandazioni elaborate in modo sistematico, sulla base delle evidenze scientifiche, per assistere operatori sanitari e pazienti in decisioni relative a quali modalità di assistenza appropriate adottare in specifiche circostanze cliniche.

Procedura: Modo specificato per svolgere un processo.

Procedura diagnostica/terapeutica: Qualsiasi tipo di intervento diagnostico/terapeutico indipendentemente dalla complessità della prestazione sanitaria.

Protocolli assistenziali: Adattamenti locali di linee guida internazionali e/o nazionali in riferimento alle esigenze ed alle caratteristiche logistico-organizzative, strutturali e tecnologiche della struttura sanitaria che li adotta ed implementa.

Raccomandazioni per la sicurezza dei pazienti: Nell'ambito del sistema di monitoraggio degli eventi sentinella proposto dal Ministero del Lavoro, della salute e delle Politiche sociali, si intendono tutte le indicazioni rivolte alle strutture sanitarie e/o ai professionisti finalizzate alla riduzione del rischio di occorrenza di eventi avversi e prodotte da istituzioni del SSN.

Reazione avversa a farmaco (Adverse Drug Reaction): Risposta ad un farmaco, indesiderata, involontaria, nociva e non prevenibile, che si verifica alle dosi normalmente usate nell'uomo per la profilassi, la diagnosi, la terapia o per ripristinare, correggere o modificare le funzioni fisiologiche.

Rischio (Risk): Condizione o evento potenziale, intrinseco o estrinseco al processo, che può modificare l'esito atteso del processo. È misurato in termini di probabilità e di conseguenze, come prodotto tra la probabilità che accada uno specifico evento (P) e la gravità del danno che ne consegue (D); nel calcolo del rischio si considera anche la capacità del fattore umano di individuare in anticipo e contenere le conseguenze dell'evento potenzialmente dannoso (fattore K).

Rischio clinico: si definisce la possibilità che un paziente subisca un "danno o disagio involontario, imputabile, alle cure sanitarie, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte".

Governo clinico (Clinical governance): Sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e garantiscono elevati standard assistenziali creando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica.

3.3 Rischio Clinico

Il rischio clinico e la sicurezza del paziente sono argomenti centrali nell'ambito della qualità della cura.

Con ***rischio clinico*** si definisce la possibilità che un paziente subisca *un danno o disagio involontario, imputabile, alle cure sanitarie, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte*.

La ***gestione del rischio o Risk Management*** è un processo sistematico che comprende sia la dimensione clinica sia quella strategico-organizzativa e che impiega un insieme di metodi, strumenti e azioni in grado di identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi per aumentare il livello di sicurezza nell'interesse di pazienti e operatori. Promuovere una politica aziendale di gestione del rischio vuol dire spronare e accompagnare l'organizzazione nel necessario percorso di controllo degli eventi e delle azioni che possono inficiare la capacità dell'azienda di raggiungere i propri obiettivi.

Il Risk Management s'interessa quindi della funzione *intrinsecamente rischiosa* espletata nelle strutture sanitarie, allo scopo di disegnare nuove strategie atte a ridurre le probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, ossia che subisca un qualsiasi danno o disagio imputabile, anche se in modo non volontario, durante l'erogazione delle prestazioni sanitarie.

Quando si affronta il tema del rischio clinico è necessario soffermarsi a definire l'errore e i possibili danni che ne possono derivare per il paziente.

In letteratura è possibile ritrovare molte definizioni di "errore" e di "evento avverso". Tutte condividono alcune caratteristiche sostanziali:

- l'errore è un'insufficienza del sistema che condiziona il fallimento delle azioni programmate;
- l'errore è una "azione non sicura" o una "omissione" con potenziali conseguenze negative sull'esito delle cure;
- l'errore è un comportamento che può essere giudicato inadeguato da "pari" di riconosciuta esperienza e competenza, al momento in cui il fatto si verifica, indipendentemente se ci siano state o no conseguenze negative per il paziente.

Una delle distinzioni più importanti è quella tra errore attivo ed errore latente.

- L'errore attivo è per lo più ben identificabile, prossimo in senso spazio-temporale, al verificarsi dell'evento avverso; spesso esso è riconducibile ad un'azione sbagliata commessa da un operatore o ad un incidente.
- Gli errori latenti sono invece, per lo più, insufficienze organizzative gestionali del sistema, che hanno creato le condizioni favorevoli al verificarsi di un errore attivo.

Mentre una riduzione degli errori dei professionisti sanitari è uno dei risultati attesi da un programma di miglioramento della sicurezza dei pazienti, il vero obiettivo è la riduzione del rischio iatrogeno per il paziente.

Tale riduzione è ottenibile tramite una valutazione dei sistemi e processi di un'organizzazione sanitaria per:

- identificare debolezze e condizioni di pericolo che potrebbero incidere sul rischio clinico, sulla sicurezza del paziente e sulla qualità delle cure;
- fornire elementi utili alla ridefinizione di sistemi e processi al fine di migliorare la sicurezza del paziente e la qualità del processo di cura.

L'Organizzazione, pertanto, definisce la propria organizzazione intorno alla centralità che il paziente deve avere all'interno del sistema sanitario. Parlare di errore in medicina significa, in quest'ottica, parlare di sicurezza dell'ambiente sanitario e del paziente.

L'approccio all'errore sino ad oggi adottato è stato sempre ricondotto alla ricerca della responsabilità individuale. Tale approccio prevedeva un preciso modello di genesi e di gestione dell'errore, alla base del quale esisteva sempre il fattore individuale che poteva essere determinato da negligenza, superficialità dell'operatore, inosservanza di regole o protocolli, dimenticanze o disattenzione, demotivazione, fino all'incompetenza professionale.

Questa visione del problema dà un grande senso di sicurezza perché individua il responsabile e lo punisce, è molto evidente, anche all'esterno, e definisce molto bene i ruoli all'interno dell'organizzazione: l'operatore agisce secondo regole e comportamenti attesi, se sbaglia la Direzione interviene con gli strumenti sanzionatori.

Tuttavia, molto spesso questo approccio non risolve il problema di fondo che è quello di eliminare le cause alla base dei comportamenti che lo hanno determinato.

Pertanto, un differente modo di considerare l'errore umano ha favorito lo sviluppo di una metodologia di tipo sistemico per l'analisi degli incidenti.

L'assunto teorico di base di questo metodo è che, se l'errore è atteso, il modello di gestione deve necessariamente essere indirizzato sul sistema e sull'ambiente in cui il professionista sanitario opera, cercando di progettare e realizzare sistemi che rendano difficile alle persone fare le cose sbagliate e che rendano invece facile fare le cose giuste.

Nella pratica ciò si realizza con interventi tesi a rafforzare le difese del sistema di fronte al possibile errore attivo (commesso dall'operatore di prima linea), con la realizzazione di sistemi di compensazione e di tolleranza a possibili errori umani.

Questo approccio sposta quindi, in parte, il livello di responsabilità anche verso il gestore del sistema che costruisce l'ambiente operativo attraverso l'architettura organizzativa, ad esempio con i tipi di orario e di servizi, con particolari protocolli e procedure operative, con linee guida gestionali, con la disponibilità di tecnologie, con l'organizzazione dei processi lavorativi, ecc.

4 Contesto aziendale e quadro di riferimento normativo nazionale e regionale

La gestione del rischio in ambito sanitario è attività prevista già nella legge 189 del 2012 (legge Balduzzi) che riponeva in tale aspetto la possibilità di prevenire i contenziosi e di ridurre i costi assicurativi. Il legame consequenziale tra Risk Management e una più efficace gestione delle risorse economiche aveva già indotto a scorporare alcune indicazioni dal disegno di legge Gelli (approvato in via definitiva lo scorso 28 febbraio 2017) per inserirle nella legge di Stabilità 2016, in cui sono attribuiti alla prevenzione del rischio effetti positivi sull'uso delle risorse ma anche sulla tutela del paziente.

La Legge Gelli qualifica la sicurezza delle cure come parte costitutiva del diritto alla salute e precisa che essa si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e mediante l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche ed organizzative.

Le attività di prevenzione del rischio - alle quali deve concorrere tutto il personale – devono essere messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private. A questo proposito, rispetto a quanto contenuto nella legge di Stabilità, nella legge Gelli sono state apportate alcune modifiche: l'articolo 16, modificando i commi 539 e 540 della legge di stabilità 2016 (legge n. 208/2015) prevede infatti che i verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico non possono essere acquisiti o utilizzati nell'ambito di procedimenti giudiziari, e che l'attività di gestione del rischio sanitario sia coordinata da personale medico dotato delle Specializzazioni in Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica o equipollenti, in Medicina Legale, ovvero da personale dipendente con adeguata formazione e comprovata esperienza almeno triennale nel settore.

A livello locale, la Regione Calabria ha recepito tali dettami mediante il DCA n.20 del 07 marzo 2022 (Gestione del Rischio sanitario e della sicurezza del paziente) delegando il coordinamento delle attività al **"Centro regionale per la gestione del rischio sanitario e della sicurezza del paziente"**, una struttura regionale che afferisce al Settore competente del Dipartimento Regionale Tutela della Salute.

Il Centro regionale mantiene un sistema di interazione diretta con il Ministero della Salute e con le Agenzie ad esso correlate (ISS, AGENAS).

Il responsabile del Centro afferisce al sistema di gestione informativo denominato SIMES (Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità), adempiendo ai debiti informativi istituzionali e a quanto previsto dalla Legge n. 24/2017.

Il Centro regionale svolge attività di gestione del rischio clinico supportando il Dipartimento Tutela della Salute nella programmazione delle politiche e degli strumenti relativi alla sicurezza delle cure ed esercita le funzioni istituzionali di:

- Governo clinico: sorveglianza e monitoraggio dei processi assistenziali ai fini dello sviluppo di processi di assistenza sostenibili e centrati sui bisogni dei pazienti; sviluppo di strumenti operativi per l'interazione tra le varie componenti professionali che devono diventare il riferimento assoluto per la governance delle organizzazioni sanitarie; sviluppo di strumenti operativi per una reale e sicura interazione ospedale-territorio.
- Qualità: la sicurezza dei pazienti si colloca nella prospettiva di un complessivo miglioramento della qualità e poiché dipende dall'interazione delle molteplici componenti che agiscono nel sistema, deve essere affrontata attraverso attività di governo clinico atte al miglioramento continuo della qualità delle prestazioni e dei servizi, al fine di raggiungere elevati standard di performance assistenziale e migliorare i livelli di salute, in un contesto di sicurezza, partecipazione e responsabilità condivisa.
- Risk Management: la gestione del rischio clinico, quale strumento del governo clinico, è la metodologia che permette l'individuazione, la valutazione dei rischi, la gestione dei processi decisionali, la riduzione degli stessi, al fine di migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza del paziente, promuovendo la crescita di una cultura della salute più attenta e vicina al paziente e agli operatori e favorendo la destinazione di risorse su interventi tesi a sviluppare organizzazioni e strutture sanitarie sicure ed efficienti.

Secondo quanto riportato dall'Allegato A del DCA n.20/2022, i compiti principali del Centro Regionale sono:

- Partecipa ai Tavoli Tecnici sia regionali che ministeriali oltre che con vari stakeholders correlati al rischio clinico.
- Recepisce le Raccomandazioni Ministeriali.
- Gestisce i data base regionali dedicati.
- Espleta funzioni specifiche in attività di rassegna, capitolato, metodologie.
- Redige ed implementa procedure, azioni, metodi di gestione del rischio.
- Svolge monitoraggio delle Direttive Sanitarie e dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) ospedalieri, territoriali o dei sistemi a rete.

- Provvede alla raccolta e validazione delle buone pratiche cliniche.
- Coordina le UU.00. di Rischio Clinico delle AASSPP, delle AAOO, della AOU e di tutte le strutture private accreditate e richiede alle aziende relazioni o resoconti e trasmette azioni o misure da adottare.
- Procede ad analisi e feedback annuale sul monitoraggio aziendale (mappatura dei rischi, analisi cartelle cliniche, qualità dell'informazione e consenso informato, applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali e dei relativi sistemi di monitoraggio, segnalazione e gestione degli eventi sentinella e segnalazione spontanea degli eventi avversi (incident reporting), prevenzione delle cadute e delle lesioni da decubito, controllo delle infezioni, controllo del dolore, sicurezza del percorso operatorio, sicurezza del farmaco, monitoraggio piani di formazione aziendali, regolamenti e piani aziendali di rischio clinico per gli adempimenti LEA e legge 24/2017, nonché gli obiettivi aziendali e regionali).
- Esegue attività di rischio clinico presso le aziende sanitarie, a supporto e su richiesta della Direzione Generale del Dipartimento per analisi di eventi di particolare rilevanza ovvero in casi di particolare complessità in cui le Direzioni Aziendali richiedano una validazione dell'istruttoria locale già svolta.
- Individua i fabbisogni per la programmazione annuale della formazione degli operatori.
- Si interfaccia con due specifici organismi regionali consultivi, di controllo e di feedback: il Comitato regionale analisi e valutazione degli eventi (C.A.V.E.) e il Comitato regionale valutazione sinistri (Co.Re.Va.Si.).

Secondo quanto previsto dall'Allegato B del DCA n.20/2022, tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie devono garantire un'adeguata funzione prevenzione e gestione del rischio clinico.

Attraverso i propri Risk Manager le strutture sanitarie private accreditate devono adempiere ai seguenti compiti:

- adempiere agli obiettivi programmatici, di monitoraggio ed operativi dell'Azienda Sanitaria di riferimento.
- elaborare un Piano annuale di Rischio clinico indicando azioni e obiettivi.
- trasmettere la relazione annuale delle attività al Risk Manager Aziendale; la stessa andrà pubblicata anche sul sito della struttura sanitaria unitamente ai risarcimenti da responsabilità professionale erogati nell'ultimo quinquennio.
- avviare processi di analisi dei percorsi clinico-assistenziali ed organizzativi fornendo indicatori di qualità e sicurezza.
- istituire una raccolta di procedure da trasmettere al Capitolato Aziendale per la validazione e la registrazione.
- applicare e monitorare le Raccomandazioni Ministeriali e le Direttive Regionali e Aziendali.
- individuare le criticità più o meno latenti e definire azioni correttive e preventive.
- individuare i fabbisogni formativi e contribuire alla realizzazione del piano formativo annuale.
- promuovere la diffusione delle buone pratiche cliniche e favorire processi di buona comunicazione e di umanizzazione delle cure, svolgendo anche funzioni di patient manager.
- censire il contenzioso medico-legale, attivare specifiche strategie difensive ed elaborare una mappatura dei rischi.
- implementare le relazioni con l'utenza nella gestione delle avversità.

4.1 Presentazione struttura sanitaria

La Casa di Cura "Policlinico Madonna della Consolazione" è una clinica privata polispecialistica che opera in regime di convenzione con il Sistema Sanitario Nazionale e rappresenta oggi una delle strutture private più grandi della Calabria.

Inaugurata nel 1958, La Casa di Cura "Policlinico Madonna della Consolazione" ha iniziato l'attività nello stesso anno, grazie ai F.lli Eusebio e Giovanni Pulitanò Arcudi per soddisfare le esigenze dei cittadini, fornendo assistenza sanitaria in convenzione con le strutture pubbliche già presenti nel territorio. La Casa di Cura ha svolto la sua attività assistenziale con continuità, aggiornando e migliorando nel tempo le proprie strutture edilizie, impiantistiche e tecnico sanitarie.

Nel 1970 è stata dichiarata, per la propria potenzialità dal Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, quale Istituto Particolare Polispecialistico "Paraospedaliero" di prima categoria, e nel 1998 divenne sede didattica e di tirocinio del Diploma Universitario per Infermieri, istituito dalla Università di Messina (Facoltà di Medicina e Chirurgia).

La struttura presta servizi ambulatoriali e di degenza e l'attività svolta è completata da servizi di Radiologia e Diagnostica per immagini, Laboratorio di analisi, Poliambulatori, Sale operatorie, Fisiokinesiterapia e vari reparti di ricovero.

Il ricovero ospedaliero offre un alto confort in quanto la Casa di Cura svolge la propria attività assistenziale con continuità, aggiornando e migliorando nel tempo le proprie strutture edilizie, impiantistiche e tecnico sanitarie.

L'attivazione dell'URP permette di gestire il processo di miglioramento della qualità di tutti i settori e servizi della Casa di Cura mediante la formalizzazione e l'utilizzo di procedure codificate per lo svolgimento delle diverse fasi di processo.

Ad ogni medico operante nella struttura e che assume la responsabilità personale della cura e della terapia al paziente, la Casa di Cura offre disponibilità di tutti i mezzi e gli strumenti necessari per la terapia dei casi trattati.

Dal 2003 ha intrapreso il percorso di certificazione di qualità ai sensi della norma UNI EN ISO 9001:2015 che annualmente viene rinnovata.

4.2 Mission e Vision Aziendale

Il fine istituzionale della Casa di Cura "Policlinico Madonna della Consolazione" è di garantire al paziente le migliori cure possibili, utilizzando tecnologie, strutture diagnostiche e terapeutiche d'avanguardia e mantenendo costantemente aggiornate le conoscenze scientifiche e tecniche dei propri operatori.

La CDC ha come principio guida la Centralità del Paziente, intendendo offrire ad ogni assistito un trattamento improntato al rispetto della dignità della persona attraverso l'erogazione di prestazioni sanitarie appropriate, nella massima considerazione della sfera privata e personale e nel rispetto della integrità fisica e psicologica di ciascun individuo.

Più di 50 anni di storia della Casa di Cura" Policlinico Madonna della Consolazione" hanno reso questo impegno e questo scopo una tradizione che si rinnova ogni giorno nelle diverse prestazioni sanitarie.

4.3 Politica di sicurezza dei pazienti, operatori e ambiente

L'organizzazione ritiene la sicurezza dei pazienti degli operatori e dell'ambiente che la circonda di fondamentale importanza e strategica, in quanto è vista come il fulcro della qualità delle prestazioni sanitarie.

L'organizzazione attraverso l'identificazione, l'analisi e la gestione dei rischi e degli incidenti possibili per i pazienti, garantisce la progettazione e l'implementazione di sistemi operativi e processi che minimizzano la probabilità di errore, i rischi potenziali e i conseguenti possibili danni ai pazienti.

La nostra organizzazione si è dotata pertanto di un sistema di gestione aziendale che permette di valutare periodicamente la valutazione del rischio clinico e dei processi erogati e di tenerli sotto controllo attraverso la progettazione di procedure e istruzioni operative.

Tutti i dipendenti e i collaboratori, in funzione delle proprie responsabilità, dovranno seguire le procedure gestionali e le istruzioni operative per contenere il rischio clinico ed aumentare la sicurezza dei pazienti e degli operatori stessi, applicando le buone prassi e le modalità operative per i:

- Processi di gestione degli eventi avversi, near miss (quasi evento) e disservizi.
- Processi di accettazione, erogazione della prestazione e consegna del referto.
- Modalità di pulizia e sanificazione.
- Processi di miglioramento delle prestazioni e di gestione della qualità.
- Processi di gestione delle apparecchiature.
- Processi di gestione del personale con elaborazioni di piani di formazione di aggiornamento professionale.

Tutte le procedure sono verificate nell'attuazione e nell'efficacia periodicamente dalla Direzione.

5 Descrizione del sistema di gestione del rischio clinico

5.1 Organizzazione aziendale per la gestione del rischio

Il Direttore Sanitario ed il Risk Manager presiedono l'attività di Risk Management e definiscono le linee aziendali per la gestione del rischio, approvando le procedure in materia predisposte, avvalendosi della collaborazione di tutti i responsabili di funzione e dei consulenti esterni.

Il sistema di monitoraggio si basa su:

- Raccolta ed analisi di segnalazioni (eventi Sentinella, eventi Avversi o quasi eventi).
- Osservazioni, suggerimenti e reclami come definito nelle apposite procedure di gestione.

Il Risk Manager viene informato in merito agli eventi avversi accaduti in azienda attraverso varie fonti informative:

- Segnalazione spontanea mediante Scheda di segnalazione eventi;
- Richieste da parte di un operatore di audit/riunione a fronte di criticità organizzative o per evento particolare in termini di rischiosità, gravità;
- Invio da parte del Servizio Prevenzione e Protezione (SPP) circa i dati di infortuni sul lavoro agli operatori sanitari;
- Richiesta di risarcimento danni;
- Sono oggetto di rilevazione sia episodi potenzialmente in grado di provocare danni (eventi esenti e/o near miss) sia episodi che li abbiano provocati, nei confronti della persona assistita o dell'operatore sanitario (evento avverso).

Sono inclusi nella rilevazione anche gli accadimenti che hanno causato danni di particolare severità (eventi sentinella).

Le informazioni fornite consentono di identificare i fattori determinanti degli eventi segnalati e le correzioni possibili da mettere in atto con azioni correttive.

L'obiettivo prioritario non è soltanto quello di raccogliere dati di tipo quantitativo ma è soprattutto quello di ottenere dati di tipo qualitativi. **Il fine è quello di individuare le aree critiche e di attivare percorsi di miglioramento.**

5.2 Modello per la gestione del rischio clinico

L'attività di gestione del rischio clinico dell'Organizzazione è integrata al sistema di gestione aziendale per la qualità e può essere schematizza nelle seguenti fasi:

1. Riorganizzazione dei percorsi clinici ed assistenziali.
2. Risk Assessment sui processi aziendali (organizzativi e sanitari) con la definizione delle azioni di prevenzione e contenimento del rischio (rischio strategico aziendale e dei processi sanitari), mirate a ridurre/eliminare il rischio, ove possibile.
3. Redazione degli standard (procedure, protocolli ed istruzioni op.) di prevenzione e gestione per regolamentare le attività ed i processi sanitari e recepimento degli standard di riferimento nazionale e regionale, linee guida e raccomandazioni ministeriali.
4. Monitoraggio dell'applicazione degli standard di prevenzione e gestione del rischio clinico.
5. Monitoraggio delle segnalazioni provenienti dai diversi sistemi di rilevazione.
6. Monitoraggio degli indicatori sia clinici sia manageriali.
7. Esecuzioni di audit interni volti a valutare la qualità e la sicurezza dei processi sanitari ed organizzativi ed esecuzione di audit clinici attivati al bisogno sulla base di esiti dei monitoraggi.
8. Redazione del piano di formazione su temi specifici inerenti alla gestione del rischio clinico.
9. Monitoraggio periodico dello stato di avanzamento delle azioni correttive e degli obiettivi di miglioramento.
10. Esecuzione annuale del Riesame della Direzione finalizzato a valutare gli andamenti degli obiettivi già pianificati e a ratificare gli obiettivi di miglioramento per i periodi futuri.

Sulla base degli esiti delle attività sopra riportate la direzione sanitaria, supportata dal referente risk management e dall'Ufficio qualità, valutano eventuali azioni correttive e/o preventive da attivare.

5.3 Criteri utilizzati per il Risk Assessment

5.3.1 Identificazione dei fattori di rischio

In ambito sanitario sono molteplici i fattori che concorrono a definire il "grado di rischiosità" del sistema, che possono essere schematizzati nelle seguenti classi:

a) Fattori strutturali-tecnologici

- Caratteristiche del fabbricato e della impiantistica (progettazione e manutenzione).
- Sicurezza e logistica degli ambienti.
- Apparecchiature e strumentazioni (funzionamento, manutenzione, verifica elettrica, taratura).
- Infrastrutture, reti, digitalizzazione, ecc.

Il rispetto delle precauzioni generali, dei protocolli di pulizia, sanificazione e disinfezione degli ambienti e delle attrezzature biomediche assieme alla sterilizzazione della strumentazione, garantiscono la sicurezza degli ambienti e delle prestazioni sanitarie.

Particolare attenzione viene posta per i fattori strutturali-tecnologici, quali:

- Caratteristiche strutturali della struttura, dell'impiantistica e loro manutenzione.
- Apparecchiature e strumentazioni (funzionamento, manutenzione, rinnovo).
- Sicurezza e logistica degli ambienti.
- Infrastrutture, reti, digitalizzazione, automatizzazione.

b) Fattori organizzativo gestionali e condizioni di lavoro

- Struttura organizzativa (ruoli, responsabilità, distribuzione del lavoro).
- Politica e gestione delle risorse umane: organizzazione, leadership, sistema premiante, supervisione e controllo, formazione e aggiornamento, carico di lavoro, turnazione.
- Sistema di comunicazione organizzativa coinvolgimento degli stakeholder.
- Aspetti ergonomici (postazione di lavoro, monitor, allarmi, rumore, luce).
- Politiche per la promozione della sicurezza del paziente: linee guida, sistemi di segnalazione degli errori.

La struttura organizzativa, la gestione del personale, la definizione delle competenze e delle responsabilità, l'attenzione della direzione alla promozione della sicurezza del paziente, la realizzazione sistematica di programmi di formazione e l'aggiornamento professionale sono fattori che concorrono a produrre una "cultura aziendale" connotata da senso di appartenenza e orientata al miglioramento continuo, che può modificare i comportamenti individuali e collettivi verso livelli di maggiore responsabilizzazione e condizionare in modo significativo il grado di rischiosità aziendale.

c) Fattori umani

Personale: caratteristiche individuali (percezione, attenzione, memoria, capacità di prendere decisioni, percezione della responsabilità, condizioni mentali e fisiche) e competenza professionale dinamiche interpersonali e di gruppo.

5.3.2 Strumenti di supporto per l'identificazione dei rischi

Incident reporting: è una segnalazione spontanea degli eventi (Incident reporting) ed è uno degli strumenti più frequentemente indicati come fondamentale per una corretta gestione dei rischi, esso consente di segnalare, anche in forma anonima, l'errore e le circostanze entro cui si è verificato; successivamente viene effettuata un'accurata analisi della scheda, dalla quale è poi possibile ricavare dei dati che permettono di capirne le cause dell'errore e di mettere in atto tutte quelle azioni correttive o preventive che possono evitare il ripetersi dello stesso.

Presso la struttura è stato adottato un sistema di segnalazione (Incident Reporting) per la raccolta di informazioni relative al verificarsi di segnalazione volontaria di incidenti correlati alla sicurezza delle cure (near miss/quasi eventi, eventi senza danno, eventi avversi, eventi sentinella), per poter apprendere ed intervenire con le appropriate misure preventive e, più in generale, per diffondere le conoscenze e favorire segnalazioni spontanee di accadimenti correlati con la sicurezza delle cure.

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 fomite 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).

Questo strumento è finalizzato a promuovere la responsabilità e la cultura della sicurezza del paziente ed a contribuire all'apprendimento collettivo per il cambiamento ed il miglioramento interni.

Trattandosi di segnalazioni spontanee, le informazioni che derivano da tale fonte non sono indirizzate tanto alla quantificazione degli eventi, ma alla conoscenza dei fenomeni di tipo qualitativo, mirata alla valutazione dei rischi, all'individuazione di eventuali criticità, nell'ottica dei possibili interventi correttivi e del miglioramento finalizzato all'aumento dei livelli di sicurezza.

Attraverso il sistema aziendale di Incident Reporting ogni operatore sanitario e non sanitario può segnalare un errore, un evento avverso o un near miss, ovvero un accadimento che aveva la potenzialità di arrecare un danno che non si è prodotto per un caso fortuito o perché sono entrate in funzione le barriere specificatamente predisposte.

Briefing della sicurezza: è uno strumento semplice e facile da usare per assicurare una cultura ed un approccio condiviso alla sicurezza del paziente. È un metodo che consente di creare un ambiente in cui la sicurezza del paziente viene vista come una priorità, in un clima che stimoli la condivisione di informazioni circa le situazioni di rischio. Consiste in una breve riunione (briefing) strutturata, riguardante i potenziali rischi per il paziente presenti nell'unità operativa. Esse possono essere effettuate all'inizio del turno con tutti gli operatori che si occupano della cura del paziente.

Safety walk-around (giri per la sicurezza): consistono in visite che i referenti per la sicurezza, con mandato della Direzione, effettuano nell'unità operativa per identificare, con il personale, i problemi legati alla sicurezza. Il personale viene invitato a raccontare eventi, quasi eventi, problemi potenziali e possibili soluzioni. Le informazioni raccolte spesso hanno già la soluzione nella descrizione dell'evento e quindi possono portare a volte alla risoluzione immediata della problematica migliorando da subito l'assistenza a garanzia della sicurezza per il paziente.

Focus group: possono essere effettuati con singole figure professionali o con l'intera équipe, e con i pazienti. La discussione deve essere condotta da un moderatore preparato. Il gruppo è formato dal personale del Centro. Le domande poste devono essere aperte e consentire il confronto e l'interazione tra il gruppo. Durante la discussione possono emergere eventi o quasi eventi, insufficienze del sistema e altri elementi che possono concorrere a determinare la cultura della sicurezza.

5.3.3 Criteri per la valutazione dei rischi identificati

La finalità dei metodi di analisi è di individuare le insufficienze nel sistema che possono contribuire allo scatenarsi di un evento avverso e di individuare e implementare le barriere protettive che possano permettere di prevenire e ridurre l'accadimento di tali eventi.

Esistono due sistemi di approccio:

Approccio proattivo: l'analisi proattiva parte dalla revisione dei processi e delle procedure esistenti e mira all'individuazione ed eliminazione delle criticità del sistema prima che l'incidente si verifichi, pertanto analizza un potenziale evento prima che lo stesso abbia prodotto un effetto.

Approccio reattivo: l'analisi parte da un evento avverso e ricostruisce a ritroso la sequenza di avvenimenti con lo scopo di identificare i fattori che hanno causato o che hanno contribuito al verificarsi dell'evento.

Gestire il rischio clinico, ovvero, gestire la sicurezza in una organizzazione, significa individuare, valutare e trattare i rischi connessi all'attività e utilizzare modalità per prevenirli o limitarne gli effetti.

La gestione del rischio clinico ha l'obiettivo di aumentare la sicurezza dei pazienti, migliorare gli outcome ed indirettamente ridurre i costi, riducendo gli eventi avversi prevenibili.

L'Organizzazione ha elaborato una procedura di gestione dei rischi nella quale vengono descritte le modalità di identificazione e valutazione dei rischi.

Con la definizione Risk-Chance Analysis si intende quel processo che, partendo dall'identificazione delle fonti di rischio, dai quali possa derivare un impatto sul sistema aziendale o sulla sicurezza degli utenti, cerca di determinare la probabilità di accadimento e l'entità dell'effetto.

L'Organizzazione si è affidata alla orma internazionale IEC 31010:2009 - Risk management - Risk assessment techniques che individua le metodologie di valutazione (identificazione/analisi/ponderazione) dei rischi.

Nella procedura di Gestione dei rischi l'Organizzazione prende a modello il sistema a matrice FMEA Failure Modes and Effects Analyss di cui all'annex B.13 della suddetta norma.

La FMEA è una tecnica analitica utilizzata da un responsabile di processo o da un gruppo come mezzo per individuare i problemi potenziali e legarli alle possibili cause. L'inserimento delle cause potenziali deve essere il più preciso possibile solo così può essere uno strumento importante nella soluzione dei problemi (effetti).

La FMEA di processo consente di:

- Identificare i potenziali prodotti legati ai problemi nei processi (guasti, anomalie, difetti).
- Individuare i possibili effetti sul paziente.
- Identificare i processi di produzione e le variabili di processo che possono concorrere alla creazione del problema (effetto) in esame.
- Predisporre un controllo più efficace per individuare o ridurre le condizioni che provocano l'anomalia.
- Realizzare una lista di potenziali problemi e stabilire una priorità di intervento.
- Documentare il risultato del processo di produzione.

In linea con i principi seguiti della norma IEC 31010:2009, la metodologia seguita per la valutazione del rischio è quella che, valuta la grandezza dell'**Indice di Priorità di Rischio (IPR o PRN) come moltiplicatore di tre fattori, ovvero:**

S - SEVERITY: è una valutazione della gravità di un effetto della failure sul "paziente" (Gravità).

O - OCCURRANCE: Frequenza di accadimento della causa (Probabilità).

D - DETECTION: Indica la probabilità di individuare/prevenire la causa in esame con gli strumenti (controlli) normalmente in uso nel processo.

RPN	Gravità	Necessità di azione	Attività correlata
641 ≤ RPN ≤ 1.000	CRITICO	URGENTISSIMO	Interrompere la produzione per correggere il rischio di errore critico
321 ≤ RPN ≤ 640	MOLTO ALTO	urgente necessità di azione	Valutare se necessario l'interruzione della produzione per correggere al più presto il rischio di errore
161 ≤ RPN ≤ 320	ALTO	Pianificare azione nel brevissimo periodo	Pianificare nel brevissimo periodo le azioni per correggere al più presto il rischio di errore
81 ≤ RPN ≤ 160	MEDIO	Pianificare azione nel breve-medio periodo	Valutare il momento più idoneo nel breve-medio periodo al fine di implementare il processo.
9 ≤ RPN ≤ 80	BASSO	Nessuna azione o introdurre azione di miglioramento continuo	L'attività può essere formulata e implementata attraverso il modello KAIZEN
1 ≤ RPN ≤ 8	MINIMO	non serve alcuna azione correttiva	Nessuna attività necessaria

Gravità: Valutazione della gravità in base all'effetto generato.

Valutazione della gravità in base all'effetto generato		
Gravità	**Criteri ed esempi**	**Indice**
Gravissima	Errore che può provocare o contribuire al decesso	10
Critica	Errore che può provocare danni o disabilità permanenti	9
Molto alta	Errore che può produrre un prolungamento della degenza con esiti minori	8
Alta	Errore che può produrre un prolungamento della degenza senza esiti alla dimissione	7
Moderata	Errore che può produrre un danno che necessita di un trattamento con farmaci o manovre importanti (cardiotonici, cortisonici, manovre invasive aggressive, ecc.)	6
Bassa	Errore che può produrre un danno che necessita di trattamenti minori (bendaggi, impacchi, antiemetici, analgesici, ', Fans, ecc.)	5
Molto Bassa	Errore che può produrre un danno che necessita di osservazione e procedure diagnostiche, senza alcun trattamento (RX, consulenze, prelievi ematici. Ecc.)	4
Minore	Errore che può produrre un danno che non richieda alcun trattamento (nausea, sudorazione, tremori, lieve ipotensione, ecc.)	3
Minima	Errore che può provocare un danno trascurabile che non richiede alcun trattamento (dieta errata, mancanza di informazione, ritardo di procedure diagnostiche, ecc.)	2
Nessuno	Errore senza conseguenze per il paziente	1

Probabilità: Rappresenta la probabilità che si verifichi il failure mode nell'ambito del processo in analisi.

Probabilità (attuale) che l'errore avvenga		
Probabilità	**Frequenza approssimativa di riferimento**	**Indice**
impossibile	Praticamente impossibile che l'evento si verifichi	1
remota	Può capitare ogni 10-30 anni	2
bassa	Può capitare ogni 5-10 anni	3
infrequente	È possibile che capiti nei prossimi 2-5 anni	4
moderata	È possibile che capiti nel prossimo anno	5
occasionale	Mi aspetto che si verifichi nel prossimo anno	6
frequente	Generalmente si verifica più di una volta all'anno	7
mediamente frequente	Si verifica circa una volta al mese	8
molto frequente	Si verifica più volte al mese	9
certa	Sono certo che si verificherà entro breve tempo	10

Rilevabilità: rappresenta la possibilità di individuare il failure mode prima che si manifesti il suo effetto

Rilevabilità	Criterio di valutazione	Indice
impossibile	I controlli esistenti non sono in grado di rilevare potenziali cause o conseguenti modi di verificarsi dell'errore; oppure mancano i controlli	10
molto remota	Capacità molto remota dei controlli esistenti nel rilevare potenziali cause o conseguenti accadimenti dell'errore	9
remota	Capacità remota dei controlli esistenti nel rilevare potenziali cause o conseguenti accadimenti dell'errore	8
molto bassa	Capacità molto bassa dei controlli esistenti nel rilevare potenziali cause o conseguenti accadimenti dell'errore	7
bassa	Capacità bassa dei controlli esistenti nel rilevare potenziali cause o conseguenti accadimenti dell'errore	6
media	Media capacità dei controlli esistenti nel rilevare potenziali cause o conseguenti accadimenti dell'errore	5
abbastanza alta	Capacità abbastanza alta dei controlli esistenti nel rilevare potenziali cause o conseguenti accadimenti dell'errore	4
alta	Capacità alta dei controlli esistenti nel rilevare potenziali cause o conseguenti accadimenti dell'errore	3
molto alta	Capacità molto alta dei controlli esistenti nel rilevare potenziali cause o conseguenti accadimenti dell'errore	2
certa	I controlli esistenti sicuramente rileveranno potenziali cause o conseguenti accadimenti dell'errore	1

L'analisi prevede l'impiego del modulo "Scheda di identificazione e valutazione rischi ed opportunità" per la raccolta delle informazioni che per ogni elemento porta all'identificazione di tutti i potenziali failure mode, delle possibili cause e dei conseguenti effetti.

L'organizzazione applica quale strumento di identificazione dei rischi la metodologia di Brainstorming di cui all'annex B.1 della norma IEC 31010 ed. 2010.

Le risultanze della fase sono riportate sul modulo "Scheda di identificazione e valutazione rischi ed opportunità".

In seguito all'analisi la Direzione prenderà interventi onde riportare l'indice "RPN" sotto il valore della soglia definito come accettabile.

Tale valutazione viene eseguita almeno annualmente e ogni volta che viene identificato un evento avverso o near miss.

Una valutazione dei rischi per quanto riguarda la sicurezza degli operatori e dei pazienti relativamente al D.Lgs. 81/2008 è riportata nel Documento di Valutazione dei Rischi.

6 Attività di gestione del rischio clinico

Nel corso del 2025 sono proseguite le normali attività di pianificazione, gestione e controllo dei processi significativi ai fini del risk management.

I processi critici analizzati con la tecnica FMEA sono:

- 01 – Pre-ospedalizzazione
- 02 – Intervento in sala operatoria
- 03 – Trasporto pazienti
- 04 – Gestione in reparto fino a dimissioni
- 05 – Trasfusione

Vedasi esito valutazioni allegati

6.1 Redazione di standard aziendali e recepimento degli standard di riferimento nazionali e/o regionali

6.1.1 Quadro sinottico applicabilità raccomandazioni ministeriali

N.	Titolo	Data	Applicabilità
19	Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide	Novembre 2019	SI
18	Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli	Settembre 2018	SI
17	Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica	Dicembre 2014	SI
16	Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso>2500 grammi non correlata a malattia congenita	Aprile 2014	NA
15	Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso	Febbraio 2013	NA
14	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici	Novembre 2012	NA
13	Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	Novembre 2011	SI
12	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"	Agosto 2010	SI
11	Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	Gennaio 2010	SI
10	Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati	Settembre 2009	NA
9	Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	Aprile 2009	SI
8	Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	Novembre 2007	SI
7	Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	Marzo 2008	SI
6	Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	Marzo 2008	NA
5	Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità	Gennaio 2020	SI
4	Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Marzo 2008	SI
3	Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura	Marzo 2008	SI
2	Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico	Marzo 2008	SI
1	Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio – KCL - ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio	Marzo 2008	SI

6.1.2 Adesione alle raccomandazioni ministeriali

Il monitoraggio mostra una OTTIMA percentuale di adesione con 14 raccomandazioni implementate su n.14 applicabili.

Le rimanenti raccomandazioni non sono applicabili per la struttura.

Raccomandazione n.1 - Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio - KCL ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio (introdotta il 01/03/2008)	
La raccomandazione è applicabile alla sua azienda?	☒ **SI** ☐ **NO**
La presente Raccomandazione si applica alle soluzioni contenenti KCl ed alle altre soluzioni contenenti K per uso e.v. con le seguenti concentrazioni: • *1 meq/ml* • *2 meq/ml* • *3 meq/ml* *Le aree critiche di assistenza sono la Terapia Intensiva e la Rianimazione, l'Unità Coronarica, la Nefrologia, la Cardiochirurgia, la Terapia IntensivaNeonatale, la Sala Operatoria, il Pronto Soccorso ed i Dipartimenti di Emergenza ed altre aree assistenziali individuate dalla programmazione aziendale e regionale, nelle quali è richiesto l'uso urgente del farmaco.*	
Quesito #1	
La Raccomandazione è stata recepita a livello aziendale ovvero è presente un Piano/Programma Aziendale per l'implementazione della Raccomandazione? *(Cioè: esiste una strategia regionale o aziendale o un qualche input di strutture aziendali quali Direzione Medica, Qualità, RisK Management all'implementazione della Raccomandazione?}*	☒ **SI** ☐ **NO**
Quesito #2	
La raccomandazione è stata implementata o è in corso di implementazione?	☒ **SI** ☐ **NO**
Inserire l'anno in cui è avvenuta l'implementazione	2011
Qual è lo stato dell'implementazione?	☒ A regime ☐ In parte ☐ In corso
C'è stato un aggiornamento?	☒ **SI** ☐ **NO**
Quesito #3	
Qual è la copertura a regime e in corso di implementazione/applicazione per la raccomandazione? *(Cioè: in quante UO / Strutture è stata applicata rispetto a quante si sarebbe potuta applicare?)*	
Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è a regime	8
Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è implementata in parte / è in corso di implementazione/applicazione	0
Numero di UO aziendali eleggibili (UO aziendali in cui la Raccomandazione è potenzialmente applicabile) *Il campo deve contenere un valore maggiore o uguale alla somma dei campi precedenti (Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è a regime + Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è implementata in parte / è in corso di implementazione/applicazione)*	8
Dettaglio degli Stabilimenti dell'Azienda *Il campo "N. Eleggibili" deve contenere un valore ☐ alla somma dei campi precedenti (N. a regime+ N. in corso)*	8
Quesito #4	
Sono state incontrate difficoltà nel corso dell'implementazione?	☐ **SI** ☒ **NO**
Quesito #5	
Viene effettuata la valutazione dell'applicazione della raccomandazione attraverso il suo monitoraggio?	☒ **SI** ☐ **NO**

Quesito #6	
Nel processo di implementazione della Raccomandazione, c'è stato un coinvolgimento di uno o più soggetti portatori di interesse (stakeholders)	☐ SI ☒ NO
Quesito #7	
Nel processo di implementazione della Raccomandazione, ci sono state iniziative di comunicazione promosse dall'azienda? (informazione, corsi di formazione, convegni, ecc.)	☐ SI ☒ NO

Procedure ed istruzioni disponibili in clinica:

- Istruzione operativa n.13 - Corretto utilizzo soluzioni concentrate KCI

Raccomandazione n.2 - Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico	
La raccomandazione è applicabile alla sua azienda?	☒ SI ☐ NO
Il materiale più frequentemente ritenuto è rappresentato da garze e da strumentario chirurgico, ad esempio aghi, bisturi, adattatori elettrochirurgici, pinze o loro parti. La maggior parte degli eventi riportati in letteratura riguarda interventi di chirurgia addominale, toracica e parto. I principali fattori di rischio riportati in letteratura sono: • *procedure chirurgiche effettuate in emergenza* • *cambiamenti inaspettati e quindi non programmati delle procedure durante l'intervento chirurgico* • *obesità* • *interventi che coinvolgono più di una équipe chirurgica* • *complessità dell'intervento* • *fatica o stanchezza dell'équipe chirurgica* • *situazioni che favoriscono l'errore di conteggio (es. garze attaccate tra loro)* • *mancanza di una procedura per il conteggio sistematico di strumenti e garze* • *mancato controllo dell'integrità dei materiali e dei presidi al termine dell'uso chirurgico* *La presente raccomandazione viene applicata in tutte le sale operatorie da tutti gli operatori sanitari coinvolti nelle attività chirurgiche.*	
Quesito #1	
La Raccomandazione è stata recepita a livello aziendale ovvero è presente un Piano/Programma Aziendale per l'implementazione della Raccomandazione? *(Cioè: esiste una strategia regionale o aziendale o un qualche input di strutture aziendali quali Direzione Medica, Qualità, RisK Management all'implementazione della Raccomandazione?}*	☒ SI ☐ NO
Quesito #2	
La raccomandazione è stata implementata o è in corso di implementazione?	☒ SI ☐ NO
Inserire l'anno in cui è avvenuta l'implementazione	2011
Qual è lo stato dell'implementazione?	☒ A regime ☐ In parte ☐ In corso
C'è stato un aggiornamento?	☒ SI ☐ NO
Quesito #3	
Qual è la copertura a regime e in corso di implementazione/applicazione per la raccomandazione? *(Cioè: in quante UO / Strutture è stata applicata rispetto a quante si sarebbe potuta applicare?)*	
Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è a regime	3
Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è implementata in parte / è in corso di implementazione/applicazione	0
Numero di UO aziendali eleggibili (UO aziendali in cui la Raccomandazione è potenzialmente applicabile) *Il campo deve contenere un valore maggiore o uguale alla somma dei campi precedenti*	3 (Ch. Gen., Ch. Ped., cardio)

(Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è a regime + Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è implementata in parte / è in corso di implementazione/applicazione)	
Dettaglio degli Stabilimenti dell'Azienda *Il campo "N. Eleggibili" deve contenere un valore ☐ alla somma dei campi precedenti (N. a regime+ N. in corso)*	8
Quesito #4	
Sono state incontrate difficoltà nel corso dell'implementazione?	☐ **SI** ☒ **NO**
Quesito #5	
Viene effettuata la valutazione dell'applicazione della raccomandazione attraverso il suo monitoraggio?	☒ **SI** ☐ **NO**
Quesito #6	
Nel processo di implementazione della Raccomandazione, c'è stato un coinvolgimento di uno o più soggetti portatori di interesse (stakeholders)	☐ **SI** ☒ **NO**
Quesito #7	
Nel processo di implementazione della Raccomandazione, ci sono state iniziative di comunicazione promosse dall'azienda? (informazione, corsi di formazione, convegni, ecc.)	☐ **SI** ☒ **NO**

Procedure ed istruzioni disponibili in clinica:

- Procedura SO14 - Prevenzione ritenzione garze, strumenti e materiali sito chirurgico.

Raccomandazione n.3 - Corretta identificazione del paziente, del sito chirurgico e della procedura	
La raccomandazione è applicabile alla sua azienda?	☒ **SI** ☐ **NO**
La presente raccomandazione si applica su tutte le procedure chirurgiche ed invasive, che vengono eseguite in sala operatoria o in altri "setting" ospedalieri. *in tutte le unità operative di chirurgia generale e specialistica, complessi operatori, ambulatori protetti e radiologia interventistica.* *a tutti gli operatori sanitari coinvolti in attività di tipo chirurgico o che effettuano procedure di tipo invasivo.* *nel periodo di preparazione all'intervento o procedura invasiva (giorni - ore prima dell'intervento), nel periodo immediatamente precedente l'ingresso in sala operatoria ed in quello immediatamente precedente l'inizio dell'intervento.*	
Quesito #1	
La Raccomandazione è stata recepita a livello aziendale ovvero è presente un Piano/Programma Aziendale per l'implementazione della Raccomandazione? *(Cioè: esiste una strategia regionale o aziendale o un qualche input di strutture aziendali quali Direzione Medica, Qualità, RisK Management all'implementazione della Raccomandazione?}*	☒ **SI** ☐ **NO**
Quesito #2	
La raccomandazione è stata implementata o è in corso di implementazione?	☒ **SI** ☐ **NO**
Inserire l'anno in cui è avvenuta l'implementazione	2011
Qual è lo stato dell'implementazione?	☒ A regime ☐ In parte ☐ In corso
C'è stato un aggiornamento?	☐ **SI** ☐ **NO**
Quesito #3	
Qual è la copertura a regime e in corso di implementazione/applicazione per la raccomandazione? *(Cioè: in quante UO / Strutture è stata applicata rispetto a quante si sarebbe potuta applicare?)*	

Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è a regime	3
Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è implementata in parte / è in corso di implementazione/applicazione	0
Numero di UO aziendali eleggibili (UO aziendali in cui la Raccomandazione è potenzialmente applicabile) *Il campo deve contenere un valore maggiore o uguale alla somma dei campi precedenti (Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è a regime + Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è implementata in parte / è in corso di implementazione/applicazione)*	3 (Ch. Gen., Ch. Ped., cardio)
Dettaglio degli Stabilimenti dell'Azienda *Il campo "N. Eleggibili" deve contenere un valore ☐ alla somma dei campi precedenti (N. a regime+ N. in corso)*	8
Quesito #4	
Sono state incontrate difficoltà nel corso dell'implementazione?	☐ **SI** ☒ **NO**
Quesito #5	
Viene effettuata la valutazione dell'applicazione della raccomandazione attraverso il suo monitoraggio?	☒ **SI** ☐ **NO**
Quesito #6	
Nel processo di implementazione della Raccomandazione, c'è stato un coinvolgimento di uno o più soggetti portatori di interesse (stakeholders)	☐ **SI** ☒ **NO**
Quesito #7	
Nel processo di implementazione della Raccomandazione, ci sono state iniziative di comunicazione promosse dall'azienda? (informazione, corsi di formazione, convegni, ecc.)	☐ **SI** ☒ **NO**

Procedure ed istruzioni disponibili in clinica:

- Procedura SO15 - Identificazione dei pazienti del sito chirurgico e della procedura chirurgica.

Raccomandazione n.4 - Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	
La raccomandazione è applicabile alla sua azienda?	☒ **SI** ☐ **NO**
Ambiti di applicazione: *L'evento suicidio va considerato un fenomeno generale e non solo ospedaliero. Tuttavia va tenuto presente che l'ospedale può essere il luogo in cui un paziente decide di suicidarsi.* *La presente Raccomandazione riguarda tutti i pazienti che si rivolgono all'ospedale per diagnosi e cura.* *Il suicidio può avvenire in tutto l'ambito ospedaliero, ma possono essere considerati a maggiore rischio le aree cliniche quali il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), le Unità Operative di Oncologia, Ostetricia e Ginecologia e il Dipartimento di emergenza, nonché gli spazi comuni quali scale, terrazze e vani di servizio.*	
Quesito #1	
La Raccomandazione è stata recepita a livello aziendale ovvero è presente un Piano/Programma Aziendale per l'implementazione della Raccomandazione? *(Cioè: esiste una strategia regionale o aziendale o un qualche input di strutture aziendali quali Direzione Medica, Qualità, RisK Management all'implementazione della Raccomandazione?}*	☒ **SI** ☐ **NO**
Quesito #2	
La raccomandazione è stata implementata o è in corso di implementazione?	☒ **SI** ☐ **NO**
Inserire l'anno in cui è avvenuta l'implementazione	2011
Qual è lo stato dell'implementazione?	☒ A regime ☐ In parte ☐ In corso
C'è stato un aggiornamento?	☒ **SI** ☐ **NO**

Quesito #3	
Qual è la copertura a regime e in corso di implementazione/applicazione per la raccomandazione? *(Cioè: in quante UO / Strutture è stata applicata rispetto a quante si sarebbe potuta applicare?)*	
Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è a regime	8
Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è implementata in parte / è in corso di implementazione/applicazione	0
Numero di UO aziendali eleggibili (UO aziendali in cui la Raccomandazione è potenzialmente applicabile) *Il campo deve contenere un valore maggiore o uguale alla somma dei campi precedenti (Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è a regime + Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è implementata in parte / è in corso di implementazione/applicazione)*	8
Dettaglio degli Stabilimenti dell'Azienda *Il campo "N. Eleggibili" deve contenere un valore ☐ alla somma dei campi precedenti (N. a regime+ N. in corso)*	8
Quesito #4	
Sono state incontrate difficoltà nel corso dell'implementazione?	☐ **SI** ☒ **NO**
Quesito #5	
Viene effettuata la valutazione dell'applicazione della raccomandazione attraverso il suo monitoraggio?	☒ **SI** ☐ **NO**
Quesito #6	
Nel processo di implementazione della Raccomandazione, c'è stato un coinvolgimento di uno o più soggetti portatori di interesse (stakeholders)	☐ **SI** ☒ **NO**
Quesito #7	
Nel processo di implementazione della Raccomandazione, ci sono state iniziative di comunicazione promosse dall'azienda? (informazione, corsi di formazione, convegni, ecc.)	☐ **SI** ☒ **NO**

Procedure ed istruzioni disponibili in clinica:

- Procedura IO24_Prevenzione del suicidio in ospedale.

Raccomandazione n.5 - Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0	
La raccomandazione è applicabile alla sua azienda?	☒ **SI** ☐ **NO**
Ambiti di applicazione: *La reazione trasfusionale ABO rappresenta un importante evento sentinella ed è dovuto al verificarsi di un errore che può accadere nel processo trasfusionale.* *A CHI: Tutti gli operatori sanitari coinvolti nelle varie fasi del processo trasfusionale.* *DOVE: In tutte le strutture sanitarie, nei servizi extra ospedalieri e al domicilio per pazienti in cure domiciliari* *PER CHI: Tutti i pazienti che necessitano di trasfusione*	
Quesito #1	
La Raccomandazione è stata recepita a livello aziendale ovvero è presente un Piano/Programma Aziendale per l'implementazione della Raccomandazione? *(Cioè: esiste una strategia regionale o aziendale o un qualche input di strutture aziendali quali Direzione Medica, Qualità, RisK Management all'implementazione della Raccomandazione?}*	☒ **SI** ☐ **NO**
Quesito #2	
La raccomandazione è stata implementata o è in corso di implementazione?	☒ **SI** ☐ **NO**
Inserire l'anno in cui è avvenuta l'implementazione	2011

Qual è lo stato dell'implementazione?	☒ A regime ☐ In parte ☐ In corso
C'è stato un aggiornamento?	☒ **SI** ☐ **NO**
Quesito #3	
Qual è la copertura a regime e in corso di implementazione/applicazione per la raccomandazione? *(Cioè: in quante UO / Strutture è stata applicata rispetto a quante si sarebbe potuta applicare?)*	
Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è a regime	8
Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è implementata in parte / è in corso di implementazione/applicazione	0
Numero di UO aziendali eleggibili (UO aziendali in cui la Raccomandazione è potenzialmente applicabile) *Il campo deve contenere un valore maggiore o uguale alla somma dei campi precedenti (Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è a regime + Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è implementata in parte / è in corso di implementazione/applicazione)*	8
Dettaglio degli Stabilimenti dell'Azienda *Il campo "N. Eleggibili" deve contenere un valore ☐ alla somma dei campi precedenti (N. a regime+ N. in corso)*	8
Quesito #4	
Sono state incontrate difficoltà nel corso dell'implementazione?	☐ **SI** ☒ **NO**
Quesito #5	
Viene effettuata la valutazione dell'applicazione della raccomandazione attraverso il suo monitoraggio?	☒ **SI** ☐ **NO**
Quesito #6	
Nel processo di implementazione della Raccomandazione, c'è stato un coinvolgimento di uno o più soggetti portatori di interesse (stakeholders)	☐ **SI** ☒ **NO**
Quesito #7	
Nel processo di implementazione della Raccomandazione, ci sono state iniziative di comunicazione promosse dall'azienda? (informazione, corsi di formazione, convegni, ecc.)	☐ **SI** ☒ **NO**

Procedure ed istruzioni disponibili in clinica:

- IO14 – Prevenzione reazione trasfusionale da incompatibilità ABO.
- IO31 – Integrazione procedura prevenzione reazione trasfusionale da incompatibilità ABO

Raccomandazione n.6 – Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto	
La raccomandazione è applicabile alla sua azienda?	☐ **SI** ☒ **NO**
Ambiti di applicazione: *La presente Raccomandazione è rivolta alle Direzioni sanitarie, interessa tutte le strutture sanitarie ospedaliere erogatrici di assistenza ostetrica e riguarda tutte le donne in gravidanza assistite per l'espletamento del travaglio e/o parto in tutte le strutture sanitarie ospedaliere erogatrici di assistenza ostetrica.*	
Quesito #1	
La Raccomandazione è stata recepita a livello aziendale ovvero è presente un Piano/Programma Aziendale per l'implementazione della Raccomandazione? *(Cioè: esiste una strategia regionale o aziendale o un qualche input di strutture aziendali quali Direzione Medica, Qualità, RisK Management all'implementazione della Raccomandazione?}*	☐ **SI** ☒ **NO**
Quesito #2	
La raccomandazione è stata implementata o è in corso di implementazione?	☐ **SI** ☒ **NO**

Inserire l'anno in cui è avvenuta l'implementazione	
Qual è lo stato dell'implementazione?	☐ A regime ☐ In parte ☐ In corso
C'è stato un aggiornamento?	☐ **SI** ☐ **NO**
Quesito #3	
Qual è la copertura a regime e in corso di implementazione/applicazione per la raccomandazione? *(Cioè: in quante UO / Strutture è stata applicata rispetto a quante si sarebbe potuta applicare?)*	
Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è a regime	0
Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è implementata in parte / è in corso di implementazione/applicazione	0
Numero di UO aziendali eleggibili (UO aziendali in cui la Raccomandazione è potenzialmente applicabile) *Il campo deve contenere un valore maggiore o uguale alla somma dei campi precedenti (Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è a regime + Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è implementata in parte / è in corso di implementazione/applicazione)*	0
Dettaglio degli Stabilimenti dell'Azienda *Il campo "N. Eleggibili" deve contenere un valore ☐ alla somma dei campi precedenti (N. a regime+ N. in corso)*	8
Quesito #4	
Sono state incontrate difficoltà nel corso dell'implementazione?	☐ **SI** ☐ **NO**
Quesito #5	
Viene effettuata la valutazione dell'applicazione della raccomandazione attraverso il suo monitoraggio?	☐ **SI** ☐ **NO**
Quesito #6	
Nel processo di implementazione della Raccomandazione, c'è stato un coinvolgimento di uno o più soggetti portatori di interesse (stakeholders)	☐ **SI** ☐ **NO**
Quesito #7	
Nel processo di implementazione della Raccomandazione, ci sono state iniziative di comunicazione promosse dall'azienda? (informazione, corsi di formazione, convegni, ecc.)	☐ **SI** ☐ **NO**

Procedure ed istruzioni disponibili in clinica: NA

Raccomandazione n.7 - Prevenzione di morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	
La raccomandazione è applicabile alla sua azienda?	☒ **SI** ☐ **NO**
Ambiti di applicazione: *Gli eventi avversi dovuti ad errori in corso di "terapia farmacologia" sono la causa di danno più frequente nei pazienti ospedalizzati; possono verificarsi durante tutto il processo di gestione del farmaco e pertanto ai fini della prevenzione si deve prendere in considerazione l'intero sistema di gestione delle terapie.* *Questi eventi vanno differenziati dalle reazioni avverse ai farmaci (Adverse Drug Reaction), legate al farmaco stesso e che vengono rilevate e valutate mediante le attività di farmacovigilanza nazionali, regionali ed aziendali.* *La Raccomandazione si applica a tutti i farmaci usati in ospedale e in particolare ai "farmaci ad alto livello di attenzione".* *"Farmaci ad alto rischio o ad alto livello di attenzione": Sono quei farmaci che richiedono particolare attenzione nella gestione ed uso, a causa della loro potenziale tossicità, del basso indice terapeutico e dell'alta possibilità di interazioni, ad esempio: agonisti adrenergici, anestetici generali endovena, anestetici locali iniettabili, bloccanti neuromuscolari, anticoagulanti, eparina, warfarin, antiaritmici, antineoplastici, stupefacenti, oppioidi, benzodiazepine endovena, digossina, insulina, ipoglicemizzanti orali, sodio nitroprussiato, soluzioni concentrate di sodio cloruro, soluzioni concentrate di potassio cloruro, soluzioni concentrate di potassio, soluzioni di calcio, soluzioni di magnesio.*	
Quesito #1	
La Raccomandazione è stata recepita a livello aziendale ovvero è presente un Piano/Programma Aziendale per l'implementazione della Raccomandazione? *(Cioè: esiste una strategia regionale o aziendale o un qualche input di strutture aziendali quali Direzione Medica, Qualità, RisK Management all'implementazione della Raccomandazione?}*	☒ **SI** ☐ **NO**
Quesito #2	
La raccomandazione è stata implementata o è in corso di implementazione?	☒ **SI** ☐ **NO**
Inserire l'anno in cui è avvenuta l'implementazione	2012
Qual è lo stato dell'implementazione?	☒ A regime ☐ In parte ☐ In corso
C'è stato un aggiornamento?	☒ **SI** ☐ **NO**
Quesito #3	
Qual è la copertura a regime e in corso di implementazione/applicazione per la raccomandazione? *(Cioè: in quante UO / Strutture è stata applicata rispetto a quante si sarebbe potuta applicare?)*	
Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è a regime	8
Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è implementata in parte / è in corso di implementazione/applicazione	0
Numero di UO aziendali eleggibili (UO aziendali in cui la Raccomandazione è potenzialmente applicabile) *Il campo deve contenere un valore maggiore o uguale alla somma dei campi precedenti (Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è a regime + Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è implementata in parte / è in corso di implementazione/applicazione)*	8
Dettaglio degli Stabilimenti dell'Azienda *Il campo "N. Eleggibili" deve contenere un valore ☐ alla somma dei campi precedenti (N. a regime+ N. in corso)*	8
Quesito #4	
Sono state incontrate difficoltà nel corso dell'implementazione?	☐ **SI** ☒ **NO**
Quesito #5	
Viene effettuata la valutazione dell'applicazione della raccomandazione attraverso il suo monitoraggio?	☒ **SI** ☐ **NO**
Quesito #6	

Nel processo di implementazione della Raccomandazione, c'è stato un coinvolgimento di uno o più soggetti portatori di interesse (stakeholders)	☐ **SI** ☒ **NO**
Quesito #7	
Nel processo di implementazione della Raccomandazione, ci sono state iniziative di comunicazione promosse dall'azienda? (informazione, corsi di formazione, convegni, ecc.)	☐ **SI** ☒ **NO**

Procedure ed istruzioni disponibili in clinica:

- IO07 – Rischio clinico legato alle terapie farmacologiche.
- IO10 – Gestione e compilazione registro stupefacenti.
- IO19 – Lista farmaci ad alto rischio.

Raccomandazione n.8 - Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	
La raccomandazione è applicabile alla sua azienda?	☒ **SI** ☐ **NO**
Ambiti di applicazione: *Nel corso dell'attività lavorativa gli operatori sanitari delle strutture ospedaliere e territoriali sono esposti a numerosi fattori che possono essere dannosi sia per la salute sia per la sicurezza. Tra questi assume particolare rilevanza il rischio di affrontare un'esperienza di violenza che può consistere in aggressione, omicidio o altro evento criminoso risultante in lesioni personali importanti o morte.* *Dove: In tutte le strutture sanitarie ospedaliere e territoriali, con priorità per le attività considerate a più alto rischio (aree di emergenza, servizi psichiatrici, Ser.T, continuità assistenziale, servizi di geriatria), nonché quelle individuate nel contesto di una specifica organizzazione sanitaria a seguito dell'analisi dei rischi effettuata.* *A chi: Tutti gli operatori coinvolti in processi assistenziali rivolti alla persona (medici, infermieri, psicologi, operatori sociosanitari, assistenti sociali, personale del servizio 118, servizi di vigilanza).* *QUANDO: Durante l'erogazione di prestazioni ed interventi sociosanitari.*	
Quesito #1	
La Raccomandazione è stata recepita a livello aziendale ovvero è presente un Piano/Programma Aziendale per l'implementazione della Raccomandazione? *(Cioè: esiste una strategia regionale o aziendale o un qualche input di strutture aziendali quali Direzione Medica, Qualità, RisK Management all'implementazione della Raccomandazione?}*	☒ **SI** ☐ **NO**
Quesito #2	
La raccomandazione è stata implementata o è in corso di implementazione?	☒ **SI** ☐ **NO**
Inserire l'anno in cui è avvenuta l'implementazione	2017
Qual è lo stato dell'implementazione?	☒ A regime ☐ In parte ☐ In corso
C'è stato un aggiornamento?	☒ **SI** ☐ **NO**
Quesito #3	
Qual è la copertura a regime e in corso di implementazione/applicazione per la raccomandazione? *(Cioè: in quante UO / Strutture è stata applicata rispetto a quante si sarebbe potuta applicare?)*	
Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è a regime	8
Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è implementata in parte / è in corso di implementazione/applicazione	0
Numero di UO aziendali eleggibili (UO aziendali in cui la Raccomandazione è potenzialmente applicabile) *Il campo deve contenere un valore maggiore o uguale alla somma dei campi precedenti (Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è a regime + Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è implementata in parte / è in corso di implementazione/applicazione)*	8

Dettaglio degli Stabilimenti dell'Azienda *Il campo "N. Eleggibili" deve contenere un valore ☐ alla somma dei campi precedenti (N. a regime+ N. in corso)*	8
Quesito #4	
Sono state incontrate difficoltà nel corso dell'implementazione?	☐ **SI** ☒ **NO**
Quesito #5	
Viene effettuata la valutazione dell'applicazione della raccomandazione attraverso il suo monitoraggio?	☒ **SI** ☐ **NO**
Quesito #6	
Nel processo di implementazione della Raccomandazione, c'è stato un coinvolgimento di uno o più soggetti portatori di interesse (stakeholders)	☐ **SI** ☒ **NO**
Quesito #7	
Nel processo di implementazione della Raccomandazione, ci sono state iniziative di comunicazione promosse dall'azienda? (informazione, corsi di formazione, convegni, ecc.)	☐ **SI** ☒ **NO**

Procedure ed istruzioni disponibili in clinica:

- IO33_Prevenzione atti violenza agli operatori sanitari.

Raccomandazione n.9 – Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi /apparecchi elettromedicali	
La raccomandazione è applicabile alla sua azienda?	☒ **SI** ☐ **NO**
Ambiti di applicazione: *Il malfunzionamento dei dispositivi medici e nello specifico degli apparecchi elettromedicali rappresenta un problema grave, come reso ancor più evidente dall'analisi degli eventi avversi occorsi recentemente nel nostro Paese. In particolare, tra le diverse possibili cause di malfunzionamento non imputabili al fabbricante del dispositivo (interazione con altre tecnologie/ambiente, utilizzo, manutenzione o altre operazioni svolte in difformità dalle indicazioni fornite dal fabbricante) è emersa la mancata o errata manutenzione dei dispositivi medici.* *Dove: La presente Raccomandazione trova applicazione in qualsiasi struttura sanitaria in cui vengono utilizzati dispositivi medici/ apparecchi elettromedicali.* *Cosa: La presente Raccomandazione si applica ai dispositivi medici con particolare riferimento al sottoinsieme degli apparecchi elettromedicali.* *A chi: I destinatari delle indicazioni qui contenute sono prevalentemente individuabili nelle Direzioni Aziendali e nelle strutture deputate specificatamente al governo del patrimonio tecnologico biomedico con particolare riferimento al Servizio di Ingegneria Clinica (SIC), laddove presente.*	
Quesito #1	
La Raccomandazione è stata recepita a livello aziendale ovvero è presente un Piano/Programma Aziendale per l'implementazione della Raccomandazione? *(Cioè: esiste una strategia regionale o aziendale o un qualche input di strutture aziendali quali Direzione Medica, Qualità, RisK Management all'implementazione della Raccomandazione?}*	☒ **SI** ☐ **NO**
Quesito #2	
La raccomandazione è stata implementata o è in corso di implementazione?	☒ **SI** ☐ **NO**
Inserire l'anno in cui è avvenuta l'implementazione	2022
Qual è lo stato dell'implementazione?	☒ A regime ☐ In parte ☐ In corso
C'è stato un aggiornamento?	☒ **SI** ☐ **NO**
Quesito #3	

Qual è la copertura a regime e in corso di implementazione/applicazione per la raccomandazione? *(Cioè: in quante UO / Strutture è stata applicata rispetto a quante si sarebbe potuta applicare?)*	
Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è a regime	8
Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è implementata in parte / è in corso di implementazione/applicazione	0
Numero di UO aziendali eleggibili (UO aziendali in cui la Raccomandazione è potenzialmente applicabile) *Il campo deve contenere un valore maggiore o uguale alla somma dei campi precedenti (Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è a regime + Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è implementata in parte / è in corso di implementazione/applicazione)*	8
Dettaglio degli Stabilimenti dell'Azienda *Il campo "N. Eleggibili" deve contenere un valore ☐ alla somma dei campi precedenti (N. a regime+ N. in corso)*	8
Quesito #4	
Sono state incontrate difficoltà nel corso dell'implementazione?	☐ **SI** ☒ **NO**
Quesito #5	
Viene effettuata la valutazione dell'applicazione della raccomandazione attraverso il suo monitoraggio?	☒ **SI** ☐ **NO**
Quesito #6	
Nel processo di implementazione della Raccomandazione, c'è stato un coinvolgimento di uno o più soggetti portatori di interesse (stakeholders)	☐ **SI** ☒ **NO**
Quesito #7	
Nel processo di implementazione della Raccomandazione, ci sono state iniziative di comunicazione promosse dall'azienda? (informazione, corsi di formazione, convegni, ecc.)	☐ **SI** ☒ **NO**

Procedure ed istruzioni disponibili in clinica:

- IO57 – Prevenzione eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali.

Raccomandazione n.10 – Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella / mandibola da bifosfonati	
La raccomandazione è applicabile alla sua azienda?	☐ **SI** ☒ **NO**
Ambiti di applicazione: *La presente Raccomandazione, rivolta a tutti gli operatori sanitari, si pone come supporto alla corretta gestione dei pazienti che necessitano di cure odontoiatriche e che hanno assunto, stanno assumendo o dovranno assumere bifosfonati in ambito oncologico.* *A CHI: La Raccomandazione è rivolta a:* ☐ *tutti gli odontoiatri;* ☐ *tutti gli operatori sanitari coinvolti nel processo di cura dei pazienti sottoposti o che si sottoporranno a terapia con bifosfonati, in particolare a medici di medicina generale e specialisti, infermieri, farmacisti, igienisti dentali.* *DOVE: La Raccomandazione si applica in tutte le strutture sanitarie pubbliche e private in cui vengono assistiti pazienti che hanno assunto, stanno assumendo o dovranno assumere bifosfonati.* *PER CHI: La Raccomandazione riguarda tutti i pazienti oncologici che hanno assunto, stanno assumendo o dovranno assumere bifosfonati e che hanno bisogno di ricevere cure odontoiatriche.*	
Quesito #1	
La Raccomandazione è stata recepita a livello aziendale ovvero è presente un Piano/Programma Aziendale per l'implementazione della Raccomandazione? *(Cioè: esiste una strategia regionale o aziendale o un qualche input di strutture aziendali quali Direzione Medica, Qualità, RisK Management all'implementazione della Raccomandazione?}*	☐ **SI** ☒ **NO**

Quesito #2	
La raccomandazione è stata implementata o è in corso di implementazione?	☐ **SI** ☒ **NO**
Inserire l'anno in cui è avvenuta l'implementazione	
Qual è lo stato dell'implementazione?	☐ A regime ☐ In parte ☐ In corso
C'è stato un aggiornamento?	☐ **SI** ☐ **NO**
Quesito #3	
Qual è la copertura a regime e in corso di implementazione/applicazione per la raccomandazione? *(Cioè: in quante UO / Strutture è stata applicata rispetto a quante si sarebbe potuta applicare?)*	
Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è a regime	0
Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è implementata in parte / è in corso di implementazione/applicazione	0
Numero di UO aziendali eleggibili (UO aziendali in cui la Raccomandazione è potenzialmente applicabile) *Il campo deve contenere un valore maggiore o uguale alla somma dei campi precedenti (Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è a regime + Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è implementata in parte / è in corso di implementazione/applicazione)*	0
Dettaglio degli Stabilimenti dell'Azienda *Il campo "N. Eleggibili" deve contenere un valore ☐ alla somma dei campi precedenti (N. a regime+ N. in corso)*	8
Quesito #4	
Sono state incontrate difficoltà nel corso dell'implementazione?	☐ **SI** ☐ **NO**
Quesito #5	
Viene effettuata la valutazione dell'applicazione della raccomandazione attraverso il suo monitoraggio?	☐ **SI** ☐ **NO**
Quesito #6	
Nel processo di implementazione della Raccomandazione, c'è stato un coinvolgimento di uno o più soggetti portatori di interesse (stakeholders)	☐ **SI** ☐ **NO**
Quesito #7	
Nel processo di implementazione della Raccomandazione, ci sono state iniziative di comunicazione promosse dall'azienda? (informazione, corsi di formazione, convegni, ecc.)	☐ **SI** ☐ **NO**

Procedure ed istruzioni disponibili in clinica: NA

Raccomandazione n.11 – Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del trasporto (intraospedaliero ed extraospedaliero)	
La raccomandazione è applicabile alla sua azienda?	☒ **SI** ☐ **NO**
Ambiti di applicazione: *Il sistema di trasporto dei pazienti, sia all'interno delle strutture ospedaliere che in maggior misura in ambito extraospedaliero, rappresenta un elemento di fondamentale importanza nel processo assistenziale, in ragione della tempestività degli interventi e dell'effettuazione in sicurezza degli stessi.* *La conoscenza e la valutazione dei fattori di rischio collegati alle diverse tipologie di trasporto sanitario consentono di attuare una gestione efficace e sicura dei pazienti che devono essere trasportati.* *La presente Raccomandazione si pone come strumento metodologico di supporto a tutti gli operatori sanitari nella prevenzione dell'evento sentinella "Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero).* *PAZIENTI: La Raccomandazione riguarda tutti i pazienti che necessitano di trasporto da e verso strutture sanitarie.*	

Particolare attenzione va rivolta ai pazienti che: • *vengono trasportati nelle strutture sanitarie con mezzi del Sistema di emergenza territoriale 118;* • *vengono trasportati verso strutture sanitarie con mezzi di operatori pubblici e privati autorizzati al trasporto di malati;* • *presentano patologie catalogate come codice rosso;* • *vengono inviati per trasferimento a strutture sanitarie a più elevata complessità;* • *presentano patologie croniche o inabilitanti (dializzati, disabili fisici e psichici).* *LUOGHI: Il malfunzionamento del sistema di trasporto può avvenire sia in ambito ospedaliero che extraospedaliero.* *Particolare attenzione deve essere prestata al trasporto di pazienti che si trovano in luoghi distanti da strutture sanitarie.* *DESTINATARI: La Raccomandazione è rivolta alle Direzioni aziendali, al Sistema di emergenza territoriale 118, alle organizzazioni di volontariato che si occupano di trasporto sanitario e a tutti gli operatori coinvolti nel sistema di trasporto di pazienti in ambito ospedaliero ed extraospedaliero.*	
Quesito #1	
La Raccomandazione è stata recepita a livello aziendale ovvero è presente un Piano/Programma Aziendale per l'implementazione della Raccomandazione? *(Cioè: esiste una strategia regionale o aziendale o un qualche input di strutture aziendali quali Direzione Medica, Qualità, RisK Management all'implementazione della Raccomandazione?}*	☒ **SI** ☐ **NO**
Quesito #2	
La raccomandazione è stata implementata o è in corso di implementazione?	☒ **SI** ☐ **NO**
Inserire l'anno in cui è avvenuta l'implementazione	2007
Qual è lo stato dell'implementazione?	☒ A regime ☐ In parte ☐ In corso
C'è stato un aggiornamento?	☒ **SI** ☐ **NO**
Quesito #3	
Qual è la copertura a regime e in corso di implementazione/applicazione per la raccomandazione? *(Cioè: in quante UO / Strutture è stata applicata rispetto a quante si sarebbe potuta applicare?)*	
Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è a regime	8
Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è implementata in parte / è in corso di implementazione/applicazione	0
Numero di UO aziendali eleggibili (UO aziendali in cui la Raccomandazione è potenzialmente applicabile) *Il campo deve contenere un valore maggiore o uguale alla somma dei campi precedenti (Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è a regime + Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è implementata in parte / è in corso di implementazione/applicazione)*	8
Dettaglio degli Stabilimenti dell'Azienda *Il campo "N. Eleggibili" deve contenere un valore ☐ alla somma dei campi precedenti (N. a regime+ N. in corso)*	8
Quesito #4	
Sono state incontrate difficoltà nel corso dell'implementazione?	☐ **SI** ☒ **NO**
Quesito #5	
Viene effettuata la valutazione dell'applicazione della raccomandazione attraverso il suo monitoraggio?	☒ **SI** ☐ **NO**
Quesito #6	
Nel processo di implementazione della Raccomandazione, c'è stato un coinvolgimento di uno o più soggetti portatori di interesse (stakeholders)	☐ **SI** ☒ **NO**

Quesito #7	
Nel processo di implementazione della Raccomandazione, ci sono state iniziative di comunicazione promosse dall'azienda? (informazione, corsi di formazione, convegni, ecc.)	☐ **SI** ☒ **NO**

Procedure ed istruzioni disponibili in clinica:

- IO08 - Regolamento trasporto paziente.

Raccomandazione n.12 – Prevenzione degli eventi errori di terapia con farmaci "LOOK ALIKE/ SOUND ALIKE	
La raccomandazione è applicabile alla sua azienda?	☒ **SI** ☐ **NO**
Ambiti di applicazione: *Tra gli errori in terapia quelli più frequenti sono riferiti all'uso dei farmaci Look-Alike/Sound-Alike o LASA, acronimo utilizzato per indicare quei farmaci che possono essere facilmente scambiati con altri per la somiglianza grafica e/o fonetica del nome e/o per l'aspetto simile delle confezioni. Nomi che si scrivono e/o si pronunciano in modo simile, confezioni simili nelle dimensioni, forma, colore, indicazione del dosaggio e disposizione dei caratteri, possono indurre in errore durante tutte le fasi della gestione del farmaco sia in ospedale che sul territorio, nelle Farmacie di comunità, nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) o presso il domicilio del paziente.* *COSA: La Raccomandazione si applica a tutti i farmaci LASA usati in ospedale e sul territorio.* *A CHI: La Raccomandazione è rivolta a tutti gli operatori sanitari coinvolti, a vario titolo, nel processo di gestione del farmaco: in ospedale, nei servizi territoriali delle ASL, nelle Farmacie di comunità, negli studi dei medici di medicina generale e dei pediatri di famiglia nonché alle Direzioni delle Aziende sanitarie e farmaceutiche.* *DOVE: in tutte le Strutture sanitarie, nelle RSA e Case di riposo, negli Hospice, nelle Strutture di riabilitazione e cura, negli Istituti penitenziari, sulle ambulanze, presso il domicilio del paziente e i grossisti di medicinali.* *PER CHI: è a tutela di tutti i pazienti che necessitano di terapia farmacologia con farmaci LASA.*	
Quesito #1	
La Raccomandazione è stata recepita a livello aziendale ovvero è presente un Piano/Programma Aziendale per l'implementazione della Raccomandazione? *(Cioè: esiste una strategia regionale o aziendale o un qualche input di strutture aziendali quali Direzione Medica, Qualità, RisK Management all'implementazione della Raccomandazione?}*	☒ **SI** ☐ **NO**
Quesito #2	
La raccomandazione è stata implementata o è in corso di implementazione?	☒ **SI** ☐ **NO**
Inserire l'anno in cui è avvenuta l'implementazione	2013
Qual è lo stato dell'implementazione?	☒ A regime ☐ In parte ☐ In corso
C'è stato un aggiornamento?	☒ **SI** ☐ **NO**
Quesito #3	
Qual è la copertura a regime e in corso di implementazione/applicazione per la raccomandazione? *(Cioè: in quante UO / Strutture è stata applicata rispetto a quante si sarebbe potuta applicare?)*	
Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è a regime	8
Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è implementata in parte / è in corso di implementazione/applicazione	0
Numero di UO aziendali eleggibili (UO aziendali in cui la Raccomandazione è potenzialmente applicabile) *Il campo deve contenere un valore maggiore o uguale alla somma dei campi precedenti (Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è a regime + Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è implementata in parte / è in corso di implementazione/applicazione)*	8
Dettaglio degli Stabilimenti dell'Azienda *Il campo "N. Eleggibili" deve contenere un valore ☐ alla somma dei campi precedenti (N. a regime+ N. in corso)*	8

Quesito #4	
Sono state incontrate difficoltà nel corso dell'implementazione?	☐ SI ☒ NO
Quesito #5	
Viene effettuata la valutazione dell'applicazione della raccomandazione attraverso il suo monitoraggio?	☒ SI ☐ NO
Quesito #6	
Nel processo di implementazione della Raccomandazione, c'è stato un coinvolgimento di uno o più soggetti portatori di interesse (stakeholders)	☐ SI ☒ NO
Quesito #7	
Nel processo di implementazione della Raccomandazione, ci sono state iniziative di comunicazione promosse dall'azienda? (informazione, corsi di formazione, convegni, ecc.)	☐ SI ☒ NO

Procedure ed istruzioni disponibili in clinica:

- IO32 - Gestione farmaci LASA.

Raccomandazione n.13 – Prevenzione e gestione della caduta dei pazienti nelle strutture sanitarie	
La raccomandazione è applicabile alla sua azienda?	☒ SI ☐ NO
Ambiti di applicazione: *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.* *La presente Raccomandazione si pone come strumento per la prevenzione delle cadute dei pazienti nelle strutture sanitarie e può 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.* *La presente Raccomandazione si applica in tutte le strutture sanitarie in cui venga prestata assistenza, sia in ambito acuto che cronico (strutture ospedaliere, di riabilitazione, di lungodegenza, case di riposo, comunità terapeutiche, ecc.), si rivolge agli operatori coinvolti nelle attività, a tutela dei pazienti fruitori di prestazioni sanitarie.* *Per il suo carattere generale, il documento non contiene riferimenti a modalità di valutazione/gestione del rischio caduta paziente peculiari di setting assistenziali specifici.*	
Quesito #1	
La Raccomandazione è stata recepita a livello aziendale ovvero è presente un Piano/Programma Aziendale per l'implementazione della Raccomandazione? *(Cioè: esiste una strategia regionale o aziendale o un qualche input di strutture aziendali quali Direzione Medica, Qualità, RisK Management all'implementazione della Raccomandazione?}*	☒ SI ☐ NO
Quesito #2	
La raccomandazione è stata implementata o è in corso di implementazione?	☒ SI ☐ NO
Inserire l'anno in cui è avvenuta l'implementazione	2011
Qual è lo stato dell'implementazione?	☒ A regime ☐ In parte ☐ In corso
C'è stato un aggiornamento?	☒ SI ☐ NO
Quesito #3	
Qual è la copertura a regime e in corso di implementazione/applicazione per la raccomandazione? *(Cioè: in quante UO / Strutture è stata applicata rispetto a quante si sarebbe potuta applicare?)*	
Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è a regime	8

Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è implementata in parte / è in corso di implementazione/applicazione	0
Numero di UO aziendali eleggibili (UO aziendali in cui la Raccomandazione è potenzialmente applicabile) *Il campo deve contenere un valore maggiore o uguale alla somma dei campi precedenti (Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è a regime + Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è implementata in parte / è in corso di implementazione/applicazione)*	8
Dettaglio degli Stabilimenti dell'Azienda *Il campo "N. Eleggibili" deve contenere un valore ☐ alla somma dei campi precedenti (N. a regime+ N. in corso)*	8
Quesito #4	
Sono state incontrate difficoltà nel corso dell'implementazione?	☐ **SI** ☒ **NO**
Quesito #5	
Viene effettuata la valutazione dell'applicazione della raccomandazione attraverso il suo monitoraggio?	☒ **SI** ☐ **NO**
Quesito #6	
Nel processo di implementazione della Raccomandazione, c'è stato un coinvolgimento di uno o più soggetti portatori di interesse (stakeholders)	☐ **SI** ☒ **NO**
Quesito #7	
Nel processo di implementazione della Raccomandazione, ci sono state iniziative di comunicazione promosse dall'azienda? (informazione, corsi di formazione, convegni, ecc.)	☐ **SI** ☒ **NO**

Procedure ed istruzioni disponibili in clinica:

- IO21 - Prevenzione delle cadute in paziente ospedalizzato.
- IO21 - Prevenzione cadute in paziente ospedalizzato_rev.02_Scheda segnalazione.
- IO21 - Prevenzione cadute in paziente ospedalizzato_rev.02_Scheda valutazione.

Raccomandazione n.14 – Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici	
La raccomandazione è applicabile alla sua azienda?	☐ **SI** ☒ **NO**
Ambiti di applicazione: *La presente Raccomandazione è un riferimento per gli operatori sanitari coinvolti nella gestione dei farmaci antineoplastici e nell'informazione al paziente circa gli obiettivi di salute e i benefici attesi dai trattamenti. Un'informazione corretta e completa rappresenta lo strumento cardine di un'alleanza terapeutica strategica al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle cure.* *A CHI: La Raccomandazione è indirizzata a: Regioni e Province Autonome, Direzioni sanitarie/aziendali, responsabili della funzione aziendale dedicata alla gestione del rischio clinico, operatori sanitari coinvolti nella gestione dei farmaci antineoplastici sia nei reparti che nella Farmacia ospedaliera.* *DOVE: La Raccomandazione trova applicazione nelle strutture sanitarie pubbliche (ospedaliere, universitarie, IRCSS) e private (accreditate e non) e, in particolare, nelle Unità operative di Oncologia medica e di Ematologia, nelle Farmacie ospedaliere e, per alcuni aspetti peculiari, presso il domicilio del paziente.* *PER CHI: La Raccomandazione è a tutela dei pazienti che necessitano di cure con farmaci antineoplastici.*	
Quesito #1	
La Raccomandazione è stata recepita a livello aziendale ovvero è presente un Piano/Programma Aziendale per l'implementazione della Raccomandazione? *(Cioè: esiste una strategia regionale o aziendale o un qualche input di strutture aziendali quali Direzione Medica, Qualità, RisK Management all'implementazione della Raccomandazione?}*	☐ **SI** ☒ **NO**
Quesito #2	

La raccomandazione è stata implementata o è in corso di implementazione?	☐ **SI** ☒ **NO**
Inserire l'anno in cui è avvenuta l'implementazione	
Qual è lo stato dell'implementazione?	☐ A regime ☐ In parte ☐ In corso
C'è stato un aggiornamento?	☐ **SI** ☐ **NO**
Quesito #3	
Qual è la copertura a regime e in corso di implementazione/applicazione per la raccomandazione? *(Cioè: in quante UO / Strutture è stata applicata rispetto a quante si sarebbe potuta applicare?)*	
Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è a regime	0
Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è implementata in parte / è in corso di implementazione/applicazione	0
Numero di UO aziendali eleggibili (UO aziendali in cui la Raccomandazione è potenzialmente applicabile) *Il campo deve contenere un valore maggiore o uguale alla somma dei campi precedenti (Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è a regime + Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è implementata in parte / è in corso di implementazione/applicazione)*	0
Dettaglio degli Stabilimenti dell'Azienda *Il campo "N. Eleggibili" deve contenere un valore ☐ alla somma dei campi precedenti (N. a regime+ N. in corso)*	8
Quesito #4	
Sono state incontrate difficoltà nel corso dell'implementazione?	☐ **SI** ☐ **NO**
Quesito #5	
Viene effettuata la valutazione dell'applicazione della raccomandazione attraverso il suo monitoraggio?	☐ **SI** ☐ **NO**
Quesito #6	
Nel processo di implementazione della Raccomandazione, c'è stato un coinvolgimento di uno o più soggetti portatori di interesse (stakeholders)	☐ **SI** ☐ **NO**
Quesito #7	
Nel processo di implementazione della Raccomandazione, ci sono state iniziative di comunicazione promosse dall'azienda? (informazione, corsi di formazione, convegni, ecc.)	☐ **SI** ☐ **NO**

Procedure ed istruzioni disponibili in clinica: NA

Raccomandazione n.15 – Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso	
La raccomandazione è applicabile alla sua azienda?	☐ **SI** ☒ **NO**
Ambiti di applicazione: *I servizi di emergenza/urgenza (Centrale operativa 118, mezzi di soccorso, Punti di primo intervento, Pronto soccorso ospedalieri) hanno l'obiettivo di garantire prestazioni immediate agli utenti che presentano alterazioni delle funzioni vitali tali da compromettere potenzialmente e gravemente lo stato di salute.* *A CHI: La Raccomandazione è rivolta al personale sanitario:* *- delle Centrali operative e dei mezzi di soccorso 118.* *- dei Pronto soccorso* *DOVE: La Raccomandazione si applica a tutte le strutture sanitarie di emergenza extra e intraospedaliere in cui è presente la funzione di triage.* *PER CHI: La Raccomandazione riguarda tutti i cittadini:* *- che effettuano una chiamata alla Centrale Operativa 118* *- che vengono soccorsi sul territorio da una équipe 118* *- che accedono ai Pronto soccorso.*	
Quesito #1	
La Raccomandazione è stata recepita a livello aziendale ovvero è presente un Piano/Programma Aziendale per l'implementazione della Raccomandazione? *(Cioè: esiste una strategia regionale o aziendale o un qualche input di strutture aziendali quali Direzione Medica, Qualità, RisK Management all'implementazione della Raccomandazione?}*	☐ **SI** ☒ **NO**
Quesito #2	
La raccomandazione è stata implementata o è in corso di implementazione?	☐ **SI** ☒ **NO**
Inserire l'anno in cui è avvenuta l'implementazione	
Qual è lo stato dell'implementazione?	☐ A regime ☐ In parte ☐ In corso
C'è stato un aggiornamento?	☐ **SI** ☐ **NO**
Quesito #3	
Qual è la copertura a regime e in corso di implementazione/applicazione per la raccomandazione? *(Cioè: in quante UO / Strutture è stata applicata rispetto a quante si sarebbe potuta applicare?)*	
Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è a regime	0
Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è implementata in parte / è in corso di implementazione/applicazione	0
Numero di UO aziendali eleggibili (UO aziendali in cui la Raccomandazione è potenzialmente applicabile) *Il campo deve contenere un valore maggiore o uguale alla somma dei campi precedenti (Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è a regime + Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è implementata in parte / è in corso di implementazione/applicazione)*	0
Dettaglio degli Stabilimenti dell'Azienda *Il campo "N. Eleggibili" deve contenere un valore ☐ alla somma dei campi precedenti (N. a regime+ N. in corso)*	8
Quesito #4	
Sono state incontrate difficoltà nel corso dell'implementazione?	☐ **SI** ☐ **NO**
Quesito #5	
Viene effettuata la valutazione dell'applicazione della raccomandazione attraverso il suo monitoraggio?	☐ **SI** ☐ **NO**

Quesito #6	
Nel processo di implementazione della Raccomandazione, c'è stato un coinvolgimento di uno o più soggetti portatori di interesse (stakeholders)	☐ **SI** ☐ **NO**
Quesito #7	
Nel processo di implementazione della Raccomandazione, ci sono state iniziative di comunicazione promosse dall'azienda? (informazione, corsi di formazione, convegni, ecc.)	☐ **SI** ☐ **NO**

Procedure ed istruzioni disponibili in clinica: NA

Raccomandazione n.16 – Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso>2500 grammi non correlata a malattia congenita	
La raccomandazione è applicabile alla sua azienda?	☐ **SI** ☒ **NO**
Ambiti di applicazione: *A CHI: La Raccomandazione è rivolta alle Direzioni aziendali, ai Responsabili delle Unità operative interessate e "Blocco Parto e a tutti gli operatori sanitari coinvolti nell'assistenza del le donne in gravidanza, in travaglio parto e dei loro neonati.* *DOVE: La Raccomandazione interessa tutte le strutture pubbliche e private erogatrici di assistenza alle donne in gravidanza e durante il parto e ai neonati.* *PER CHI: La Raccomandazione è a tutela del neonato in tutte le fasi: gravidanza, travaglio parto e dopo la nascita durante la degenza e l'eventuale trasporto elettivo o in emergenza.*	
Quesito #1	
La Raccomandazione è stata recepita a livello aziendale ovvero è presente un Piano/Programma Aziendale per l'implementazione della Raccomandazione? *(Cioè: esiste una strategia regionale o aziendale o un qualche input di strutture aziendali quali Direzione Medica, Qualità, RisK Management all'implementazione della Raccomandazione?}*	☐ **SI** ☒ **NO**
Quesito #2	
La raccomandazione è stata implementata o è in corso di implementazione?	☐ **SI** ☒ **NO**
Inserire l'anno in cui è avvenuta l'implementazione	
Qual è lo stato dell'implementazione?	☐ A regime ☐ In parte ☐ In corso
C'è stato un aggiornamento?	☐ **SI** ☐ **NO**
Quesito #3	
Qual è la copertura a regime e in corso di implementazione/applicazione per la raccomandazione? *(Cioè: in quante UO / Strutture è stata applicata rispetto a quante si sarebbe potuta applicare?)*	
Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è a regime	0
Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è implementata in parte / è in corso di implementazione/applicazione	0
Numero di UO aziendali eleggibili (UO aziendali in cui la Raccomandazione è potenzialmente applicabile) *Il campo deve contenere un valore maggiore o uguale alla somma dei campi precedenti (Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è a regime + Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è implementata in parte / è in corso di implementazione/applicazione)*	0
Dettaglio degli Stabilimenti dell'Azienda *Il campo "N. Eleggibili" deve contenere un valore ☐ alla somma dei campi precedenti (N. a regime+ N. in corso)*	8
Quesito #4	

Sono state incontrate difficoltà nel corso dell'implementazione?	☐ **SI** ☐ **NO**
Quesito #5	
Viene effettuata la valutazione dell'applicazione della raccomandazione attraverso il suo monitoraggio?	☐ **SI** ☐ **NO**
Quesito #6	
Nel processo di implementazione della Raccomandazione, c'è stato un coinvolgimento di uno o più soggetti portatori di interesse (stakeholders)	☐ **SI** ☐ **NO**
Quesito #7	
Nel processo di implementazione della Raccomandazione, ci sono state iniziative di comunicazione promosse dall'azienda? (informazione, corsi di formazione, convegni, ecc)	☐ **SI** ☐ **NO**

Procedure ed istruzioni disponibili in clinica: NA

Raccomandazione n.17 – Riconciliazione farmacologica	
La raccomandazione è applicabile alla sua azienda?	☒ **SI** ☐ **NO**
Ambiti di applicazione: *Le terapie farmacologiche prescritte nelle transizioni di cura presentano spesso tra di loro differenze non imputabili ad una mutata condizione clinica del paziente; tali differenze, dette discrepanze non intenzionali, possono determinare gravi danni.* *Pertanto, è necessario, in tali momenti, effettuare un confronto tra i medicinali assunti dal paziente e quelli indicati per la cura nella particolare circostanza in funzione di una decisione prescrittiva sicura e appropriata agli obiettivi terapeutici.* *La presente Raccomandazione fornisce indicazioni sul processo di Riconciliazione della terapia farmacologica nei passaggi tra ambiti di cura diversi.* *A CHI: È rivolta alle Direzioni aziendali e agli operatori sanitari, coinvolti nel processo di cura del paziente, delle Aziende Sanitarie Locali (ASL), delle Aziende Ospedaliere (AO), degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), delle Strutture sanitarie private accreditate, delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) nonché ai medici di medicina generale (MMG) e pediatri di famiglia (PdF).* *DOVE: Si applica nelle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate per acuti e post acuti e nelle strutture sanitarie e sociosanitarie extraospedaliere (territoriali) pubbliche e private accreditate, residenziali e semiresidenziali.* *Alcuni aspetti della Raccomandazione interessano gli studi/ambulatori dei medici di medicina generale (MMG) e dei pediatri di famiglia (PdF) nonché altri setting assistenziali nei quali viene prescritta e seguita una terapia farmacologica.* *PER CHI: È a tutela dei pazienti che: i) devono assumere farmaci prescritti sia nei passaggi tra ambiti di cura diversi sia nelle consulenze ospedaliere; ii) seguono trattamenti di cura protratti (in rapporto ad intervenute variazioni nel trattamento farmacologico).*	
Quesito #1	
La Raccomandazione è stata recepita a livello aziendale ovvero è presente un Piano/Programma Aziendale per l'implementazione della Raccomandazione? *(Cioè: esiste una strategia regionale o aziendale o un qualche input di strutture aziendali quali Direzione Medica, Qualità, RisK Management all'implementazione della Raccomandazione?}*	☒ **SI** ☐ **NO**
Quesito #2	
La raccomandazione è stata implementata o è in corso di implementazione?	☒ **SI** ☐ **NO**
Inserire l'anno in cui è avvenuta l'implementazione	2022
Qual è lo stato dell'implementazione?	☒ A regime ☐ In parte ☐ In corso
C'è stato un aggiornamento?	☒ **SI** ☐ **NO**

Quesito #3	
Qual è la copertura a regime e in corso di implementazione/applicazione per la raccomandazione? *(Cioè: in quante UO / Strutture è stata applicata rispetto a quante si sarebbe potuta applicare?)*	
Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è a regime	8
Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è implementata in parte / è in corso di implementazione/applicazione	0
Numero di UO aziendali eleggibili (UO aziendali in cui la Raccomandazione è potenzialmente applicabile) *Il campo deve contenere un valore maggiore o uguale alla somma dei campi precedenti (Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è a regime + Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è implementata in parte / è in corso di implementazione/applicazione)*	8
Dettaglio degli Stabilimenti dell'Azienda *Il campo "N. Eleggibili" deve contenere un valore ☐ alla somma dei campi precedenti (N. a regime+ N. in corso)*	8
Quesito #4	
Sono state incontrate difficoltà nel corso dell'implementazione?	☐ **SI** ☒ **NO**
Quesito #5	
Viene effettuata la valutazione dell'applicazione della raccomandazione attraverso il suo monitoraggio?	☒ **SI** ☐ **NO**
Quesito #6	
Nel processo di implementazione della Raccomandazione, c'è stato un coinvolgimento di uno o più soggetti portatori di interesse (stakeholders)	☐ **SI** ☒ **NO**
Quesito #7	
Nel processo di implementazione della Raccomandazione, ci sono state iniziative di comunicazione promosse dall'azienda? (informazione, corsi di formazione, convegni, ecc.)	☐ **SI** ☒ **NO**

Procedure ed istruzioni disponibili in clinica:

- IO58 – Ricognizione e riconciliazione farmacologica.
- IO58 - Riconciliazione farmacologica_rev.02_Scheda riconciliazione.

Raccomandazione n.18 - Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli	
La raccomandazione è applicabile alla sua azienda?	☒ **SI** ☐ **NO**

Ambiti di applicazione: *L'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli, sebbene sia una prassi consolidata durante le fasi di gestione del farmaco in ospedale e sul territorio, può indurre in errore e causare danni ai pazienti.*

Al riguardo, è necessario fornire indicazioni per garantire qualità e sicurezza delle cure.

A CHI: E' rivolta alle Direzioni aziendali, agli operatori sanitari coinvolti nel processo di cura e nella gestione dei farmaci, inclusi gli Specialisti ambulatoriali, i Medici (MMG) e i Pediatri (PLS), i Medici del servizio di continuità assistenziale, i Farmacisti ospedalieri e dei Servizi territoriali delle aziende sanitarie, i Farmacisti di comunità, i Responsabili della funzione aziendale dedicata alla gestione del rischio clinico, i professionisti sanitari del Servizio di emergenza/urgenza territoriale 118, i professionisti sanitari delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

DOVE: Si applica nelle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private (accreditate e non) comprese le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), negli Istituti penitenziari, negli studi/ambulatori dei Medici di medicina generale (MMG) e dei Pediatri di libera scelta (PLS), nelle Farmacie di comunità, al domicilio del paziente nonché in altri setting assistenziali nei quali viene prescritta una terapia farmacologica.

PER CHI: È a tutela dei pazienti che devono seguire una terapia farmacologica in ambito ospedaliero e territoriale.

Quesito #1	
La Raccomandazione è stata recepita a livello aziendale ovvero è presente un Piano/Programma Aziendale per l'implementazione della Raccomandazione? *(Cioè: esiste una strategia regionale o aziendale o un qualche input di strutture aziendali quali Direzione Medica, Qualità, RisK Management all'implementazione della Raccomandazione?}*	☒ **SI** ☐ **NO**
Quesito #2	
La raccomandazione è stata implementata o è in corso di implementazione?	☒ **SI** ☐ **NO**
Inserire l'anno in cui è avvenuta l'implementazione	2019
Qual è lo stato dell'implementazione?	☒ A regime ☐ In parte ☐ In corso
C'è stato un aggiornamento?	☒ **SI** ☐ **NO**
Quesito #3	
Qual è la copertura a regime e in corso di implementazione/applicazione per la raccomandazione? *(Cioè: in quante UO / Strutture è stata applicata rispetto a quante si sarebbe potuta applicare?)*	
Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è a regime	8
Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è implementata in parte / è in corso di implementazione/applicazione	0
Numero di UO aziendali eleggibili (UO aziendali in cui la Raccomandazione è potenzialmente applicabile) *Il campo deve contenere un valore maggiore o uguale alla somma dei campi precedenti (Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è a regime + Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è implementata in parte / è in corso di implementazione/applicazione)*	8
Dettaglio degli Stabilimenti dell'Azienda *Il campo "N. Eleggibili" deve contenere un valore ☐ alla somma dei campi precedenti (N. a regime+ N. in corso)*	8
Quesito #4	
Sono state incontrate difficoltà nel corso dell'implementazione?	☐ **SI** ☒ **NO**
Quesito #5	
Viene effettuata la valutazione dell'applicazione della raccomandazione attraverso il suo monitoraggio?	☒ **SI** ☐ **NO**
Quesito #6	
Nel processo di implementazione della Raccomandazione, c'è stato un coinvolgimento di uno o più soggetti portatori di interesse (stakeholders)	☐ **SI** ☒ **NO**
Quesito #7	
Nel processo di implementazione della Raccomandazione, ci sono state iniziative di comunicazione promosse dall'azienda? (informazione, corsi di formazione, convegni, ecc.)	☐ **SI** ☒ **NO**

Procedure ed istruzioni disponibili in clinica:

- IO39 - Prevenzione errori nell'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle.

Raccomandazione n.19 - Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide	
La raccomandazione è applicabile alla sua azienda?	☒ **SI** ☐ **NO**
Ambiti di applicazione: *La corretta somministrazione della terapia farmacologica costituisce requisito indispensabile per l'efficacia e la sicurezza delle cure anche quando si verificano situazioni nelle quali risulta impossibile utilizzare la formulazione integra delle forme farmaceutiche orali solide ed è necessario ricorrere alla loro manipolazione.* *A CHI: È rivolta alle Direzioni aziendali e agli operatori sanitari, coinvolti nel processo di cura del paziente e nella gestione dei farmaci, delle Aziende Sanitarie Locali (ASL), delle Aziende Ospedaliere (AO), degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), delle Strutture Sanitarie private accreditate, delle Case Residenze per Anziani non autosufficienti (CRA), delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), delle Case di riposo nonché ai Responsabili della funzione aziendale dedicata alla gestione del Rischio clinico.* *È rivolta altresì ai Medici di Medicina Generale (MMG) e ai Pediatri di Libera Scelta (PLS), agli operatori sanitari del Servizio di emergenza/urgenza territoriale 118, ai Medici del servizio di continuità assistenziale, ai Farmacisti di comunità, ai pazienti e ai caregiver.* *DOVE: Si applica nelle Strutture Sanitarie pubbliche e private (accreditate e non), nelle Case Residenze Anziani non autosufficienti (CRA), nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), nelle Case di riposo, negli Istituti Penitenziari nonché in altri setting assistenziali nei quali viene somministrata e assunta la terapia farmacologica.* *Per alcuni aspetti sono interessate le Farmacie di comunità, gli studi/ambulatori dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) e il domicilio del paziente.* *PER CHI: È a tutela dei pazienti che devono seguire una terapia farmacologica in ambito ospedaliero e territoriale nei casi in cui non sia possibile somministrare una forma farmaceutica orale solida integra e non sia possibile allestire un preparato magistrale da parte del Farmacista.* *Tutela altresì gli operatori e i caregiver rispetto a condizioni di rischio che si possono verificare durante la manipolazione.*	
Quesito #1	
La Raccomandazione è stata recepita a livello aziendale ovvero è presente un Piano/Programma Aziendale per l'implementazione della Raccomandazione? *(Cioè: esiste una strategia regionale o aziendale o un qualche input di strutture aziendali quali Direzione Medica, Qualità, RisK Management all'implementazione della Raccomandazione?}*	☒ **SI** ☐ **NO**
Quesito #2	
La raccomandazione è stata implementata o è in corso di implementazione?	☒ **SI** ☐ **NO**
Inserire l'anno in cui è avvenuta l'implementazione	2019
Qual è lo stato dell'implementazione?	☒ A regime ☐ In parte ☐ In corso
C'è stato un aggiornamento?	☒ **SI** ☐ **NO**
Quesito #3	
Qual è la copertura a regime e in corso di implementazione/applicazione per la raccomandazione? *(Cioè: in quante UO / Strutture è stata applicata rispetto a quante si sarebbe potuta applicare?)*	
Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è a regime	8
Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è implementata in parte / è in corso di implementazione/applicazione	0
Numero di UO aziendali eleggibili (UO aziendali in cui la Raccomandazione è potenzialmente applicabile) *Il campo deve contenere un valore maggiore o uguale alla somma dei campi precedenti (Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è a regime + Numero di UO aziendali in cui la raccomandazione è implementata in parte / è in corso di implementazione/applicazione)*	8
Dettaglio degli Stabilimenti dell'Azienda *Il campo "N. Eleggibili" deve contenere un valore ☐ alla somma dei campi precedenti (N. a regime+ N. in corso)*	8

Quesito #4	
Sono state incontrate difficoltà nel corso dell'implementazione?	☐ SI ☒ NO
Quesito #5	
Viene effettuata la valutazione dell'applicazione della raccomandazione attraverso il suo monitoraggio?	☒ SI ☐ NO
Quesito #6	
Nel processo di implementazione della Raccomandazione, c'è stato un coinvolgimento di uno o più soggetti portatori di interesse (stakeholders)	☐ SI ☒ NO
Quesito #7	
Nel processo di implementazione della Raccomandazione, ci sono state iniziative di comunicazione promosse dall'azienda? (informazione, corsi di formazione, convegni, ecc.)	☐ SI ☒ NO

Procedure ed istruzioni disponibili in clinica:

- R19 - IO40 - Manipolazione forme farmaceutiche orali solide.

6.2 Monitoraggio delle segnalazioni

Presso la Casa di Cura è attivo un sistema di rilevazione di near miss ed eventi avversi al fine di favorire la filosofia "dell'imparare dall'errore". È stato definito un sistema di segnalazione anonimo e non anonimo. La modulistica associata è a campi predefiniti al fine di permettere la classificazione degli eventi e le valutazioni dei dati nel tempo.

Gli eventi identificati in azienda come oggetto di segnalazione sono:

- Incident reporting: eventi avversi e near miss secondo quanto previsto nel presente documento;
- Eventi sentinella secondo quanto previsto nel presente documento;
- Segnalazione caduta per pazienti e visitatori secondo quanto previsto dalla Istruzione operativa di riferimento;
- Rapporto di incidente o di mancato incidente da parte di operatori sanitari al Ministero della Salute (artt. 9 e 10, D.Lgs. n. 46 del 1997; art. 11, D.Lgs. n. 507 del 1992) secondo regole ministeriali;

Gli eventi sono classificati per tipologia, per gravità, per conseguenze/impatti sull'organizzazione e sul paziente.

È istituito un sistema con criteri definiti per l'attivazione di azioni di miglioramento conseguenti agli eventi.

Inoltre, sono attivi alcuni indicatori di monitoraggio volti a valutare l'efficacia del processo di segnalazione.

6.2.1 Rilevazione eventi avversi 2025

Nel corso del 2025 prosegue, come di consueto, l'analisi degli eventi avversi segnalati con il sistema di incident reporting e la relativa categorizzazione degli stessi in funzione della gravità, al fine di individuare eventuali eventi sentinella.

Verrà migliorata la gestione del monitoraggio delle azioni di miglioramento previste e pianificate a seguito degli audit svolti per gli eventi più rilevanti.

Si riportano di seguito gli eventi registrati nel corso dell'anno, rilevati dall'insieme dei flussi e/o strumenti di informazioni pervenute alla Direzione Sanitaria e alla Direzione Aziendale.

Eventi sentinella	Eventi avversi e cadute	Near Miss
n. 0	n.10	n. 0

6.2.2 Eventi sentinella

Gli eventi sentinella rappresentano 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. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione.

La classificazione degli eventi sentinella è stata effettuata sulla base delle indicazioni del Ministero della Salute.

Tipo di evento avverso	EVENTI SENTINELLA: Nessuno
Riferimenti normativi	//
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	//
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	//
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	//
Valutazione risultati e di prospettive future	//

6.2.3 Cadute

Tipo di evento avverso	CADUTE: *Nel corso del 2025 risultano registrate n.10 cadute.*
Riferimenti normativi	• Raccomandazione ministeriale n.10 per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie • Linee di indirizzo regionali di cui alla Delibera n. 49/2016
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	Analisi di apposita scheda nell'ambito delle Istruzioni Operative "Prevenzione delle cadute in paziente ospedalizzato" inclusa nella Cartella Clinica cadute accidentali.

Analisi delle cause del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Paziente poco collaborante in autodeterminazione si alzava dal letto senza avvisare il personale preposto e si recava presso l'armadietto; quindi, ritornando verso il letto perdeva l'equilibrio e cadeva.
Interventi/azioni correttive di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Permangono audit interni tra il Direttore Sanitario e il personale sanitario finalizzate al perfezionamento dell'applicazione della relativa IO21 (Rev. 2019) "Prevenzione delle cadute in paziente ospedalizzato" e della IO36 (Rev. 2018) "Gestione Contenzione di pazienti Ricoverati in ambito non Psichiatrico", così come la predisposizione di idonei supporti di ausilio e sedazione per pazienti in stato di agitazione.
Valutazione risultati e prospettive future	Nonostante il buon risultato ottenuto, è prevista una sempre maggiore attenzione alla rilevazione di tale tipo di eventi, coerentemente all'obiettivo di miglioramento volto alla corretta gestione del rischio.
Valutazione risultati e prospettive future	Consolidamento delle azioni già attivate e verifica attraverso audit interni.

6.2.4 Lesioni da pressione

Tipo di evento avverso	**LESIONI DA PRESSIONE**
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	Rilevazione del rischio di insorgenza con Scala di Braden in cartella infermieristica, indicazione soggetto a rischio con specifica rilevazione; Rilevazione del rischio di aggravamento delle lesioni già presenti *Mediante*: monitoraggio in cartella clinica della gestione della lesione (valutazione e medicazione) *Mediante:* invio scheda di segnalazione alla Direzione sanitaria della Scheda ulcere da decubito
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Non si rilevano criticità
interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Addestramento sulla movimentazione dei pazienti per il trattamento dei soggetti a rischio e curativi per i soggetti con lesioni presenti.
Valutazione risultati e prospettive future	Audit interni di verifica, con specifico riguardo alle attività degli OSS

6.2.5 Infezioni sito chirurgico

Tipo di evento avverso	**INFEZIONI SITO CHIRURGICO**
Riferimenti normativi	Linee guida globali per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2016

Descrizione dello strumento/ flusso informativo	Rilevazione Infezioni correlate all'assistenza mediante Codificazione nella SDO. È stato sviluppato un algoritmo di identificazione delle principali infezioni nosocomiali del sito chirurgico, partendo dai dati rilevati dalla fonte informativa SDO.
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Infezioni da ferita chirurgica: nel primo semestre 2025, il dato si attesta sulla percentuale dello 0,00% per le infezioni del sito chirurgico; nel secondo semestre 2025, si attesta sulla percentuale dello 0,00% per le infezioni del sito chirurgico.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	• Monitoraggio con indicatori dell'efficacia e osservanza delle procedure in materia. • Formazione degli operatori sulle infezioni correlate all'assistenza • Audit clinici specifici su antibiotico profilassi in chirurgia • Monitoraggio delle infezioni ospedaliere
Valutazione risultati e di prospettive future	Mantenimento a zero della percentuale delle ICA del sito chirurgico.

6.2.6 Dispositivo vigilanza

La Casa di Cura ha adottato una procedura di gestione delle apparecchiature e provvede alla manutenzione e verifica delle stesse secondo un programma di manutenzione.

Sono monitorati tutti i dispositivi e le apparecchiature in uso presso la struttura con manutenzioni ordinarie e straordinarie calendarizzate secondo il piano delle attività e predisposizione dei relativi verbali di manutenzione.

Sono attivati contratti di manutenzione con ditte specializzate.

È costantemente verificata la sicurezza elettrica in base alle vigenti normative.

Nell'anno 2025 non si sono verificati eventi riconducibili a problematiche dovute ai dispositivi medici.

6.2.7 Reclami e/o suggerimenti dei cittadini in relazione a temi della gestione del rischio clinico

I reclami pervenuti (formalizzati, customer, recensioni) sono periodicamente e costantemente raccolti ed analizzati dalla direzione aziendale e dalla direzione sanitaria ed in funzione del reparto/settore e/o servizio interessato.

Per quanto attiene gli esiti delle indagini di customer satisfaction si evidenzia un ottimo andamento.

La Casa di Cura è costantemente impegnata a monitorare la soddisfazione degli utenti tramite somministrazione di questionari oltre che attraverso la raccolta di reclami e suggerimenti.

L'utente ha il diritto a sporgere reclamo ogniqualvolta rilevi il mancato rispetto dei propri diritti.

I dati desunti dai questionari e quelli relativi ai reclami vengono elaborati periodicamente e vengono sempre analizzati dalla Direzione in sede di riesame annuale, al fine di identificare eventuali aree di criticità e di avviare adeguate azioni di miglioramento.

6.3 Monitoraggio degli indicatori

6.3.1 Indicatori

Nel 2025 sono proseguite le attività di monitoraggio degli indicatori inerenti il rischio clinico.

6.4 Esecuzione di audit

La gestione del rischio clinico è costantemente aggiornata attraverso la tenuta di audit periodici, che consentono di tenere sotto controllo i singoli processi e l'applicazione delle procedure ed istruzioni operative idonee a garantire la migliore qualità delle prestazioni.

L'audit, quale metodologia di analisi risulta fondamentale al fine del miglioramento della qualità dei servizi offerti, viene applicata da professionisti attraverso il confronto sistematico dell'assistenza prestata con criteri espliciti ed è finalizzato a identificare gli scostamenti rispetto agli standard conosciuti, ad attuare le opportunità di cambiamento individuate ed a monitorare il risultato delle misure correttive introdotte, garantendo così il miglioramento continuo delle procedure.

La valutazione del rispetto delle norme stabilite che determinano specifiche responsabilità e modalità operative (procedure, istruzioni, protocolli, ecc.) è eseguita attraverso Audit della Qualità e attraverso Audit Clinici; tale tipologia di verifica focalizza l'attenzione sia sugli aspetti di correttezza tecnico professionale più strettamente connessi alla gestione clinica e assistenziale del paziente sia sugli eventi avversi. La Procedura Interna definisce le responsabilità e le modalità operative relative a:

- pianificazione annuale degli Audit interni;
- organizzazione dei singoli Audit;
- esecuzione delle Verifiche;
- registrazione dei risultati;
- avvio delle azioni correttive necessarie e verifica della loro efficacia;
- conservazione della documentazione prodotta.

L'esecuzione degli Audit avviene sulla base di un Programma annuale approvato dalla Direzione, definito sulla base delle criticità emerse, e/o sulle aree risultate più critiche, e sull'intento di sottoporre tutta l'organizzazione almeno annualmente a valutazione.

Tale piano identifica:

- gli ambiti da sottoporre a valutazione e la loro estensione (processo, attività, etc.);
- gli obiettivi della valutazione (sistematica applicazione delle prescrizioni del Sistema Qualità, adeguatezza dei processi/attività rispetto agli scopi prefissati, adeguatezza prescrizioni Sistema Qualità rispetto a Direttive aziendali, verifica risoluzione Situazioni di Non Conformità rilevate durante Audit precedenti, etc.);
- i criteri di programmazione degli Audit (per processo, etc.);
- la periodicità degli Audit;
- il periodo in cui è programmata l'esecuzione dei singoli Audit;
- se necessario, la principale documentazione di riferimento per l'esecuzione degli Audit;
- i componenti del Gruppo di Verifica Ispettiva

Il programma stabilito annualmente può essere integrato in corso d'anno a fronte dell'esito degli Audit eseguiti o sulla base di criticità emerse (es. Reclami, andamento preoccupante di specifici indicatori, ecc.).

Il personale assegnato all'attività di Audit è qualificato sulla base di precisi criteri e viene sempre garantita l'indipendenza di chi esegue la verifica rispetto alle aree sottoposta a verifica, comprese le attività di competenza del Responsabile Sistema Qualità.

Tutto questo finalizzato all'attivazione di azioni correttive. La responsabilità di attivare idonee azioni correttive è del Responsabile dell'area sottoposta a verifica, mentre il Responsabile Sistema Qualità è chiamato a valutare l'adeguatezza delle azioni previste.

La valutazione del rispetto delle norme stabilite che determinano specifiche responsabilità e modalità operative (procedure, istruzioni, protocolli, ecc.) è eseguita attraverso Audit della Qualità e attraverso Audit Clinici; tale tipologia di verifica focalizza l'attenzione sia sugli aspetti di correttezza tecnico professionale più strettamente connessi alla

gestione clinica e assistenziale del paziente anche sugli eventi avversi. La procedura definisce le responsabilità e le modalità operative relative a:

- pianificazione annuale degli audit interni;
- organizzazione dei singoli audit;
- criteri e modalità di esecuzione degli audit e registrazione dei risultati;
- avvio delle azioni correttive necessarie e verifica della loro efficacia;
- conservazione della documentazione prodotta.

L'esecuzione degli Audit avviene sulla base di un Programma annuale approvato dalla Direzione, definito sulla base delle criticità emerse, e/o sulle aree risultate più critiche, e sull'in- tento di sottoporre tutta l'organizzazione almeno annualmente a valutazione. Tale piano identifica:

- gli ambiti da sottoporre a valutazione e la loro estensione;
- gli obiettivi della valutazione (sistematica applicazione delle prescrizioni del Sistema Qualità, adeguatezza dei processi/attività rispetto agli scopi prefissati, adeguatezza pre- scrizioni Sistema Qualità rispetto a Direttive aziendali, verifica risoluzione Situazioni di Non Conformità rilevate durante Audit precedenti, etc.);
- i criteri di programmazione degli Audit (per processo, per Unità Operativa, etc.);
- la periodicità degli Audit;
- il periodo in cui è programmata l'esecuzione dei singoli Audit;
- se necessario, la principale documentazione di riferimento per l'esecuzione degli Audit;
- i componenti del Gruppo di Verifica Ispettiva.

Il programma stabilito annualmente può essere integrato in corso d'anno a fronte dell'esito degli Audit eseguiti o sulla base di criticità emerse (es. Reclami, andamento preoccupante di specifici indicatori, ecc.).

Tutto questo finalizzato all'attivazione di azioni correttive. La responsabilità di attivare idonee azioni correttive è del Direttore Sanitario mentre il Responsabile Sistema Qualità è chiamato a valutare l'adeguatezza delle azioni previste.

La Casa di Cura ritiene di dedicare maggiore attenzione ai rapporti con gli Utenti anche se non ci si trova dinanzi a reclami o osservazioni negative delle attività e prestazioni rese, garantendo di aumentare i periodi di somministrazione dei questionari di Customer Satisfaction.

6.5 Formazione del personale

Il management dell'Organizzazione ritiene le attività di addestramento del personale di fondamentale importanza per:

- sviluppare e adeguare nel tempo la professionalità del personale al fine che possa essere garantita per ciascuna categoria e qualifica una formazione coerente con gli specifici contenuti disciplinari e professionali;
- inserire nuovo personale ed utilizzo di nuove apparecchiature;
- colmare eventuali lacune tra conoscenze acquisite per esperienza e necessarie per il corretto svolgimento delle mansioni;
- sensibilizzare il personale sul sistema Qualità;
- evitare la presenza di disservizi, eventi avversi e near miss.

Annualmente la Direzione approva un piano di formazione generale e specifico per argomento. Attualmente è stato emesso il piano di formazione del 2025, che riporta fra gli altri, i seguenti argomenti di formazione:

- gestione del rischio e sulle modalità di gestione e analisi di eventi avversi;
- eventuali disservizi, eventi avversi e near miss ricorsi in materia di erogazione del servizio;
- processo di gestione del paziente dalle fasi di prenotazione, accettazione, pianificazione ed erogazione del servizio e diagramma di flusso dei processi aziendali e modulistica allegata e istruzioni di preparazione.

6.6 Riesame ed obiettivi di miglioramento

In questa sezione viene riportata una relazione sintetica sulle attività previste nel piano dell'anno precedente, sulla loro realizzazione e/o sulle criticità che non hanno consentito il raggiungimento di tutti gli obiettivi previsti.

Sono stati identificati e ritenuti prioritari i seguenti obiettivi strategici per l'anno 2026 di cui al **Piano di Miglioramento Aziendale.**

7 Allegato: Relazione consuntiva sui dati di riferimento dell'anno 2025

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. Detta relazione è pubblicata nel sito internet della struttura sanitaria.

7.1 Eventi avversi

Ai sensi dell'art. 2 c. 5 della L. 24/2017, tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private devono predisporre 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. Detta relazione è pubblicata sul sito internet della struttura sanitaria".

Al fine di ottemperare a tale obbligo è pertanto necessario elaborare una relazione sintetica che accompagni e descriva la tabella di seguito riportata, che potrà eventualmente essere modificata sulla base di specifiche e motivate esigenze nel rispetto dei contenuti minimi in essa riportati:

Nel corso del 2025 prosegue, come di consueto, l'analisi degli eventi avversi segnalati con il sistema di incident reporting e la relativa categorizzazione degli stessi in funzione della gravità, al fine di individuare eventuali eventi sentinella.

Verrà migliorata la gestione del monitoraggio delle azioni di miglioramento previste e pianificate a seguito degli audit svolti per gli eventi più rilevanti.

Si riportano di seguito gli eventi registrati nel corso dell'Anno 2025, rilevati dall'insieme dei flussi e/o strumenti di informazioni pervenute alla Direzione Sanitaria e alla Direzione Aziendale.

Eventi sentinella	Eventi avversi e Cadute	Near Miss
n. 0	n. 10 (di cui n.10 cadute)	n. 0

Near miss: Evento evitato o close call: errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.

** *Evento avverso: evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevedibili o non prevedibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è un "evento avverso prevenibile".*

*** *Evento sentinella: evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicato di un serio malfunzionamento del sistema, che può portare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna una indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiano causato o vi abbiano contribuito e l'implementazione delle adeguate misure correttive.*

Come si evince dalla tabella sopra esposta non si sono verificati eventi avversi e/o sinistri nell'annualità indicata pertanto non sarà condotta alcuna relazione consuntiva.

7.2 Risarcimenti erogati e coperture assicurative

L'art. 4 c. 3 della L. 24/2017 prevede inoltre che "tutte le strutture pubbliche e private rendono disponibili, mediante pubblicazione sul proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio".

L'obiettivo del legislatore, al cui spirito aderisce il Policlinico, è quello di favorire la costruzione di organizzazioni sicure (sia attraverso l'implementazione di meccanismi volti a ridurre il verificarsi di eventi avversi prevenibili, sia attraverso l'istituzione dei centri regionali per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente) e garantire la trasparenza nei confronti del cittadino (rendendo visibili gli sforzi fatti dalle organizzazioni sanitarie per sicurezza e miglioramento).

I seguenti dati descrivono il numero e gli importi di liquidazione dei risarcimenti che il Policlinico ha erogato nell'ultimo quinquennio:

Numero Sinistro Compagnia	Data Evento	Data Denuncia Cliente	Data Liquidazione	Anno Liquidazione	Importo Liquidato
5583599000326,00	01/04/2003	13/06/2003	Maggio 2020	2020	€ 52.000,00
5583599000356	01/04/2003	04/04/2003	Maggio 2020	2020	€ 100.000,00
0108/2018	23/02/2017	07/02/2018	21/09/2020	2020	€ 16.000,00
5092599002745	21/07/2009	27/10/2010	10/12/2021	2021	€ 225.000,00
0558/2017	08/09/2016	20/09/2016	01/04/2022	2022	€ 11.700,00
//	//	//	//	2023	€ 0,00
//	//	//	//	2024	€ 0,00
//	//	//	//	2025	€ 0,00

Il Policlinico è dotato di un sistema di coperture assicurative per la copertura della responsabilità civile verso terzi.

In particolare, alla data del presente documento, sono attive le coperture per il rischio RCT/O, ai sensi delle condizioni della polizza RCT/O n° RCH00020000064 AMTRUST ASSICURAZIONI SPA – Broker ECCLESIA GEAS SANITA' S.r.l.