

RELAZIONE ANNUALE SUGLI EVENTI AVVERSI E RELATIVE AZIONI DI MIGLIORAMENTO

Febbraio 2019

SOMMARIO

1. Presentazione della struttura	3
2. Organizzazione Aziendale per la gestione del rischio	4
3. Fonti informative su sicurezza delle cure	6
3.1 RACCOMANDAZIONI DI RIFERIMENTO E LORO LIVELLO DI APPLICAZIONE	6
3.2 INCIDENT REPORTING	7
3.3 RECLAMI	10
3.4 INFORTUNI OPERATORI	11
4 AUDIT	13
5 FORMAZIONE OPERATORI PER MIGLIORARE L'ASSISTENZA AL PAZIENTE E RIDURRE GLI EVENTI AVVERSI	14

1. Presentazione della struttura

Villa Rosa è un Ospedale psichiatrico dotato di 87 posti letto convenzionati con il SSN suddivisi in 2 reparti (82 posti letto) di degenza ordinaria e un Centro Diurno (5 posti).

Le camere a 1, 2 o 3 posti letto, sono confortevoli e funzionali, ciascuna dispone di servizi igienici autonomi. Tutti gli ambienti sono climatizzati.

Tutti gli ospiti hanno accesso ad un ampio giardino sul retro della struttura, attrezzato con panchine e aree di socializzazione.

Nei reparti di degenza sono presenti sale soggiorno con televisione, salette fumatori. Al piano terreno sono presenti le sale polivalenti per i laboratori psicoeducativi. Entrambi i reparti hanno accesso ad aree verdi esterne.

A Villa Rosa lavorano circa 110 persone con le seguenti professionalità: medici psichiatri, psicologi, infermieri, OSS, tecnici della riabilitazione, tecnici di radiologia, medici radiologi, medici anestesisti, medici internisti, cardiologi.

Villa Rosa accoglie annualmente circa 1500 ricoveri con una degenza minima di 7, 8 gg per i ricoveri in acuto e 30 giorni per i ricoveri in residenza/riabilitazione psichiatrica. Per alcuni progetti specifici in accordo con i servizi invianti possono esserci ricoveri che durano anche alcuni mesi.

Villa Rosa ha un poliambulatorio diagnostico convenzionato con il SSN che esegue esami di Radiologia tradizionale, Risonanze Magnetiche, Ecografie, Ecocolordoppler, ed Elettromiografie.

Gli esami annui eseguiti nel 2018 sono stati circa 19100.

Nel poliambulatorio è possibile eseguire anche colloqui psicologici, visite psichiatriche, neurologiche, cardiologiche, internistiche, ortopediche non in convenzione con il SSN.

2. Organizzazione Aziendale per la gestione del rischio

*Il **rischio clinico** è la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè subisca un qualsiasi "danno o disagio" imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento della degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte.*

Il rischio clinico può essere arginato attraverso iniziative di Risk Management. Il Risk Management in sanità rappresenta l'insieme di varie **azioni complesse poste in essere per migliorare la qualità delle prestazioni e garantire la sicurezza del paziente**, sicurezza che è basata sull'apprendere dall'errore.

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

Un'attività di Risk Management efficace si sviluppa in più fasi:

- Conoscenza ed analisi dell'errore (sistemi di report, revisioni delle cartelle, utilizzo degli indicatori)
- Individuazione e correzione delle cause di errore (Root Cause Analysis, Analisi del processo, FMEA)
- Monitoraggio delle misure messe in atto per la prevenzione dell'errore
- Implementazione e sostegno attivo delle soluzioni proposte

Più in dettaglio Villa Rosa utilizza per quanto riguarda l'**identificazione dei rischi**:

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

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

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

Con riferimento particolare allo strumento **INCIDENT REPORTING** è tra gli approcci di analisi reattiva quello più utilizzati.

Gli **operatori sanitari hanno la responsabilità di segnalare gli eventi avversi** attraverso i seguenti strumenti:

- Sempre nella parte di **cartella clinica informatizzata** (diario clinico e **scheda di segnalazione eventi avversi** della Regione Emilia Romagna) che deve compilare l'infermiere o il medico al momento dell'evento e alla chiusura del ricovero
- Nei casi in cui l'evento abbia avuto o potenzialmente poteva avere **conseguenze rilevanti/gravi** per la sicurezza del paziente, deve essere inviata una **mail con la descrizione dell'evento al Responsabile Sistema Qualità**

I dati relativi agli **eventi avversi sono analizzati almeno con periodicità mensile** e nei casi di eventi rilevanti gravi nel tempo più breve possibile rispetto all'evento che si è segnalato.

In caso di **Eventi Sentinella** la Direzione Sanitaria attiva le modalità definite nelle Linee guida del Ministero della Sanità, inviando comunicazione alla regione e al ministero stesso dell'accaduto e delle azioni attivate.

La Direzione Aziendale ha istituito un **Gruppo di lavoro** che consente di disporre di operatori con le necessarie competenze tecnico-professionali in grado di lavorare sistematicamente e con continuità sui temi della prevenzione dei rischi e di introdurre progressivamente un regime di controllo per la sicurezza dei pazienti e dei lavoratori.

Il **Gruppo di lavoro** per la **Gestione del Rischio** è costituito dai seguenti **componenti**:

- **Risk Manager**
- **Direzione Sanitaria**
- **Responsabili dei reparti**
- **Coordinatrici assistenziali**
- **Responsabile Sistema Qualità**
- **Addetto al Servizio Prevenzione Protezione**
- **Altri esperti convocati su specifici temi**

Il **gruppo di lavoro** attiva i responsabili e gli operatori che possono fornire un contributo per l'**analisi delle situazioni critiche** che si sono verificate. Le analisi possono essere effettuate attraverso vari strumenti: Analisi delle priorità, analisi delle cause profonde, Audit Clinico, e altri strumenti per la prevenzione dei rischi clinici e la gestione del miglioramento.

Una volta che i responsabili hanno individuato le **azioni preventive e correttive**, che devono essere validate dalla Direzione Aziendale, i percorsi di miglioramento definiti sono gestiti secondo la procedura Gestione Azioni Correttive Preventive e di Miglioramento.

3. Fonti informative su sicurezza delle cure

3.1 RACCOMANDAZIONI DI RIFERIMENTO E LORO LIVELLO DI APPLICAZIONE

Si riporta di seguito una sintesi dei livelli di applicazione delle raccomandazioni **ministeriali**

N.	Raccomandazione	Livello di applicazione
18	Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli	Procedure formalizzate, applicazione adeguata
17	Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica	Procedure formalizzate, applicazione adeguata
13	Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	Procedure formalizzate, in corso di revisione a seguito di sperimentazione nuove modalità operative
12	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci LASA "Look-alike/sound-alike"	Raccomandazione formalizzata all'interno di procedure diverse, applicazione coerente con raccomandazione
8	Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	Procedura formalizzata, applicazione adeguata
7	Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	Raccomandazione formalizzata all'interno di procedure diverse, applicazione coerente con raccomandazione
4	Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Procedura fatta in collaborazione con il DSM Modena

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

Raccomandazione	Livello di applicazione
Linee di indirizzo regionali sulle cadute in ospedale	In corso di revisione procedura a seguito di sperimentazione nuove modalità operative
Linee di indirizzo per la gestione clinica dei farmaci	Procedure formalizzate, applicazione adeguata
Raccomandazione regionale per la sicurezza nella terapia farmacologica n. 2: "Processo di ricognizione e di riconciliazione farmacologica per una prescrizione corretta e sicura"	Procedure formalizzate, applicazione adeguata

Raccomandazione	Livello di applicazione
Raccomandazioni regionali per la prevenzione dei suicidi in ospedale	Procedura formalizzata, applicazione adeguata
Raccomandazione regionale per la prevenzione della violenza a danno degli operatori sanitari	Procedure formalizzate, applicazione adeguata
Linee di indirizzo su prevenzione e gestione dell' allontanamento del paziente preso in carico da strutture sanitarie	Procedure formalizzate, applicazione adeguata

3.2 INCIDENT REPORTING

Letteratura/Normativa di riferimento

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

Descrizione strumento/flusso informativo

L'Incident Reporting è tra gli approcci di analisi reattiva ai rischi uno dei più utilizzati. Il sistema di Incident Reporting è la modalità di raccolta delle segnalazioni in modo strutturato di eventi allo scopo di fornire una base di analisi, predisposizione di strategie e azioni correttive e di miglioramento per prevenirne il ri-accadimento futuro. L'Incident Reporting consiste nella registrazione e raccolta di schede anonime nelle quali gli operatori effettuano una segnalazione di evento avverso.

Attraverso l'analisi della scheda di segnalazione si possono raccogliere una serie di informazioni per tracciare il percorso che ha "determinato" il verificarsi dell'evento avverso. Le informazioni richieste nella scheda di segnalazione per l'Incident Reporting sono:

- la descrizione dell'evento
- il luogo dove è avvenuto l'evento
- le persone coinvolte
- la tipologia delle prestazioni fornite al momento dell'errore (prestazioni urgenti o programmate)
- la gravità dell'evento (grave, medio, lieve)
- indicazione, da parte dell'operatore che lo segnala, delle cause dell'errore (distinti in fattori umani, tecnologici, infrastrutturali)

Il sistema di Incident Reporting è utile non solo per la segnalazione degli eventi avversi ma anche per la segnalazione dei "quasi eventi" (near miss). Questi ultimi infatti consentono di raccogliere un numero maggiore di segnalazioni e quindi di informazioni, inoltre gli operatori sono maggiormente disposti alla segnalazione (non essendo coinvolti emotivamente) e consente di imparare e individuare le criticità del sistema prima che avvengano danni più seri. Uno dei limiti delle segnalazioni di eventi avversi è che gli operatori, per paura di essere considerati in qualche modo responsabili degli stessi, non li segnalano sempre, non valutando che così facendo non contribuiscono al miglioramento del processo assistenziale.

Analisi dei dati e criticità

EVENTI AVVERSI OCCORSI NEI REPARTI DI DEGENZA

EVENTI AVVERSI	2015	2016	2017	2018
Allontanamenti	30	34	31	12
Sovradosaggio neurolettici	0	1	0	0
Sindromi maligne neurolettici	1	0	0	0
Patologie Ab Ingestis	0	0	0	0
Infortuni conflitti tra pz	1	7	3	0
Infortuni conflitti tra pz e op	0	1	2	0
Intolleranza ai farmaci	1	2	1	0
Cadute	32	22	28	100*
Agiti Autolesivi	1	1	0	8
Agiti Eterodiretto	n.r.	n.r.	n.r.	50*
Lesione da inadeguata postura/decubito	0	0	0	1
Inadeguata Prescrizione/somm. farmaci	0	0	0	2
Inadeguata procedura terapeutica	0	0	00	1
Mancata prestazione assistenziale	0	0	0	1
Altri eventi avversi	41	40	14	8
TOTALE	107	108	79	183

* Da marzo 2018 la Direzione ha **informatizzato** (inserendolo nella Cartella Clinica informatizzata) il **modulo di Incident Reporting** della Regione Emilia Romagna. Tale azione migliorativa ha permesso di **raccogliere in modo più sistematico tutti i dati degli eventi avversi** accaduti.

L'aumento degli eventi avversi - cadute è dovuto al fatto che il nuovo strumento ha portato a registrare tutte le cadute anche quelle senza nessun esito (che sono la maggioranza). Con il nuovo strumento informatizzato è stato possibile registrare anche gli agiti eterodiretti (che gli scorsi anni non era possibile rilevare).

Nessuno degli eventi avversi segnalati ha avuto esiti severi, ha dato luogo a reclami o a richieste di risarcimento danni. Gli **altri eventi** sono relativi ad invii di pazienti al PS per problemi internistici, autodimissioni, mancanza di adesione al progetto da parte del paziente, ecc.


EVENTI AVVERSI OCCORSI NEL SERVIZIO DI **DIAGNOSTICA PER IMMAGINI**

EVENTI AVVERSI	2015	2016	2017	2018
anagrafica paziente errata	2	4	6	9
assegnazione immagini/esame a paziente diverso	0	1	12	12
descrizione esame errata	1	1	9	11
Access number errata		0	1	4
Totale	3	6	28	36

Nessuno degli eventi avversi segnalati ha avuto esiti severi, ha dato luogo a reclami o a richieste di risarcimento danni

Azioni di miglioramento

TIPOLOGIA EVENTI AVVERSI	AZIONI INTRAPRESE E PANIFICATE PER IL 2019
Allontanamenti	<p>Anno 2016-2017 Pianificazione di modifiche logistico strutturali per diminuire l'evento avverso</p> <p>Anno 2017-2018 Attuazione modifiche logistico strutturali</p> <p>Anno 2019 Prosecuzione azioni di prevenzione</p>
Infortuni conflitti tra pz e op	<p>Anno 2016 Definizione e condivisione di specifica procedura per la gestione dei comportamenti aggressivi degli utenti</p> <p>Anno 2017 Attuazione formazione specifica per la gestione del paziente aggressivo, la formazione ha utilizzato un approccio sia teorico che pratico</p> <p>Anno 2019 Prosecuzione e rafforzamento dei percorsi formativi per la gestione del paziente aggressivo e revisione protocollo interno</p>
Agiti Autolesivi	<p>Anno 2016 interventi strutturali per la diminuzione dei rischi ambientali: rifacimento docce per eliminare eventuali appigli</p> <p>Anno 2016 2017 2018 Attività formativa per la gestione dei pazienti con problematiche di impulsività</p> <p>Anno 2019 Prosecuzione analisi agiti autolesivi e definizione condivisa di azioni preventive</p>
Cadute	<p>Anno 2017 Formazione specifica di facilitatori aziendali per l'applicazione delle linee guida della regione ER, formazione di personale su Audit per le cadute e formazione FAD del personale sull'applicazione delle linee guida regionali per la prevenzione delle cadute in ospedale.</p> <p>Anno 2018 Revisione del protocollo aziendale</p>

	RELAZIONE ANNUALE SUGLI EVENTI AVVERSI E RELATIVE AZIONI DI MIGLIORAMENTO	VILLA ROSA
	FEBBRAIO 2019	

TIPOLOGIA EVENTI AVVERSI	AZIONI INTRAPRESE E PANIFICATE PER IL 2019
	Anno 2019 Analisi dettagliata degli eventi e coinvolgimento degli operatori per applicare sistematicamente le azioni di prevenzione
Errori Diagnostica per immagini	Anno 2016 Analisi dei dati e valutazione delle cause che più frequentemente portano ad errore Anno 2017 Diffusione delle prassi corrette per evitare gli errori in tutte le postazioni di lavoro sia dei Tecnici che dei Medici Radiologi Anno 2018 Diffusione delle prassi corrette per evitare gli errori Anno 2019 Prosecuzione analisi e coinvolgimento degli operatori per condividere e applicare le azioni di prevenzione

3.3 RECLAMI

Letteratura/Normativa di riferimento

Sistema Informativo segnalazioni URP in Sanità RER Luglio 2003

Descrizione strumento/ flusso informativo

La Struttura ha attivato meccanismi atti ad assicurare la disponibilità di dati utili alla misurazione del livello di soddisfazione dei Clienti relativamente ai servizi espliciti dalla Struttura.

L'utente della Struttura ha inoltre il diritto a sporgere reclamo ogniqualvolta rilevi il mancato rispetto dei propri diritti. Gli operatori che hanno contatto con il pubblico con mansioni di assistenza e servizio devono registrare qualsiasi reclamo presentato e prospettare la possibilità di inoltrare reclamo scritto alla Struttura.

La procedura **Gestione dei reclami e Indagini di soddisfazione** definisce, a tale proposito:

- le modalità di raccolta dei reclami (scritti e verbali) e delle richieste di risarcimento danni;
- le responsabilità e le modalità di risoluzione dei reclami e di gestione delle richieste di risarcimento (con eventuale avvio di azioni correttive atte a prevenire il ripetersi del problema);
- le modalità ed i tempi di risposta al Cliente;
- la gestione della documentazione prodotta.

I dati desunti dai questionari e quelli relativi ai reclami vengono elaborati periodicamente secondo le modalità definite nel **Piano Indicatori Qualità** e vengono sempre analizzati dalla Direzione in sede di Riesame del Sistema Qualità, al fine di identificare eventuali aree di criticità e di avviare adeguate azioni di miglioramento.

Analisi dei reclami, dati e criticità

	2016	
UNITA' OPERATIVA	DI CUI RECLAMI	DI CUI RICH.RISARCIMENTO DANNI
Reparti Psichiatria	1	1
Diagnostica per immagini	1	0

Vi è stato solo un reclamo che ha portato alla richiesta di risarcimento danno dovuto a una caduta di un paziente

	2017	
UNITA' OPERATIVA	DI CUI RECLAMI	DI CUI RICH.RISARCIMENTO DANNI
Reparti Psichiatria	4	0
Diagnostica per immagini	1	0

	2018	
UNITA' OPERATIVA	DI CUI RECLAMI	DI CUI RICH.RISARCIMENTO DANNI
Reparti Psichiatria	2	0
Diagnostica per immagini	0	0

Le principali tipologie di reclamo riguardano prevalentemente aspetti relazionali di comunicazione.

Azioni di miglioramento


L'ospedale è costantemente impegnato a monitorare la soddisfazione degli utenti tramite indagini e rilevazioni tramite questionario sia attraverso la raccolta di reclami e suggerimenti. Le risposte agli utenti sui singoli reclami sono date entro 15 giorni dal ricevimento del reclamo stesso.

L'impegno della struttura è continuo nel cercare di assicurare adeguati livelli di qualità delle prestazioni e dei servizi.

3.4 INFORTUNI OPERATORI

Descrizione strumento/ flusso informativo

L'OSPEDALE VILLA ROSA ha implementato un **Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro (SGSL) conforme alle normative vigenti**. Il Datore di Lavoro in collaborazione con Resp. Servizio Prevenzione Protezione (RSPP), Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza (RLS) e Medico Competente, ha predisponendo e formalizzando un documento che esprime l'impegno dell'azienda nel salvaguardare la sicurezza e la salute dei lavoratori, partendo dalle leggi vigenti applicabili, dai rischi connessi all'attività lavorativa, dagli infortuni verificatisi, allo scopo di promuovere e diffondere la cultura della sicurezza e di tutelare la

	RELAZIONE ANNUALE SUGLI EVENTI AVVERSI E RELATIVE AZIONI DI MIGLIORAMENTO	VILLA ROSA
	<i>FEBBRAIO 2019</i>	

salute di tutto il personale presente, monitorando continuamente il Sistema per vedere se procede in linea con gli obiettivi prefissati.

Il **Sistema di Gestione della Sicurezza** definisce i modi per individuare, all'interno della struttura organizzativa aziendale, le responsabilità, le procedure, i processi e le risorse per la realizzazione della politica aziendale di prevenzione, nel rispetto delle norme di salute e sicurezza vigenti.

Fermo restando il rispetto delle norme di legge, il Sistema di Gestione della Sicurezza che l'azienda adotta:

- prevede il monitoraggio effettuato preferibilmente con personale interno;
- non è soggetto a certificazione da parte terza;
- consente l'adattamento all'evoluzione di leggi, regolamenti e norme di buona tecnica;
- coinvolge i lavoratori e i loro rappresentanti nel sistema di gestione.

Valutazione del rischio e controllo. L'analisi è coordinata dal Resp. Servizio Prevenzione Protezione (RSPP) in collaborazione con tutta la struttura aziendale (dirigenti, preposti, lavoratori) e con il medico competente.

Analisi dei dati e criticità

L'ospedale monitora sistematicamente gli episodi di infortunio di operatori; dai dati rilevati emergono casi di infortunio derivanti da comportamenti aggressivi degli utenti, rispetto a questi episodi da diverso tempo la struttura ha realizzato interventi di prevenzione.

Azioni di miglioramento

Le principali azioni di miglioramento realizzate sono state le seguenti:

Anno 2016	Definizione e condivisione di specifica procedura per la gestione dei comportamenti aggressivi degli utenti
Anno 2017	Attuazione formazione specifica per la gestione del paziente aggressivo, la formazione ha utilizzato un approccio sia teorico che pratico
Anno 2018	Migliorata l'accoglienza e la gestione dei nuovi ingressi nei reparti, applicazione di strumenti per una valutazione complessiva dello stato di agitazione dei pazienti presenti in reparto

4 AUDIT

Descrizione strumento

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 **Gestione Verifiche ispettive interne e Audit Clinici** definisce le responsabilità e le modalità operative relative a:

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

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

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

Il piano 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 é 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 e/o preventive.

La responsabilità di attivare idonee azioni correttive é del Responsabile dell'area sottoposta a verifica, mentre il Responsabile Sistema Qualità é chiamato a valutare l'adeguatezza delle azioni previste.

5 FORMAZIONE OPERATORI PER MIGLIORARE L'ASSISTENZA AL PAZIENTE E RIDURRE GLI EVENTI AVVERSI

Titolo Evento Formativo	Tipo Formazione	N. Edizioni	Ore per edizione	N. partecipanti
2016				
Sviluppo delle competenze comunicative e negoziali in ambito socio-sanitario	Residenziale	1	11,5	1
Metodi e strumenti per il governo clinico	Residenziale	2	6	22
Progetto VI.SI.T.A.RE	Residenziale	1	10,5	3
La prevenzione e gestione del rischio: una nuova opportunità per le strutture sanitarie private	Residenziale	1	12	3
Risk Management in ambito sanitario	Residenziale	1	7	1
Formazione ReBlsd	Residenziale	2	5	26
Linee di indirizzo e criteri d'uso dei Dispositivi Medici con meccanismo di sicurezza per la prevenzione di ferite da taglio o da punta	Residenziale	1	37	1
Gestione dell'emergenza a Villa Rosa con prova pratica di evacuazione	Residenziale/Simulazione	1	24	1
2017				
MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction)	Residenziale	1	20	18
Gestione del paziente aggressivo (Psicodramma)	Residenziale	4	2	42
Management e rischio clinico	Residenziale	1	12	5
Corso Cadute Regione Emilia-Romagna	Esterno	1	16	2
Formazione facilitatori per l'applicazione delle Linee di indirizzo regionali sulle cadute in ospedale	Residenziale	1	8	8
Linee di indirizzo regionali sulle cadute in ospedale -FAD	Esterno	1	6	34
Progetto VI.SI.TA.RE Visite per la Sicurezza, la Trasparenza e l'Affidabilità Regione Emilia-Romagna	Esterno	1	9	3
Corso per addetti antincendio rischio elevato	Residenziale/Esercitazione	1	20	5

Titolo Evento Formativo	Tipo Formazione	N. Edizioni	Ore per edizione	N. partecipanti
Aggiornamento addetti antincendio rischio elevato	Residenziale/Esercitazione	2	8	28
Gestione dell'emergenza a Villa Rosa con prova pratica di evacuazione	Residenziale/Esercitazione	1	1	23
2018				
Rischio Clinico-Corretto utilizzo Raccomandazioni Ministeriali	Residenziale	1	18	17
La documentazione infermieristica, le consegne e la trasmissione delle informazioni tra professionisti: sicurezza ed efficacia	Residenziale	1	6	2
Metodi per l'analisi e il miglioramento delle attività del reparto 2	Residenziale	2	8	23
Linee di indirizzo regionali prevenzione lesioni da pressione strutture accreditate 1 gruppo	Residenziale	1	5	1
2° giornata regionale sulle buone pratiche per la sicurezza delle cure	Residenziale	2	7,5	1
Corso per addetti antincendio rischio elevato	Residenziale/Esercitazione	1	16	5
Formazione Bisd residenziale	Residenziale/Esercitazione	2	5	24
Formazione specifica rischio incendio e gestione emergenze	Residenziale/Esercitazione	2	4	42

Modena li 28/03/2019

Direttore di Struttura
Dott. Baraldi Stefano

Direttore Sanitario
Dottoressa Maria Paola Barbieri