villa frasassi
RESIDENZA PER ANZIANI

RELAZIONE ANNUALE SU EVENTI AVVERSI E AZIONI RISARCITORIE IN ATTUAZIONE DELLA L.24/2017 ANNO 2025	DOCUMENTO 6.2.2.1 01/05/2026

La sicurezza nelle cure rappresenta un aspetto fondamentale per tutte le strutture sanitarie complesse, poiché:

- coinvolge tutte le professioni e ogni livello di responsabilità, sia clinico che gestionale e amministrativo;
- riguarda sia il comportamento degli operatori che l'organizzazione e il funzionamento delle strutture sanitarie.

Nelle realtà sanitarie il rischio zero non esiste quindi gli errori sono non completamente evitabili, sono insiti nell'organizzazione stessa che in quanto gestita da persone è soggetta ad errori.

Su questo la struttura Villa Frasassi si è prodigata per affrontare il rischio clinico, il che significa puntare a rendere il sistema di assistenza e di cura più sicuro, riducendo la frequenza degli errori e limitandone l'impatto sui pazienti, sugli operatori e sull'intera organizzazione.

Per realizzare tutto questo nell' organizzazione sanitaria ci si deve basare su una diffusa cultura della sicurezza che riconosca e segnali gli errori, li analizzi e sia disposta ad imparare da essi. Questa cultura si sviluppa nel tempo, grazie a un'organizzazione adeguata e a una formazione continua su tali aspetti.

Ciò ha portato ad un coinvolgimento attivo del personale sulle questioni del rischio clinico, in particolare le segnalazioni di errori e criticità, confrontandosi per trovare le cause dell'errore (mai il colpevole) e le azioni di miglioramento.

Infatti, le segnalazioni fatte dal personale indicano che all'interno dell'organizzazione sanitaria è presente una cultura aziendale che ha compreso come errori e criticità costituiscono una importantissima opportunità di apprendimento e di miglioramento continuo.

Ai sensi dell'articolo 2, comma 5, della Legge 24/2017, tutte le strutture sanitarie pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie sono tenute a redigere una **relazione annuale** consuntiva sugli eventi avversi occorsi al loro interno.
Tale documento deve analizzare le cause delle criticità emerse e illustrare le misure correttive adottate, al fine di prevenire il ripetersi di tali episodi e promuovere il miglioramento continuo della sicurezza.
Detta relazione sarà **pubblicata sul sito internet della struttura.**

La fonte da cui derivano le segnalazioni è l'INCIDENT REPORTING, cioè il sistema di segnalazione su base volontaria da parte degli operatori strutturato per la raccolta di informazioni

relative al verificarsi di:
a) QUASI EVENTI (NEAR MISS): evento evitato, 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
b) EVENTI AVVERSI: 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".
c) EVENTI SENTINELLA: evento avverso di particolare gravità potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno alla persona, si considera grave danno qualsiasi conseguenza non intenzionale e indesiderabile derivante dall'evento avverso. Sono quindi da considerarsi eventi sentinella quegli eventi che determinano esiti o condizioni cliniche che comportino cambiamenti nel processo assistenziale.
È sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiano causato o vi abbiano contribuito e l'implementazione delle adeguate misure correttive
Gli eventi occorsi nel corso del 2025, con le relative iniziative attuate sono riportati nella tabella sottostante:

NEAR MISS
0

EVENTI AVVERSI		STRUMENTI DI ANALISI	AZIONI DI MIGLIORAMENTO
CADUTE	6 IN PARTICOLARE: 5 RISULTANO SENZA CONSEGUENZE/ESITI 1 CON INVIO AL PS[1]	AUDIT CLINICO FMEA	IMPLEMENTAZIONE DEL RELATIVO PROTOCOLLO E RELATIVA FORMAZIONE
ALLONTANAMENTO NON AUTORIZZATO (FUGA)	1		RIUNIONE CON IL PERSONALE
LESIONI DA PRESSIONE	4 IN PARTICOLARE: 3 RISULTANO SU PERSONE DECEDUTE O TRASFERITE 1 IN VIA DI GUARIGIONE		IMPLEMENTAZIONE DEL RELATIVO PROTOCOLLO E RELATIVA FORMAZIONE

EVENTI SENTINELLA		STRUMENTI DI ANALISI	AZIONI DI MIGLIORAMENTO
VIOLENZA SU OPERATORE	4 RIGUARDANO CASI DI VIOLENZA VERBALE	AUDIT CLINICO FMEA	RIUNIONE CON IL PERSONALE

[1] L'invio è stato fatto per sospetta frattura del femore, poi confermata dopo gli esami effettuati. L'analisi dell'evento non è riuscita a chiarire se la caduta sia stata la conseguenza della frattura al femore o viceversa

INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA)		STRUMENTI DI ANALISI	AZIONI DI MIGLIORAMENTO
ICA	4[2]		RIUNIONE CON IL PERSONALE

Da segnalare a fini statistici anche due infortuni occorsi agli operatori. Il primo infortunio ad un operatore per problemi al ginocchio; il secondo riguarda un sospetto infarto.

Sono stati svolti i seguenti strumenti per la gestione del rischio clinico: AUDIT CLINICO, SAFETY WALK AROUND, FMEA **con cadenza annuale (almeno uno all'anno).**

Dall'analisi dei dati raccolti, emerge che la criticità prevalente è rappresentata dalle **cadute dei pazienti**. Seguono, in ordine di frequenza, gli episodi di **aggressione ai danni degli operatori** (limitati esclusivamente all'ambito verbale) e le **infezioni correlate all'assistenza (ICA)**, con una particolare incidenza di infezioni delle vie urinarie associate al cateterismo vescicale. Infine, si rileva il **rischio di allontanamento non autorizzato**, sebbene i casi registrati siano rimasti circoscritti all'area perimetrale della struttura (entro il cancello).

In merito alla prevenzione delle **cadute**, sono stati condotti **audit clinici** e analisi **FMEA** (*Failure Mode and Effects Analysis*), che hanno permesso di definire mirate azioni di miglioramento. Tali attività hanno portato all'aggiornamento del protocollo interno, redatto in conformità alla **Raccomandazione Ministeriale n. 13**. Per garantire la massima diffusione e l'efficace applicazione delle nuove procedure, è stato erogato un programma formativo specifico rivolto a tutti gli operatori.

In merito alle altre criticità rilevate — nello specifico **le aggressioni verbali ai danni del personale, le infezioni correlate all'assistenza (ICA) e il rischio di allontanamento non autorizzato (fuga)** — è stato organizzato un **incontro di confronto con l'equipe**. L'obiettivo è stato analizzare le dinamiche emerse e condividere strategie comuni di prevenzione e gestione.

Con specifico riferimento **alle aggressioni verbali ai danni del personale**, è stata approfondita la **Raccomandazione Ministeriale n. 8** per la prevenzione della violenza sugli operatori. Per quanto concerne le **Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)**, sono state invece recepite e condivise le **direttive fornite dall'AST e dal distretto sanitario di competenza.**

È stato inoltre predisposto un **piano di formazione per il rischio clinico per l'anno 2026 avente ad oggetto i seguenti argomenti:** Piano di gestione del rischio clinico, raccomandazioni ministeriali applicabile alla struttura, buone pratiche AGENAS, segnalazione di quasi eventi (near miss) eventi avversi ed eventi sentinella con particolare riguardo al flusso SIMES, approccio reattivo e proattivo e relativi strumenti per la gestione del rischio in particolare l'audit clinico, l'incidente reporting, il safety walk around e la FMEA, le emergenze sanitarie e assistenziali ed in particolare le infezioni correlate all'assistenza.

---

[2] Urinocolture positive dovute all'utilizzo di catetere vescicale.

All'interno della nostra struttura, la sicurezza degli ospiti e degli operatori è gestita attraverso un sistema proattivo e un sistema reattivo. Di seguito analizziamo le principali aree di rischio (sia di tipo sanitario e clinico, sia ambientale), le strategie di mitigazione e la valutazione sintetica della loro criticità.

All'interno della struttura vi sono sempre **rischi in ambito sanitario**, questi ultimi, dato il loro impatto nell'erogazione e sicurezza delle cure, vengono costantemente monitorati. Di seguito il **monitoraggio dei rischi sanitari** individuati:

MONITORAGGIO DEI RISCHI SANITARI		
RISCHI	**RACC. MIN. E PROCEDURE INTERNE DI RIFERIMENTO**	**AZIONI MESSE IN ATTO**
CADUTA	RACC. MIN. 13 PRO – SAN 07 PROCEDURA PREVENZIONE E GESTIONE DELLA CADUTA DELLA PERSONA ASSISTITA DOC. 937-46-50 REGISTRO CADUTE	Sono revisionate le procedure assistenziali relative alla prevenzione delle cadute. Grazie ad una collaborazione con l'alta direzione e i vari uffici si è verificata la messa in sicurezza degli ambienti della struttura. Successivamente è stato definito un percorso strutturato per dare continuità all'analisi dei dati provenienti dalle segnalazioni di caduta derivato anche dalla relativa **Raccomandazione Ministeriale n. 13**. Questo percorso aiuta a presidiare la problematica per una prevenzione e mitigazione efficace e continuativa del rischio caduta. L'analisi dei dati ha l'obiettivo, innanzitutto, di individuare i reparti-nuclei maggiormente soggetti all'evento caduta e svolgere, in seconda battuta, un'analisi più approfondita sulle cadute avvenute in ogni singola realtà. Le evidenze emerse dall'analisi dei dati sono la base per un successivo confronto tra il responsabile della struttura e coordinatore infermieristico al fine di identificare le strategie migliori per contrastare efficacemente l'evento caduta. Inoltre, si sono svolti audit e formazione inerenti alla procedura sulle cadute con l'intento di sensibilizzare sul rispetto delle procedure aziendali di prevenzione, segnalazione e gestione dell'evento caduta.

LESIONI DA PRESSIONE (LDP)	PRO -2.2.2 PROCEDURA PREVENZIONE E TRATTAMENTO LESIONI DA PRESSIONE DOC. 937-46-50 REGISTRO CADUTE, LESIONI E INFEZIONI, MOD.1412-52 SCALA DI BRADEN, MOD 1412-52 SCHEDA MEDICAZIONI LDP	Per questo rischio sono adottati in tutta la struttura i presidi più adatti per la prevenzione; tutto il personale è addestrato e formato a valutare ogni paziente per il rischio di lesione e ad intervenire tempestivamente seguendo le istruzioni arrivate direttamente dalla AST di riferimento
LESIONI GENERICHE	DOC. 937-46-50 REGISTRO CADUTE, LESIONI E INFEZIONI	
PEGGIORAMENTO DELLE CONDIZIONI CLINICHE ED EVENTUALE RICOVERO IN OSPEDALE	RACC. MIN. 11 PRO-RC 03 PROTOCOLLO PER LA PREVENZIONE DEL DETERIORAMENTO RAPIDO DELLE CONDIZIONI CLINICHE PRO PO-RG15 TRASPORTI SANITARI	Per ciò che attiene a trasporto in ospedale si applica pedissequamente il relativo protocollo e su di esso è stata svolta la relativa formazione, basandosi sulla **Raccomandazione Ministeriale n.11**. In particolare, viene subito compilato il diario infermieristico; date le relative informazioni al familiare o Amministratore di sostegno; viene redatta della scheda di anamnesi/presentazione in PS comprendente i recapiti utili della famiglia e della Struttura e la scheda della terapia in atto.
ERRATA PRESCRIZIONE E/O SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO	RACC. MIN. 7,12,17,18,19 PRO 04 PROCEDURA DELLA TERAPIA UNICA PRO.03 PROCEDURA PER IL CONTROLLO MENSILE DEI FARMACI MOD 6.3.5 CONTROLLO PERIODICO SCADENZE FARMACI, MOD 6.3.5 MODULO RESTITUZINE	In applicazione delle relative **Raccomandazioni Ministeriali 7,12,17,18,19** sono stati realizzati appositi protocolli, procedure e istruzioni operative. I possibili rischi possono riguardare la gestione della terapia (incongruenza tra quanto prescritto in cartella e quanto riportato sulla scheda terapia; prescrizione di terapia a paziente sbagliato; prescrizione di farmaco al quale il paziente è allergico; somministrazione di terapia a paziente sbagliato; imprecisa prescrizione della via di somministrazione, della posologia; sbagliata via o dosaggio di somministrazione) in tal

	FARMACI SCADUTI O NON IN USO IST.2.4.6. COINVOLGIMENTO DEI MEDICI DI BASE MOD.937-27 PRESENZA MMG	caso l'infermiere dovrà seguire attentamente la prescrizione medica durante le fasi di preparazione e somministrazione della terapia dovrà, inoltre, registrare l'avvenuta preparazione, somministrazione e assunzione della terapia da parte del paziente. Altro aspetto che potrebbe indurre ad un rischio di errore è quello dei farmaci c.d. LASA. Infatti, gli errori in terapia occorsi più frequentemente sono riferiti all'uso dei farmaci che possono essere scambiati con altri per la somiglianza grafica e/o fonetica del nome o per l'aspetto simile della confezione. Sono state messi in atto protocolli, procedure e istruzioni operative su questi farmaci che prevedono l'istruzione di infermieri e altro personale sanitario; l'individuazione nel prontuario di farmaci simili; la disposizione separata dei farmaci simili; l'utilizzo di etichette che li identifichino come farmaci a rischio di errore; l'esposizione, sugli armadi farmacia, di una lista dei LASA periodicamente aggiornata; la segnalazione di eventi avversi o near miss relativi all'utilizzo di farmaci LASA; la compilazione di un report annuale di analisi dei dati. Sono stati svolti corsi di formazione su questo specifico argomento a tutti i dipendenti.
ERRATO UTILIZZO DI APPARECCHIATURE E/O DISPOSITIVI (per es.: sollevatore, mezzi di contenzione e/o protezione, materassini anti-decubito)	RACC. MIN. 9 PRO-RC06 PROCEDURA PREVENZIONE EVENTI AVVERSI CONSEGUENTI AL MALFUNZIONAMENTO DEGLI APPARECCHI ELETTROMEDICALI	Per dare attuazione alla **Raccomandazione Ministeriale 9** e per ridurre al minimo tale rischio sono stati messi a disposizione tutti i manuali d'uso delle apparecchiature e dispositivi le procedure sul loro corretto utilizzo, l'elenco dei pazienti per cui vanno utilizzati i dispositivi. Sono stati poi elaborati i piani di manutenzione preventiva e periodica delle apparecchiature nonché il censimento dei mezzi di protezione, presidi antidecubito e altro. In un'ottica di formazione sia dei neoassunti

		sia dei dipendenti già presenti in struttura sono stati organizzati corsi sul corretto utilizzo delle attrezzature da realizzarsi da parte anche dei fisioterapisti della struttura a tutti gli operatori.
SUICIDIO E TENTATO SUICIDIO	RACC. MIN. 4 PRO-RC05 PROCEDURA PER LA PREVEZIONE DEL SUICIDIO DEI PAZIENTI OSPITI NELLA STRUTTURA	Applicando la **Raccomandazione Ministeriale n. 4** è stata elaborata una procedura con l'obiettivo di fornire uno strumento di lavoro che gli operatori devono tener presente nella loro pratica clinica per prevenire e/o ridurre i comportamenti suicidari e i tentati suicidi. Poiché comunque il gesto suicidario è, e resta a tutt' oggi, un gesto imprevedibile, l'operatore deve conoscere e mettere in atto tutte le procedure possibili in caso di rischio per scongiurare l'evento suicidario. Ulteriore scopo è fornire uno strumento di lavoro che dia indicazioni al personale sociosanitario sulle misure preventive da adottare; modalità operative da adottare per prevenire/ridurre il numero di suicidi e/o tentati suicidi di pazienti all'interno della struttura; comportamenti da attuare nel caso in cui si verifichi il suicidio o il tentato suicidio; segnalazioni da effettuare nel caso in cui si verifichi un tentato suicidio/suicidio.
MALNUTRIZIONE E/O DISIDRATAZIONE	PRO-RC1 PROCEDURA OPERATIVA IDRATAZIONE DEL PAZIENTE ANZIANO PRO-RC07 PROCEDURA PER LA VALUTAZIONE E LA GESTIONE DEL RISCHIO NUTRIZIONALE	Uno degli aspetti a cui i familiari sono più attenti è la dieta dei loro cari, la mancata assunzione di uno o più pasti li pone in allarme. Dato che tale aspetto è un indicatore di fragilità, nella struttura si monitora l'assunzione di cibo e bevande registrandone la quantità su un apposito diario alimentare. Viene sempre segnalato al responsabile di struttura, al coordinatore infermieristico ed al medico di base un eventuale quadro di inappetenza, iporessia, o rifiuto di cibo e bevande. In caso di inappetenza, si realizzeranno tutte le misure per eliminare rischi di malnutrizione e si indagherà sulle eventuali cause (farmaci, infezioni, depressione, condizioni patologiche,

		ecc.). Si dispongono idonei accertamenti di indagine sull'assetto nutrizionale se il calo ponderale risulta superiore al 5% (soglia critica), si prescrivono strategie dietetiche (integratori, diete ipercaloriche) e terapie correttive che dovranno essere attuate con tempestività (per es.: infusioni reidratanti);
CARENZA NELLE PROCEDURE IGIENICHE E/O ASSISTENZIALI	PRO-RC02 PROCEDURA IGIENE PERSONALE OSPITI NEL RISPETTO DELLA PRIVACY	La responsabilità delle cure assistenziali ed igieniche alla persona è assegnata in vigilando al personale infermieristico. In caso di non conformità, l'infermiere è tenuto a informare l'infermiere dirigente. Al fine di consentire una tracciabilità delle azioni, l'operatore deve registrare tu e le attività che non sono state eseguite e la relativa motivazione (es: non eseguito bagno poiché febbre, non si è alimentato per...). Le schede saranno compilate e aggiornate dal personale OSS e infermieristico.
ALLONTANAMENTO DELL'OSPITE DALLA STRUTTURA (FUGA)	PRO-RC04 PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DEGLI ALLONTANAMENTI IMPREVISTI DELLE PERSONE ASSISTITE	L'allontanamento di un ospite dalla struttura determina una situazione di allarme e preoccupazione, in particolare se trattasi di Ospite affetto da deficit cognitivo/demenza. Su tale rischio la struttura si è dotata di un apposito protocollo ed i dipendenti sono stati formati su tale rischio.
VIOLENZA CONTRO OPERATORI	RACC. MIN. 8	Il rischio di aggressioni, verbali o fisiche, è monitorato con attenzione, specialmente nei nuclei dove la patologia dell'ospite può generare stati di forte agitazione tenendo come linea guida la **Raccomandazione ministeriale 8.** La struttura promuove corsi di *de-escalation* e gestione del comportamento aggressivo per tutelare l'integrità fisica e psicologica dei dipendenti.
CONTRARRE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA	PIANO DELLE PREVENZIONE, GESTIONE E MONITORAGGIO ICA	Nell'ambito della gestione del rischio clinico hanno particolare rilievo le infezioni correlate all' assistenza (ICA) e la loro gestione. Tali infezioni i influiscono molto sul carico assistenziale

		L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), infatti, indica le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA - HAI nella terminologia anglosassone) come l'evento avverso più frequente durante l'erogazione di prestazioni e servizi sanitari, con un trend epidemiologico in progressione e un impatto clinico ed economico rilevante con conseguente aumento di costi diretti e indiretti, dovuti ad un prolungamento della durata della degenza, della disabilità a lungo termine e della mortalità. Una parte importante per combattere il fenomeno delle ICA è l'applicazione di una procedura o protocollo sul lavaggio delle mani nonché il piano per la gestione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Tutto il personale sul tema è stato ampiamente formato
ERRATA COMPILAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA	PO-RG 18 PROCEDURA MODALITA' DI COMPILAZIONE, CONSEGNA, CONSERVAZIONE E ARCHIVIAZIONE CARTELLA SANITARIA	La cartella clinica è considerata uno strumento fondamentale per il risk management. Attraverso la verifica retrospettiva, è possibile: Prevedere potenziali eventi avversi, valutare la completezza e l'appropriatezza delle annotazioni cliniche, diagnostiche e infermieristiche, identificare eventuali discrepanze rispetto alle buone pratiche. Il controllo costante della documentazione serve a monitorare l'efficacia delle nuove pratiche di sicurezza introdotte, verificando quanto i professionisti le abbiano effettivamente adottate per prevenire rischi futuri. La cartella è un documento multidisciplinare che deve integrare: diario clinico (compilato dal Medico di Medicina Generale), diario infermieristico, diario assistenziale (compilato dagli operatori).
MANCATA ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO	PRO-06 PROCEDURA CONSENSO INFORMATO	Un punto critico del controllo riguarda la presenza del consenso informato: è obbligatorio verificare che sia stato correttamente acquisito e inserito per ogni

trattamento sanitario a cui il paziente viene sottoposto

Vi sono anche dei **rischi ambientali** all'interno della struttura. Per quanto riguarda il **monitoraggio rischi ambientali** ci sono vari aspetti da considerare, riportati nella tabella sottostante:

MONITORAGGIO DEI RISCHI AMBIENTALI		
TIPOLOGIA DI RISCHI	**DOCUMENTO DI RIFERIMENTO**	**AZIONI MESSE IN ATTO**
SICUREZZA IDRICA	DOCUMENTO VALUTAZIONE DEI RISCHI (DVR)	Al fine di prevenire rischi chimici e microbiologici (es. *Legionella*), la struttura ha adottato un protocollo di prevenzione e controllo sistematico. Tale piano garantisce la qualità dell'acqua di approvvigionamento, monitora l'efficacia dei trattamenti e assicura l'integrità della rete di distribuzione. Le attività di verifica sono affidate a una società esterna specializzata.
SICUREZZA ALIMENTARE (HACCP)	DOCUMENTO VALUTAZIONE DEI RISCHI (DVR)	La cucina interna, dedicata alla preparazione dei pasti per gli ospiti, opera in rigorosa conformità al Reg. CE 852/04. Il sistema di autocontrollo HACCP supervisiona ogni fase — dalla manipolazione alla distribuzione — garantendo i massimi standard igienici. Il monitoraggio ispettivo è gestito da una ditta esterna.
SICUREZZA STRUTTURALE	DOCUMENTO VALUTAZIONE DEI RISCHI (DVR)	La struttura, di recente costruzione, rispetta i più moderni standard edilizi. Periodici sopralluoghi tecnici confermano l'assenza di rischi strutturali e l'idoneità di tutti i reparti, garantendo un ambiente sicuro per ospiti e operatori.
GESTIONE DEI RIFIUTI	DOCUMENTO VALUTAZIONE DEI RISCHI (DVR)	La struttura osserva scrupolosamente le normative nazionali, regionali e locali. Per quanto riguarda la raccolta, il trasporto e lo smaltimento dei rifiuti speciali (pericolosi e non), l'ente si avvale della collaborazione di un partner esterno certificato.

Per ciò che attiene al **monitoraggio delle Raccomandazioni Ministeriali**, a partire dal 2005, il Ministero della Salute ha emanato **19 Raccomandazioni** volte a sensibilizzare gli operatori sulle aree di attività a maggior rischio clinico e a fornire strumenti efficaci per la prevenzione degli eventi avversi.
L'obiettivo primario è promuovere la responsabilità individuale e un cambiamento sistemico nell'organizzazione.
Per tradurre operativamente tali contenuti nei processi lavorativi, è fondamentale monitorare i fattori organizzativi e socio-comportamentali che influenzano l'adesione alle procedure.

La tabella seguente illustra l'applicabilità delle raccomandazioni, la mappatura dello stato di avanzamento e il rispetto delle disposizioni vigenti.

N°	RACCOMANDAZIONE	APPLICABILITA'	SITUAZIONE
1	**CORRETTO UTILIZZO DELLE SOLUZIONI CONCENTRATE DI CLORURO DI POTASSIO - KCL- ED ALTRE SOLUZIONI CONCENTRATE CONTENENTI POTASSIO**	Non Applicabile	/
2	**PREVENIRE LA RITENZIONE DI GARZE, STRUMENTI O ALTRO MATERIALE ALL'INTERNO DEL SITO CHIRURGICO**	Non Applicabile	/
3	**CORRETTA IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI, DEL SITO CHIRURGICO E DELLA PROCEDURA**	Non Applicabile	/
4	**PREVENZIONE DEL SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE**	Applicabile	La raccomandazione in oggetto è stata recepita all'interno della procedura applicata in struttura. tale procedura viene monitorata ogni anno.
5	**PREVENZIONE DELLA REAZIONE TRASFUSIONALE DA INCOMPATIBILITÀ ABO**	Non Applicabile	/
6	**PREVENZIONE DELLA MORTE MATERNA CORRELATA AL TRAVAGLIO E/O PARTO**	Non Applicabile	/
7	**PREVENZIONE DELLA MORTE, COMA O GRAVE DANNO DERIVATI DA ERRORI IN TERAPIA FARMACOLOGICA**	Applicabile	La raccomandazione in oggetto è stata recepita all'interno della procedura applicata in struttura. tale procedura viene monitorata ogni anno.
8	**PREVENIRE GLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI IN AMBITO SANITARIO E SOCIO-SANITARIO A CAUSA DELL'ESERCIZIO DELLE LORO FUNZIONI**	Applicabile	La raccomandazione in oggetto è stata recepita all'interno della procedura applicata in struttura. tale procedura viene monitorata ogni anno.
9	**PREVENZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI CONSEGUENTI AL MALFUNZIONAMENTO**	Applicabile	La raccomandazione in oggetto è stata recepita all'interno della procedura applicata in struttura. tale procedura viene monitorata

	DEI DISPOSITIVI MEDICI/APPARECCHI ELETTROMEDICALI		ogni anno.
10	**PREVENZIONE DELL'OSTEONECROSI DELLA MASCELLA/MANDIBOLA DA BIFOSFONATI**	Non Applicabile	/
11	**MORTE O GRAVE DANNO CONSEGUENTI AD UN MALFUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI TRASPORTO (INTRAOSPEDALIERO, EXTRAOSPEDALIERO)**	Applicabile	La raccomandazione in oggetto è stata recepita all'interno della procedura applicata in struttura. tale procedura viene monitorata ogni anno.
12	**PREVENZIONE DEGLI ERRORI IN TERAPIA CON FARMACI "LOOK-ALIKE/SOUND-ALIKE"**	Applicabile	La raccomandazione in oggetto è stata recepita all'interno della procedura applicata in struttura. tale procedura viene monitorata ogni anno.
13	**PREVENZIONE E GESTIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE**	Applicabile	La raccomandazione in oggetto è stata recepita all'interno della procedura applicata in struttura. tale procedura viene monitorata ogni anno.
14	**PREVENZIONE DEGLI ERRORI IN TERAPIA CON FARMACI ANTINEOPLASTICI**	Non Applicabile	/
15	**MORTE O GRAVE DANNO CONSEGUENTE A NON CORRETTA ATTRIBUZIONE DEL CODICE TRIAGE NELLA CENTRALE OPERATIVA 118 E/O ALL'INTERNO DEL PRONTO SOCCORSO**	Non Applicabile	/
16	**RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE O DISABILITÀ PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO>2500 GRAMMI NON CORRELATA A MALATTIA CONGENITA**	Non Applicabile	/
17	**RACCOMANDAZIONE PER LA RICONCILIAZIONE FARMACOLOGICA**	Applicabile	La raccomandazione in oggetto è stata recepita all'interno della procedura applicata in struttura. tale procedura viene monitorata

			ogni anno.
18	**RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE DEGLI ERRORI IN TERAPIA CONSEGUENTI ALL'USO DI ABBREVIAZIONI, ACRONIMI, SIGLE E SIMBOLI**	Applicabile	La raccomandazione in oggetto è stata recepita all'interno della procedura applicata in struttura. tale procedura viene monitorata ogni anno.
19	**RACCOMANDAZIONE PER LA MANIPOLAZIONE DELLE FORME FARMACEUTICHE ORALI SOLIDE**	Applicabile	La raccomandazione in oggetto è stata recepita all'interno della procedura applicata in struttura. tale procedura viene monitorata ogni anno.

Per quanto attiene alla **sinistrosità e i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio** si rinvia alla tabella sottostante:

ANNO	N° SINISTRI APERTI	LIQUIDATI	EURO
2023	**0**	**0**	**0**
2024	**1**	**0**	**0**
2025	**0**	**0**	**0**

La struttura ha aperto nel 2023, le rilevazioni partono da tale anno. Inoltre, il sinistro aperto nel 2024 è ancora pendente ad oggi.

DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA					
ANNO	**POLIZZA (SCADENZA)**	**COMPAGNIA ASSICURATIVA**	**PREMIO**	**FRANCHIGIA**	**BROCHERAGGIO**
2023	Periodo copertura annua 16.06.2023-16.06.2024	Generali Assicurazioni	2201,00	2500,00 per sinistro danni a persona 1000,00 per danni a cose	Non previsto
2024	Periodo copertura annua 16.06.2024-16.06.2025	Generali Assicurazioni	2440,40	2500,00 per sinistro danni a persona 1000,00 per danni a cose	Non previsto
2025-FINO A GIUGNO 2026	Periodo copertura annua 16.06.2025-16.06.2026	Generali Assicurazioni	3.165,00	2500,00 per sinistro danni a persona 1000,00 per sinistro danni a cose	Non previsto

IL RISK MANAGER

DOTT.NAZZARENO TRONCANETTI