



RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI
VERIFICATISI ALL'INTERNO DELLE STRUTTURE SYNERGO S.R.L.,
SULLE CAUSE CHE HANNO PRODOTTO L'EVENTO AVVERSO E SULLE
CONSEGUENTI INIZIATIVE INTRAPRESE
- ANNO 2022 -

Sommario

1. PREMESSA.....	2
1.1 Introduzione generale.....	2
1.2 Emergenza Sanitaria da Covid-19 e relativa gestione	2
2. FONTI INFORMATIVE DISPONIBILI:.....	3
3. CONTENUTI.....	3
3.1 Gestione del rischio clinico in azienda	4
3.1.1 Il contesto della Synergo S.r.l.....	4
3.1.2 La Certificazione ISO 9001:2015	4
3.1.3 La gestione del Rischio Clinico	4
3.2 Eventi sentinella.....	6
3.3 Vigilanza sui dispositivi medici.....	7
3.4 Farmacovigilanza.....	7
3.5 Emovigilanza.....	7
3.6 Sinistri	7
3.7 Reclami/suggerimenti dei cittadini relativi al rischio clinico	7
3.8 Sistemi di monitoraggio dell'applicazione di pratiche per la sicurezza e Raccomandazioni Ministeriali	8

1. PREMESSA

1.1 Introduzione generale

La Legge 24/2017, all'articolo 2 comma 5, prevede che le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie predispongano una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto; è previsto inoltre che detta relazione venga pubblicata nel sito internet della struttura sanitaria.

Come evidenziato nelle linee guida della Conferenza Stato Regioni sulla predisposizione della relazione *"...Le informazioni che derivano da tali fonti sono indirizzate non tanto alla 'quantificazione degli eventi' (cosa questa che pone numerose difficoltà, in base a quanto sopra argomentato, ed espone a impropri confronti tra situazioni e realtà organizzative che presentano condizioni di contesto estremamente differenziati) ma fondamentalmente alla conoscenza dei fenomeni per l'attuazione di azioni di miglioramento. Si predilige pertanto una rappresentazione dei fenomeni di tipo qualitativo mirata alla valutazione del rischio e all'individuazione di eventuali criticità, nell'ottica dei possibili interventi correttivi e del miglioramento finalizzato all'aumento dei livelli di sicurezza. Si fornisce pertanto indicazione di porre particolare attenzione alla presentazione e rendicontazione delle azioni di miglioramento progettate e attuate a seguito dell'analisi dei dati resi disponibili attraverso gli strumenti e le fonti informative, e alla rappresentazione dell'impegno delle organizzazioni per la sicurezza ed il miglioramento"*.

A tal proposito la Synergo S.r.l. ha tenuto conto di fonti informative già esistenti ed usualmente utilizzate nelle proprie strutture sanitarie, di interesse per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio riconducibili a sistemi di segnalazione attiva (alcuni di questi obbligatori) da parte degli operatori sanitari (Incident reporting, farmacovigilanza, dispositivo-vigilanza, emovigilanza, ecc.) ed altri che fanno riferimento a sistemi di segnalazione attiva da parte dei cittadini (ad esempio reclami e sinistri). Inoltre la Synergo S.r.l. ha ritenuto importante anche tenere conto e raccogliere le informazioni relative all'attività svolta nelle aziende per la prevenzione dei rischi ed in particolare quelle realizzate, in coerenza con gli indirizzi forniti da Ministero della Salute ed Agenas, per la applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali e lo sviluppo delle Pratiche per la Sicurezza del paziente. Infine, abbiamo utilizzato anche informazioni derivanti da altre fonti e strumenti di rilevazione, come ad esempio analisi di cartelle cliniche, Audit Clinici, database tematici (es. cadute accidentali), analisi di singoli incidenti, Visite per la Sicurezza, Osservazione diretta, flussi informativi di dati clinici, Banche dati amministrative, ecc.

1.2 Emergenza Sanitaria da Covid-19 e relativa gestione

Durante l'ultimo triennio (2020-2022), sono stati presi una serie di provvedimenti legati alla Pandemia da COVID-19 e pertanto si è deciso di dedicare il presente paragrafo di questa relazione proprio a tale argomento; di fatto l'attività d'identificazione ed analisi del rischio, è stata ulteriormente complicata dalle problematiche legate appunto all'emergenza Covid-19, ma si sono comunque portate avanti le segnalazioni condotte mediante gli strumenti consueti (oltre alla massiccia attività di prevenzione e contenimento della pandemia stessa).

Per la gestione della pandemia all'interno delle strutture Synergo S.r.l., si rimanda pertanto al dettaglio contenuto nei singoli diari di struttura (elenco riassuntivo di tutti gli adempimenti eseguiti in base al requisito normativo, le attività eseguite per ottenere l'adempimento e l'eventuale documento redatto e/o azione eseguita); è bene infine ricordare che **la struttura di Chieti denominata Casa di Cura Privata "Dott. G. Spatocco" è stata adibita a Covid Hospital dal 18 novembre 2020 al 31 maggio 2021 e dal 31 gennaio al 1° aprile 2022**. Si riportano di seguito le macro attività messe in atto.

Le Direzioni Amministrative e le Direzioni Sanitarie delle due strutture hanno collaborato sin da subito per fornire le necessarie risposte atte a fronteggiare l'emergenza COVID-19 a partire dalle prime segnalazioni emerse nel corso dei primi mesi del 2020. Sono state recepite tutte le indicazioni nazionali e regionali relative al contenimento della diffusione dell'infezione. A tal riguardo, in funzione dei periodi e dei livelli di rischio segnalati localmente, sono state sospese le prestazioni non urgenti e sono state interdetto le visite dei parenti

dei pazienti ricoverati (ad esclusione dei casi previsti dalla normativa). Sono state, inoltre, riviste in diverse fasi le modalità di accesso alla struttura sia per i pazienti ambulatoriali che per quelli da ricoverare. La Casa di Cura Pierangeli non è stata destinata al ricovero dei pazienti Covid positivi ma ha fornito il supporto necessario al SSN fornendo posti letto ed assistenza in funzione delle specifiche richieste regionali; invece la Casa di Cura Spatocco è stata adibita a *Covid Hospital* in due fasi temporali diverse, più precisamente dal 18 novembre 2020 al 31 maggio 2021 in una prima fase e successivamente dal 31 gennaio al 1° aprile 2022. Relativamente ai DPI sono stati effettuati gli sforzi maggiori per fornire sempre la massima protezione al proprio personale in linea con le direttive di volta in volta fornite da OMS e Regione Abruzzo. Sono state definite ed applicate procedure atte a inibire l'accesso agli operatori con febbre e/o sintomi respiratori che venivano immediatamente avviati a sorveglianza sanitaria attiva (esecuzione di tampone nasofaringeo), isolamento e ove necessario quarantena. Al fine inoltre di contenere eventuali focolai interni tra il personale della struttura sono stati realizzati screening periodici volontari per tutto il personale.

Gli spazi interni delle strutture sono stati verificati al fine di ridurre i sovraffollamenti tramite interventi strutturali (es. ricorso a pareti temporanee in plexiglas) o semplici attività organizzative (es. segnaletica orizzontale-verticale, presidio continuo agli ingressi di apposito servizio di accoglienza). Definiti ed attuati puntuali protocolli di sanificazione aggiuntiva rispetto a quelli normalmente definiti con modifica dei prodotti utilizzati, metodiche e frequenze. Sono altresì state fornite indicazioni relative alle modalità di accesso in struttura per pazienti, accompagnatori e visitatori. Ai pazienti ricoverati è stata offerta la possibilità di rimanere in contatto con i propri familiari mettendo a disposizione a chi ne facesse richiesta tablet per l'effettuazione di chiamate e videochiamate.

Infine, nel corso del periodo di fine pandemia e fino ai giorni nostri, oltre al rispetto di tutte le prescrizioni vi volta in volta emanate dagli organi preposti, le Direzioni Sanitarie delle due Strutture hanno provveduto a mantenere eventuali prescrizioni di ordine superiore, sulla base di analisi di rischio specifiche e puntuali.

2. FONTI INFORMATIVE DISPONIBILI:

- **Incident reporting:** segnalazione volontaria di incidenti correlati alla sicurezza delle cure (near miss/quasi eventi - eventi senza danno, eventi avversi)
- **Dispositivo-vigilanza**
- **Farmacovigilanza**
- **Emovigilanza**
- **Sinistri**
- **Reclami/suggerimenti dei cittadini relativi al rischio clinico**
- **Sistemi di monitoraggio dell'applicazione di pratiche per la sicurezza e Raccomandazioni Ministeriali (*Monitoraggio della implementazione delle raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella e Call for Good Practices Agenas*).**

3. CONTENUTI

La relazione si sviluppa nei seguenti paragrafi:

- **Gestione del rischio clinico in azienda:** ovvero, come viene gestito il rischio clinico nella nostra organizzazione.
- **Eventi sentinella:** numero/tipologia degli eventi sentinella rilevati nell'anno con i percorsi di audit svolti e le macro azioni correttive poste in essere.
- **Vigilanza sui dispositivi medici:** numero/tipologia di segnalazioni descritte a livello macro e le relative azioni correttive.
- **Farmacovigilanza:** numero/tipologia di segnalazioni descritte a livello macro e le relative azioni correttive.
- **Emovigilanza:** numero/tipologia di segnalazioni descritte a livello macro e le relative azioni correttive.
- **Reclami/suggerimenti dei cittadini relativi al rischio clinico:** numero/tipologia di segnalazioni descritte a livello macro e le relative azioni correttive.

3.1 Gestione del rischio clinico in azienda

3.1.1 Il contesto della Synergo S.r.l.

La Synergo S.r.l. gestisce due cliniche polispecialistiche in Abruzzo, ovvero la *Casa di Cura Privata Pierangeli* di Pescara e la *Casa di Cura Privata Dott. G. Spatocco* di Chieti; entrambe le strutture hanno una tradizione storica consolidata, sono site nel cuore della propria città e - di conseguenza - molto conosciute.

La Synergo S.r.l., tramite le proprie strutture sanitarie, garantisce:

- le risorse necessarie per assicurare un iter diagnostico terapeutico ed assistenziale idoneo a ristabilire lo stato di salute del paziente;
- la sicurezza nell'esercizio della medicina, la massima vigilanza sui degenti ed il rispetto della dignità e della privacy del paziente;
- una corretta e chiara informazione sullo stato di salute dell'utente e sul successivo iter diagnostico-terapeutico;
- le migliori condizioni ambientali, promuovendo il confort alberghiero;
- il rispetto del tempo dell'utente, riducendo al minimo le attese e le formalità per l'accesso ai servizi, nel rispetto dei principi di eguaglianza, imparzialità, continuità, diritto di scelta, partecipazione, efficienza ed efficacia;
- la strutture sono in possesso di tutti i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi richiesti dalla normativa vigente ai fini dell'Autorizzazione sanitaria, rilasciata dai rispettivi Comuni di competenza ai sensi della Legge Regionale n° 32/2007 e s.m.i.

3.1.2 La Certificazione ISO 9001:2015

La Synergo S.r.l. ha ritenuto opportuno sviluppare e mantenere un Sistema Qualità conforme alla norma ISO 9001:2015, certificato da primario istituto accreditato, al fine di garantire ai propri pazienti / utenti prestazioni sanitarie che siano sempre in linea con gli standard qualitativi dichiarati e conformi ai requisiti specifici previsti dalle norme di accreditamento istituzionale regionale in linea con il S.S.N.

La politica scelta dalla Direzione è basata su un approccio definito dalla norma stessa "*Risk-based-thinking*" ossia determinare i fattori che potrebbero rappresentare per i pazienti, gli operatori e le strutture stesse dei rischi; al contempo tale approccio permette di individuare, in fase proattiva, azioni e controlli preventivi per minimizzare gli effetti negativi e massimizzare, laddove individuate, le opportunità.

Con questa premessa, la Synergo si pone nell'ottica di pianificare e gestire un sistema qualità che abbia come punto cardine proprio la gestione del rischio attraverso uno studio di azioni preventive per eliminare potenziali errori e non conformità e contestualmente ottimizzare un sistema strutturato che permetta di analizzare ogni situazione ed evento non conforme per adottare azioni finalizzate a prevenire il ripetersi di quanto accaduto.

Dal 2019 la Synergo S.r.l. ha altresì implementato un Sistema di Gestione per l'Energia, integrandolo con quello già esistente per la gestione della qualità, ottenendone la relativa certificazione in conformità alla norma UNI EN ISO 50.001:2018 da primario istituto accreditato.

3.1.3 La gestione del Rischio Clinico

La Direzione della Synergo S.r.l. ha già da tempo definito ed implementato un sistema di Risk Management (o più specificatamente, di Rischio Clinico), ponendolo tra le priorità aziendali all'interno delle sue strutture sanitarie di Pescara e di Chieti (*Casa di Cura Pierangeli – Casa di Cura Spatocco*).

Il risk management, o gestione del rischio, viene definito come la possibilità di accadimento di un evento avverso che possa comportare perdite o danni per le persone coinvolte e per l'organizzazione.

Il risk management si articola in un sistema di azioni e attività quali:

- la conoscenza e l'analisi dell'errore (sistemi di report, revisione delle cartelle, ecc.),
- l'individuazione e la correzione delle cause di errore (root causes analysis - RCA, analisi di processo, failure mode and effect analysis - FMEA),
- il monitoraggio delle misure messe in atto per la prevenzione dell'errore,
- l'implementazione e il sostegno attivo delle soluzioni proposte.

Tali attività possono essere raggruppate in sei macro fasi, come descritto nella figura seguente:



Processo di gestione del Risk Management

In particolare, il sistema integrato di gestione dei rischi della SYNERGO Srl può essere schematizzato nel modo seguente:

- **analisi preliminare** della documentazione tecnica e delle procedure organizzative (analisi storica eventi incidentali, reclami, infortuni dei dipendenti);
- **risk assessment**: identificazione delle situazioni in grado di generare rischio (sopralluoghi nei vari reparti ed aree, interviste con il personale operativo);
- **definizione delle azioni di miglioramento** dei rischi e delle possibili alternative (valutazioni costi/benefici, analisi dell'impatto dell'azione correttiva sulla struttura, definizione delle priorità di intervento);
- **realizzazione azioni di miglioramento**, definizione di risk management interno (corsi di formazione, revisione dei sistemi di sicurezza, elaborazione piani di emergenza, piani di comunicazione nella crisi, interfacce con il sistema di gestione per la qualità);
- **follow-up**, miglioramento continuo nel tempo (monitoraggio del rischio attraverso audit e visite regolari, adeguatezza del piano degli interventi correttivi).

ARTICOLAZIONI FUNZIONALI DELLA UNITA' DI RISK MANAGEMENT SYNERGO SRL:

- Il Comitato per il Risk Management (RM)
- Il Comitato valutazione sinistri
- Gruppo per l'audit clinico
- La rete dei referenti /facilitatori aziendali per la gestione interna del rischio clinico
- Il Data Base clinico/gestionale aziendale
- Le Direzioni Sanitarie.

OBIETTIVI/FUNZIONI DELLA UNITA' DI RISK MANAGEMENT SYNERGO SRL:

- Coordinare il Comitato per il RM
- Coordinare il comitato aziendale di valutazione dei sinistri
- Introdurre la metodologia dell'audit clinico/gestionale sia in forma retroattiva che proattiva sulle aree a priorità di rischio clinico
- Definire un sistema di monitoraggio di indicatori clinici
- Introdurre un sistema di individuazione, monitoraggio e verifica sulla attività delle aree a più elevato rischio
- Ridurre al minimo la possibilità di incidenti ed eventi dannosi
- Migliorare i rapporti con l'utenza e l'immagine aziendale
- Ove possibile, ridurre il contenzioso legale e contenere i costi assicurativi.

In funzione di quanto sopra indicato, la Synergo S.r.l. – grazie anche alla propria organizzazione generale ed al già citato *Sistema di Gestione per la Qualità ISO 9001:2015*, certificato da noto organismo nazionale accreditato – ha predisposto una serie di strumenti tra i quali:

- Documentazione generale per la gestione del rischio clinico, valida trasversalmente per tutti i reparti/servizi
 - Protocolli clinici della Direzione Sanitaria
 - Procedura Organizzativa PO59 “Risk Management”
 - Istruzione Operativa IO73 “Gestione Rischio Clinico: Incident Reporting”;
- Documentazione specifica per la gestione del rischio clinico, relativa a determinate attività/aree critiche, e riferite a prescrizioni obbligatorie (normativa sanitaria, sicurezza dei lavoratori, igiene ambientale, sicurezza in sala operatoria, ecc.), ad indicazioni e linee guida (Raccomandazioni Ministeriali, Linee Guida nazionali e regionali, ecc.) nonché ad ulteriori prescrizioni interne scaturite dalle nostre analisi di rischio
 - Protocolli clinici delle unità operative (per ciascuna specialità medico/chirurgica e/o servizio diagnostico o di altra natura)
 - Procedure Organizzative per la gestione di documentazione sanitaria (*in primis*, gestione e controllo delle cartelle cliniche) e consenso informato, manutenzioni ed ingegneria clinica, aree a rischio (Radiologia, Laboratorio Analisi) ed aree critiche (Reparti operatori e Terapia intensiva post-operatoria, tramite utilizzo delle check-list ministeriali), controllo infezioni nosocomiali, urgenza/emergenza, sanificazione e sterilizzazione, gestione farmaci e stupefacenti, gestione sangue (e frigo-emoteca aziendale), ecc.
 - Istruzioni Operative per la corretta prassi delle attività infermieristiche, assistenziali, igienico-sanitarie, di emergenza/urgenza, ecc.

A questo si unisce una costante attività di formazione ed aggiornamento che prevede ogni anno almeno due / tre eventi specifici sulle tematiche relative al rischio clinico (***la Synergo, peraltro, è Provider regionale ECM ed organizza Programmi Formativi Aziendali ad hoc per il personale delle proprie strutture sanitarie***).

3.2 Eventi sentinella

Nel corso del 2022 non sono emersi eventi avversi, imputabili come eventi sentinella ai sensi della normativa di riferimento.

Si sono tuttavia verificati 87 eventi così detti “quasi incidenti” (*near miss*), tutti tracciati in funzione della procedura interna di incident reporting, senza alcuna conseguenza o con conseguenze minori, così ripartiti:

N°	Tipologia	Trattamento
66	Cadute accidentali (36 in una struttura e 30 nell'altra)	Trattate come da procedure di riferimento; effettuata sessione formativa specifica in ECM.
16	Errori in terapia farmacologica / Sospette Reazioni al farmaco	Vedasi anche quanto indicato nel successivo paragrafo 3.4 farmacovigilanza
1	Allergia Alimentare (<i>Alimento non consentito intercettato prima della somministrazione</i>)	Sensibilizzazione al personale interessato.
1	Stravasamento MDC in Radiologia	Trattato come da procedure di riferimento (LG interne per gestione stravasamento)
3	Altre tipologie di potenziali eventi avversi catalogate come Non Conformità (<i>errori di identificazione campioni biologici, intercettati prima della processazione</i>)	Trattate come da procedure di riferimento; sensibilizzazione al personale interessato.

Nel Sistema Qualità della Synergo S.r.l. sono inoltre previste specifiche procedure di primo soccorso, indicanti le prescrizioni utili a prestare assistenza a tutti coloro (utenti ambulatoriali, accompagnatori, visitatori, fornitori, ecc.) che all'interno delle strutture dovessero accusare malori improvvisi o altre problematiche sanitarie; a tal proposito nel 2022 sono state effettuati, e registrati, 14 interventi di primo soccorso 3 dei quali hanno richiesto l'invio del paziente in pronto soccorso tramite intervento del 118.

3.3 Vigilanza sui dispositivi medici

Nel Comitato di Rischio Clinico è presente la figura del Responsabile della Vigilanza dei Dispositivi Medici, che gestisce le segnalazioni interne e la eventuale comunicazione con il Ministero (segnalazione sul portale dedicato).

Nel 2022 sono stati gestiti e divulgati ai reparti/servizi di competenza 14 avvisi di sicurezza (comprensivi di eventuali solleciti) emanati da Fornitori/Enti di controllo; non è stato necessario effettuare comunicazioni relative alla vigilanza sui dispositivi medici.

3.4 Farmacovigilanza

Nessuna reazione avversa a farmaco nell'ultimo triennio.

Nel 2022 sono stati segnalati n° 16 incident reporting interni relativi a potenziali errori in terapia farmacologica, tutti riferiti a leggere reazioni alla somministrazione di farmaci anestetici o antibiotici, che hanno comportato solo una brevissima osservazione del paziente senza alcuna conseguenza; sono state altresì compilate ed inviate agli organi preposti le relative schede AIFA di segnalazione della potenziale reazione avversa.

Sono state inoltre verificate le modalità di somministrazione (es. velocità di infusione) e le varie tipologie di principio attivo (es. farmaci generici) fino alla soluzione delle problematiche segnalate; l'azienda adotta infatti specifiche procedure per la corretta gestione del farmaco in tutte le sue fasi, in ottemperanza alle disposizioni normative di riferimento ed alle Raccomandazioni Ministeriali specifiche al riguardo (n° 1, 12, 14 e 17).

3.5 Emovigilanza

Nessuna reazione avversa a trasfusione nell'ultimo triennio.

Nel 2022 non sono stati segnalati eventi relativi ad errori/reazioni durante le trasfusioni e, nel complesso, errori in tutta la filiera di gestione del sangue.

L'azienda adotta a tal proposito specifiche procedure per la corretta gestione del sangue in tutte le sue fasi, in ottemperanza alle disposizioni normative di riferimento ed alla Raccomandazione Ministeriale specifica al riguardo (n° 5 "Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO").

In particolare, l'azienda collabora fattivamente con i due Centri Trasfusionali Ospedalieri competenti per territorio, con uno dei quali ha anche implementato programmi di tracciabilità elettronica dell'intero ciclo del sangue ai sensi della normativa di riferimento (Sistema *Secure Blood*).

3.6 Sinistri

La Synergo S.r.l. gestisce le denunce di sinistro ai sensi di legge, tramite il proprio Comitato di valutazione sinistri composto anche da consulenti legali ed assicurativi. Mantiene a tal fine un proprio data base dei sinistri con il quale controlla adempimenti e scadenze.

Nel 2022, a fronte di oltre 15.500 ricoveri (dati complessivi delle due strutture), sono pervenute 35 denunce di sinistro, complessive per le due strutture; tale numero risulta peraltro comprensivo delle richieste di risarcimento per motivi non medici (cadute nelle pertinenze delle strutture, smarrimento protesi dentarie, ecc.). Nel documento "Quadro quinquennale liquidato risarcimenti", redatto ai sensi dell'articolo 4 comma 3 della Legge 24/2017, sono indicati gli importi liquidati per risarcimento danni nell'ultimo quinquennio nonché i riferimenti di dettaglio del Contratto di Assicurazione in essere (Compagnia di assicurazione, n° polizza, durata).

3.7 Reclami/suggerimenti dei cittadini relativi al rischio clinico

Nel 2022 sono stati segnalati 8 reclami ufficiali da parte degli utenti, dei quali nessuno relativo a problematiche di rischio clinico.

L'azienda adotta a tal proposito specifiche procedure per la gestione dei reclami del cliente e – come già indicato in precedenza – per la gestione del rischio clinico, in ottemperanza alle disposizioni normative di riferimento.

3.8 Sistemi di monitoraggio dell'applicazione di pratiche per la sicurezza e Raccomandazioni Ministeriali

Tramite un Programma di Audit Interni della Qualità, vengono annualmente valutati tutti i processi aziendali con particolare riguardo alle pratiche per la sicurezza ed alle raccomandazioni Ministeriali; in particolare, sono specificatamente verificati i seguenti argomenti:

- Sicurezza in Sala Operatoria, tramite verifica diretta delle pratiche adottate e del rispetto delle procedure interne; quest'ultime sono redatte ai sensi del Manuale della Sicurezza in Sala Operatoria e relative Check-List ministeriali (Check-List per la sicurezza in sala operatoria, conta ferri e tessuti, identificazione paziente-procedura-lato, profilassi varie, ecc.).
- Sicurezza e disponibilità immediata delle immagini, tramite l'adozione del sistema RIS/PACS in Radiologia.
- Prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere, tramite anche l'apporto del Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO) interno a ciascuna struttura, e che collabora con il Comitato di Rischio Clinico.
- Controllo e sorveglianza della legionellosi, tramite sistema interno ed esterno, in ottemperanza alle disposizioni nazionali e regionali.
- Sicurezza negli ambienti di lavoro e gestione/analisi degli infortuni degli operatori sanitari.
- Verifica delle Raccomandazioni Ministeriali applicabili: a tal riguardo è in corso di ulteriore aggiornamento la procedura interna di "Gestione Clinica dei Farmaci" contenente al suo interno le prescrizioni relative alle Racc. Min. n° 01, 07, 12 e 17, per allineamento alle nuove Racc. Min. n° 18 e 19.

La Direzione