

**RELAZIONE ANNUALE EVENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE  
CURE E CONSEGUENTI AZIONI DI MIGLIORAMENTO****SOMMARIO**

Premessa	2
Il contesto organizzativo	3
Attività delle strutture accreditate	4
Assetto organizzativo aziendale per la gestione del rischio clinico	4
Attività di monitoraggio	6
Azioni programmate ed intraprese	7
Fonti informative sulla sicurezza delle cure	10
Flusso informativo/strumento scheda segnalazione eventi	11
Flusso informativo/strumento reclami e suggerimenti utenti	12
Flusso informativo/strumento infortuni/violenza su operatori	13
Formazione sulla sicurezza e per la riduzione degli eventi	14
Applicazione delle raccomandazioni ministeriali, regionali e linee guida	16
Audit - N.C	17
Risarcimenti erogati	18
Azioni per il miglioramento	19
Trasparenza	20

## PREMESSA

La presente relazione redatta in ottemperanza alla legge 8 marzo 2017 n. 24 "*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*", rappresenta il documento consuntivo riguardante gli eventi avversi verificatisi all'interno delle strutture sanitarie accreditate di FONDAZIONE CEIS e CEIS A.R.T.E. e in un'ottica di prevenzione e monitoraggio, la conseguente pianificazione delle azioni di miglioramento individuate, al fine di prevenire il riverificarsi di tali eventi, così come indicato nell'art.2 della sopracitata normativa, in un'ottica di prevenzione e miglioramento continuo del sistema. Vengono in essa riportati inoltre, i dati relativi alle eventuali richieste di risarcimento pervenute nello stesso anno, nell'ambito del contenzioso medico-legale in relazione agli eventi occorsi.

## IL CONTESTO ORGANIZZATIVO

FONDAZIONE CEIS e CEIS A.R.T.E. sono enti aderenti al CONSORZIO GRUPPO CEIS che gestisce trasversalmente alcuni servizi tra i quali l'area tecnico-logistica e la sicurezza, nei quali confluisce tutto il tema del rischio, compreso quello sanitario.

Fondazione CEIS e CEIS A.R.T.E. sono realtà che operano nel campo del disagio con attività di prevenzione, cura e riabilitazione in ambito socio-sanitario e gestiscono, tra le altre, **n. 11** strutture accreditate dal servizio sanitario della Regione Emilia-Romagna, sui territori di Parma, Modena e Bologna per un numero complessivo di **n. 232** posti letto in forma residenziale e **n. 40** posti in regime semi-residenziale per la cura e riabilitazione delle problematiche di dipendenze patologiche e psichiatriche.

All'interno di queste strutture vengono realizzate attività di cura e riabilitazione in una visione di integrazione con i servizi del S.S.N., salvaguardando la propria identità originaria e proponendo

un approccio metodologico in continuità con la propria storia di appartenenza che è in continua evoluzione.

Le strutture accreditate sono pienamente inserite nel contesto sanitario regionale e locale come evidenziato dagli accordi di fornitura, dalle convenzioni e dai PDTA in essere, per il conseguimento degli obiettivi congiunti.

### **VALORI E FINALITA'**

Il *Consorzio Gruppo CEIS* ed i suoi enti accreditati, agiscono ispirandosi ai principi della mutualità, della solidarietà sociale e del rispetto della persona, che sono alla base della cooperazione. Il Consorzio opera senza fine di lucro, con strumenti imprenditoriali, per l'interesse generale della comunità, alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini ed incrementa le capacità di rispondere ai bisogni dei territori promuovendo processi di inclusione sociale, di creazione di capitale sociale e di distribuzione più equa delle opportunità.

I principi costitutivi di riferimento sono:

- la ricerca e la promozione di innovazione imprenditoriale e organizzativa;
- l'integrazione delle risorse umane, economiche e di know how dei soci per meglio rispondere ai bisogni dei territori e agli interessi della collettività;
- la creazione e il consolidamento dei legami fiduciari e del capitale sociale sia tra i soci che nella collettività;
- la gestione dei processi di qualità.

### **MISSION**

Il campo di intervento è quello della malattia e del disagio con la finalità di prendersi cura della persona nel suo complesso, contribuendo alla diffusione di una cultura dell'accoglienza, oltre che quello della formazione e della prevenzione.

La Mission sociale e sanitaria, nasce a partire dall'ascolto e dalla condivisione dei bisogni, ricercando specifiche risposte

appropriate, mediante la differenziazione dei progetti riabilitativi ed assistenziali e agita nei diversi settori di intervento.

## **VISION**

Lo scopo principale è quello di realizzare progetti perseguendo l'interesse generale della collettività, senza fini di speculazione privata e promuovendo iniziative, attività e servizi educativi di utilità sociale attraverso le seguenti azioni:

- progettare ed erogare trattamenti terapeutico-riabilitativi, socio-assistenziali, sanitari ed educativi nei confronti dei soggetti in situazione di disagio o emarginazione
- assicurare e favorire l'attività di ricerca e di formazione con particolare riferimento ad argomenti con potenziali significative ricadute sull'attività terapeutico-riabilitativa, socio-assistenziale ed educativa
- concorrere ad interventi di politica sociale nel contesto locale, e, a secondo delle opportunità in quello nazionale e internazionale miranti al miglioramento della qualità della vita della popolazione

In questo modo si concorre al mantenimento e al miglioramento dello stato di salute di parte della popolazione e allo sviluppo delle conoscenze nei campi terapeutico-riabilitativi, socio-assistenziali ed educativi di interesse degli Enti stessi.

## **OBIETTIVI GENERALI**

I criteri gestionali utilizzati dagli Enti accreditati Fondazione CEIS e CEIS A.R.T.E. sono finalizzati a perseguire tra gli altri i seguenti obiettivi:

1. costruire le condizioni per lo sviluppo di una di una rete di collaborazione e scambio con Enti e organizzazioni anche attraverso l'adesione a progetti scientifici e/o di ricerca mediante l'affiliazione ad associazioni con finalità analoghe a quelle del CEIS.

2. promuovere pratiche terapeutico-riabilitative, socio-assistenziali ed educative basate su criteri di appropriatezza e di efficacia, dimostrate da evidenze scientifiche o sostenute dal confronto con altre esperienze analoghe;

3. promuovere un continuo riesame globale del processo di funzionamento dell'Organizzazione nel suo complesso al fine di migliorare il funzionamento del sistema organizzativo in modo da poter soddisfare i bisogni degli utenti e supportare le esigenze funzionali e umane degli operatori e dei volontari; incrementando il pieno coinvolgimento degli attori presenti nel sistema dei servizi che porti all'attivazione di azioni correttive e di miglioramento.

**Capacità ricettiva strutture accreditate**

<b>STRUTTURE</b>	<b>POSTI RESIDENZIALI</b>	<b>POSTI SEMI-RESIDENZIALI</b>
Comunità terapeutico riabilitativa <b>Casa San Matteo</b>	40	-
Comunità terapeutico riabilitativa <b>Casa San Martino</b>	15	20
Comunità terapeutico riabilitativa <b>La Torre</b>	40	-
Comunità terapeutico riabilitativa Madre-bambino <b>Casa Mimosa</b>	24	-
Centro di Osservazione e diagnosi <b>P. Colfi</b>	14	-
Comunità Terapeutico Riabilitativa <b>l'Airone</b>	36	2
Comunità Pedagogico riabilitativa <b>Giro di Boa</b>	14	-
Residenza psichiatrica trattamenti riabilitativi bio-psico-sociali <b>La Barca</b>	20	-
Residenza per trattamenti riabilitativi bio-psico-sociali per <b>DCA In Volo</b>	14	10
Comunità Terapeutico Riabilitativa semi-residenziale <b>GEN-Z</b>	-	8
Comunità terapeutica femminile per persone dipendenti da sostanze d'abuso affette da patologie psichiatriche <b>Artemisia</b>	15	-
<b>Totali</b>	<b>232</b>	<b>40</b>

**ATTIVITA' DELLE STRUTTURE ACCREDITATE**

Di seguito sono riportati i dati degli inserimenti effettuati nel corso dell'anno 2024 ed il totale delle persone prese in cura:

**Inserimenti in struttura e persone totali trattate nell'anno 2024**

<b>STRUTTURE</b>	<b>INGRESSI</b>	<b>PRESE IN CURA TOTALI</b>
Centro di osservazione e diagnosi P. Colfi	54	69
Comunità pedagogica riabilitativa Giro di Boa	13	35
Comunità terapeutica riabilitativa La Torre	26	63
Comunità terapeutica riabilitativa Casa Mimosa	8	19
Residenza trattamenti riabilitativi La Barca	12	31
Comunità terapeutica riabilitativa L' Airone	52	87
Comunità terapeutica riabilitativa Casa San Matteo	85	114
Comunità terapeutica riabilitativa Casa San Martino	8	23
Residenza trattamenti riabilitativi In Volo	20	45
Comunità terapeutico riabilitativa semi-residenziale GEN-Z	-	77
Comunità terapeutica femminile per persone dipendenti da sostanze d'abuso affette da patologie psichiatriche - Artemisia	18	18
<b>Inserimenti complessivi</b>	<b>370</b>	<b>581</b>

**ASSETTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO  
SANITARIO - SICUREZZA DELLE CURE**

La gestione della sicurezza e del rischio clinico all'interno delle strutture residenziali terapeutico riabilitative per le dipendenze patologiche e residenze psichiatriche è da considerarsi aspetto di particolare complessità dovuto ai diversi livelli di gestione all'interno dell'Organizzazione, alla multi-problematicità dell'utenza, all'integrazione coi servizi e agli aspetti strutturali. Ciò presuppone un approccio sempre più integrato tra le varie figure e i servizi coinvolti e finalizzato a sviluppare un contesto di cura e riabilitazione che fornisca livelli terapeutici di qualità, in cui tutte le figure professionali sono responsabili dell'assistenza, della cura e del conseguente miglioramento. Ciò induce ad un costante monitoraggio delle attività erogate all'interno di una più ampia e complessa organizzazione del sistema che deve tenere conto dei bisogni del paziente, della programmazione e degli accordi con i servizi inviati, delle responsabilità, delle risorse disponibili e della clinical competence.

Il governo del rischio clinico infatti rappresenta l'insieme dei processi organizzativi attuati per migliorare e garantire la sicurezza delle cure, assicurando la qualità delle prestazioni cliniche mediante la prevenzione di errori umani attraverso la definizione di procedure, di cambiamenti organizzativi, di una adeguata formazione del personale e della predisposizione di ambienti funzionali e sicuri.

In relazione a quanto premesso, FONDAZIONE CEIS e CEIS A.R.T.E. per la gestione delle proprie attività, coerentemente con la propria Mission e Vision, per il conseguimento degli obiettivi stabiliti annualmente, hanno definito l'assetto organizzativo aziendale che assegna responsabilità e funzioni all'interno del sistema stesso. In particolare, per quanto attiene alla sicurezza e la gestione del rischio sanitario, in capo a Consorzio Gruppo CEIS, sono definite le funzioni aziendali per il monitoraggio dei dati provenienti dai

flussi informativi interni. È stato per questo istituito il Gruppo "Gestione sicurezza e rischio clinico" che il compito di:

- Raccogliere ed analizzare i dati relativi agli eventi avversi e agli esiti sulle verifiche/audit effettuati (schede di segnalazione eventi, infortuni operatori, reclami, segnalazioni ecc.)
- Rendicontare annualmente le azioni svolte mediante il presente documento: "Relazione annuale eventi relativi alla sicurezza delle cure e conseguenti azioni di miglioramento "
- Proporre percorsi di formazione per l'accrescimento delle capacità degli operatori nell'uso delle tecniche per la individuazione dei rischi e la prevenzione degli eventi avversi.

#### ATTIVITA' DI MONITORAGGIO

Il sistema di monitoraggio per la gestione del rischio clinico prevede l'analisi dei dati riguardanti:

- Monitoraggio e verifica degli aspetti di sicurezza strutturali
- Valutazione delle criticità mediante i report annuali di servizio
- Adozione dei progetti regionali di gestione della cartella clinica
- Diffusione e condivisione delle principali linee guida e confronto sulle buone pratiche indicate dalla letteratura scientifica o dal bench-marking
- Pianificazione attività formative specifiche:
  - Formazione obbligatoria 81/08 (rischio biologico, anti-incendio, pronto soccorso)
  - Formazione sulla sicurezza delle cure e gestione del rischio sanitario
  - Formazione sulla corretta tenuta della documentazione clinica, gestione dei conflitti, eventi avversi

- Audit clinici e SEA
- Analisi complessiva delle non conformità e delle schede di segnalazione eventi e reclami.

**AZIONI PROGRAMMATE E INTRAPRESE**

Di seguito viene riportato il consuntivo riguardante la programmazione delle attività pianificate per il 2024:

<b>Obiettivo n.1:</b>	<b>Incrementare la segnalazione spontanea degli eventi e della scheda per lo svolgimento dell'audit SEA</b>
<b>Azioni programmate</b>	Illustrazione della scheda e delle modalità di invio alle equipe delle strutture (almeno n. 8/10)
<b>Azioni realizzate</b>	In data 04.10.24 si è svolto un incontro rivolto agli operatori delle strutture accreditate in occasione della settimana per la sicurezza delle cure a cui hanno partecipato n. 19 operatori (si veda verbale e foglio firm).

<b>Obiettivo n.2:</b>	<b>Sviluppo delle conoscenze e competenze per l'adozione di comportamenti idonei alla gestione delle situazioni di rischio</b>
<b>Azioni programmate</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pianificazione e realizzazione di formazione obbligatoria di base e specifica secondo la pianificazione del PAF 2023-24;</li> <li>- Partecipazione ad un evento formativo in FAD per la prevenzione e gestione degli eventi</li> </ul>

	overdose come da obiettivi della Commissione regionale farmaci.
<b>Azioni realizzate</b>	<p>-10.1.24 Partecipazione dei direttori sanitari alla formazione regionale <i>Ruolo, competenze e responsabilità del direttore sanitario nelle strutture accreditate della salute mentale e dipendenze patologiche;</i></p> <p>- 19.2.24 Organizzazione Corso <i>rischio clinico liv. Base;</i></p> <p>- 22.2.24 Partecipazione alla Formazione AUSL Modena per i Referenti Qualità e accreditamento: <i>Sicurezza delle persone assistite e degli operatori;</i></p> <p>-18.9.24 Organizzazione e partecipazione alla Formazione congiunta con AUSL Modena per la gestione dell'aggressività: <i>Non ho più voglia di fare la guerra.</i></p>

<b>Obiettivo n.3:</b>	<b>Favorire la corretta applicazione della procedura per la gestione dell'auto-somministrazione farmaci e il contenimento degli errori</b>
<b>Azioni programmate</b>	Prosecuzione degli incontri info-formativi per le strutture, condotti dalle componenti del gruppo infermieristico
<b>Azioni realizzate</b>	N. 7 incontri formativi sul tema in oggetto per gli operatori delle strutture: 29.2.24 La Torre; 6.3.24 COD Colfi;13.3.24 Giro di Boa; 27.3.24 Casa Mimosa; 15.4.24 Casa San Matteo; 17.4.24 Casa San Martino; 18.9.24 Artemisia.

<b>Obiettivo n.4:</b>	<b>Individuazione dei rischi specifici per tipologia di struttura</b>
<b>Azioni programmate</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Completamento dell'analisi, da parte delle equipe di struttura, dei rischi specifici in base a tipologia di utenza relativamente all'iter trattamentale, mediante la compilazione del modulo <i>Scheda per l'analisi dei rischi specifici di struttura</i> allegato alla procedura <i>P2 GEN Gestione del rischio clinico</i>;</li> <li>-Condivisione delle prassi individuate/revisionate dalla direzione sanitaria con tutti i professionisti sanitari delle equipe.</li> </ul>
<b>Azioni realizzate</b>	Avvio analisi dei rischi specifici struttura Artemisia.

<b>Obiettivo n.5:</b>	<b>Implementazione procedure sanitarie e relativa formazione</b>
<b>Azioni programmate</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Redazione Istruzione operativa <i>Trasporto materiale biologico</i>;</li> <li>-Formazione per le infermiere sulla corretta esecuzione degli ECG;</li> <li>- Revisione e aggiornamento della procedura gestione farmaci (gruppo di miglioramento).</li> </ul>
<b>Azioni realizzate</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Effettuato in data 10.10.24 il corso interno per le infermiere su: <i>Esecuzione ECG e principali segnali di allarme</i>;</li> <li>- Redatta Istruzione operativa <i>Gestione chiavi porte e finestre</i> per le strutture Giro di Boa e Artemisia.</li> </ul>

<b>Obiettivo n.6:</b>	<b>Implementare i sistemi di sicurezza per l'accesso alle strutture</b>
<b>Azioni programmate</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Casa San Matteo: installazione di nuovo cancello Carraio e Pedonale unitamente all'impianto di videosorveglianza dell'area esterna;</li> <li>- Comunità L'Airone: avvio dei lavori di riorganizzazione degli spazi necessari per la gestione separata di minori e adulti con costruzione di una scala antincendio maggiormente fruibile;</li> <li>- Comunità Giro di Boa: installazione di nuovo impianto di rilevazione incendi e impianto di videosorveglianza;</li> <li>- Comunità La Torre: installazione di nuovo impianto di rilevazione incendio in sostituzione di quello attuale non più a norma;</li> <li>- Residenza La Barca: installazione di nuovo impianto di rilevazione incendio in sostituzione di quello attuale non più a norma.</li> <li>- GEN Z: messa in sicurezza dell'area esterna del parco storico tramite potatura piante e manutenzione ordinaria</li> </ul>
<b>Azioni realizzate</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avviati ed in corso i lavori di riorganizzazione degli spazi necessari per la gestione separata di minori e adulti con costruzione di una scala antincendio maggiormente fruibile presso Comunità L'Airone;</li> </ul>

- Installazione di impianto di rilevazione incendi e impianto di videosorveglianza Comunità Giro di Boa;
- Installazione di nuovo impianto di rilevazione incendio Comunità La Torre;
- Installazione di nuovo impianto di rilevazione incendio Residenza La Barca;
- Messa in sicurezza dell'area esterna del parco GEN Z (potatura piante e manutenzione).

#### FONTI INFORMATIVE SULLA SICUREZZA DELLE CURE

Di seguito vengono riportati le fonti informative utilizzate e gli strumenti per il monitoraggio della sicurezza delle cure ed i conseguenti interventi già adottati o che si intendono avviare per la prevenzione e riduzione degli eventi avversi.

#### FLUSSO INFORMATIVO: SCHEDA DI SEGNALAZIONE EVENTI

##### DESCRIZIONE DELLO STRUMENTO

Mediante la scheda di "segnalazione eventi" si raccolgono le segnalazioni effettuate in modalità anonima degli eventi e quasi eventi occorsi, in modo da poter effettuare l'analisi sugli accadimenti al fine di intraprendere azioni correttive di miglioramento preventive.

##### ANALISI DEI DATI E DELLE CRITICITA'

Nel corso dell'anno sono state compilate ed inviate all'ufficio competente n. 47 (25 anno precedente) schede, provenienti da n. 8 strutture (8 anno precedente): raccolte in un unico registro

informatizzato. Di seguito si riportano gli eventi maggiormente rilevanti:

Tipologia di evento	n. casi
Comportamento aggressivo/violenza su ospite/operatore e struttura	12
Atti autolesionistici	3
Morte, coma, grave danno	2
Terapia farmacologica	8
Cadute	3
Suicidio-tentativi di suicidio	2
Overdose	0
Allontanamenti da struttura con altre complicanze agiti aggressivi atti di autolesionismo ecc.	5
Altro (rischio soffocamento neonata)	1

#### VALUTAZIONE DEI RISULTATI

Il flusso dei dati provenienti dalle strutture circa la segnalazione degli eventi ha registrato un ulteriore incremento rispetto all'anno precedente, attribuibile ad una aumentata sensibilità e conoscenza da parte degli operatori dello strumento di segnalazione.

Dai dati si rileva che i comportamenti aggressivi degli utenti sono un fenomeno in aumento, vista la tipologia dell'utenza sempre più complessa e portatrice di pluripatologie e gravità delle condizioni sanitarie in ingresso (craving, effetti collaterali dell'abuso di sostanze ecc.). Sulla base delle segnalazioni si sono effettuati avviato approfondimenti e riflessioni mediante audit SEA e discussioni in equipe, circa le azioni di prevenzione e contenimento da adottare.

**FLUSSO INFORMATIVO/STRUMENTO: RECLAMI-SUGGERIMENTI UTENTI****DESCRIZIONE DELLO STRUMENTO**

Al fine di prevenire i disservizi, coinvolgere gli utenti nel percorso riabilitativo e migliorare la qualità delle cure sono previsti strumenti volti all'ascolto dei suggerimenti dei pazienti, dei loro famigliari e dei servizi invianti, di seguito indicati:

- modulo per reclami
- questionario soddisfazione pazienti
- questionario soddisfazione clienti (servizi).

In essi i soggetti fruitori del servizio di cura possono indicare il loro livello di gradimento, eventuali osservazioni, criticità e disservizi.

Il modulo reclami è disponibile in ogni struttura per la sua compilazione anche in forma anonima e raccolto in apposite cassetine esposte in ogni struttura.

I questionari di gradimento vengono raccolti annualmente per l'analisi delle informazioni e le conseguenti valutazioni.

**ANALISI DEI DATI E DELLE CRITICITA'**

<b>Reclami/suggerimenti</b>	N. 1 da ospiti di una struttura con presenza di bimbi, relativa alla richiesta di intervento per la protezione degli spigoli dei termosifoni.
<b>Questionario soddisfazione utenti</b>	Tutte le strutture hanno effettuato la rilevazione di gradimento i cui esiti sono indicati nelle relazioni annuali di andamento attività. Tutti gli items hanno valori medio/alti.

<b>Questionario soddisfazione clienti</b>	I questionari sono stati inviati ai servizi i cui esiti risultano essere positivi. Chiedere Irene
---	---

### VALUTAZIONE DEI RISULTATI

Dalle indagini di soddisfazione effettuate con periodicità emerge una generale livello di soddisfazione da parte degli utenti per il servizio di cui hanno usufruito. Il miglioramento tecnologico apportato per la compilazione online dei questionari clienti ha prodotto una maggiore risposta da parte dei servizi con un aumentato numero di questionari compilati.

### FLUSSO INFORMATIVO/STRUMENTO: INFORTUNI/VIOLENZA SU OPERATORI

### DESCRIZIONE DELLO STRUMENTO

E' stato istituito dall'ufficio amministrativo un registro per la raccolta degli infortuni. Di seguito si riportano i dati raccolti:

### ANALISI DEL RISCHIO E CRITICITA'

Infortuni	
N. casi	3
N. giorni di assenza	42
Tipologia evento	
Cadute	0
Aggressioni pz (< 10 g)	0
Incidente tragitto lavoro	1
Contusioni/schiacciamenti/fratture/ferite	2
Contaminazioni	0

**RAFFRONTO ANNI PRECEDENTI**

<b>EVENTI</b>	2020	2021	2022	2023	2024
<b>Cadute</b>	0	1	1	1	0
<b>Aggressioni pz</b>	0	1	0	0	0
<b>Incidente tragitto lavoro</b>	2	0	2	0	1
<b>Contusioni/schiacciamenti/f ratture/ferite</b>	1	2	0	1	2
<b>Contaminazioni</b>	0	2	0	0	0

**VALUTAZIONE DEI RISULTATI**

Dai dati rilevati dal **Registro Infortuni** si evince che il numero degli infortuni avvenuti è diminuito rispetto all'anno precedente così come i giorni di assenza che da **n.94** scendono a **n. 42**.

Le azioni realizzate nell'ambito della sicurezza sul luogo di lavoro, hanno consentito di contenere il fenomeno degli infortuni e dei fattori che possono influire sulla sicurezza per gli operatori; proseguono le azioni finalizzate ad assicurare adeguati percorsi formativi e di coinvolgimento dei lavoratori per garantire l'applicazione delle corrette prassi operative al fine di evitare eventi indesiderati che mettono in pericolo la salute dei lavoratori stessi.

**FORMAZIONE SULLA SICUREZZA E PER LA RIDUZIONE DEGLI EVENTI**

I dati di seguito riportati si riferiscono al quadro complessivo della formazione obbligatoria in tema di sicurezza erogata al personale di CEIS A.R.T.E. e FONDAZIONE CEIS che include anche quello delle strutture accreditate.

Ambito di competenza	Evento formativo	N. incontri	N. Personale formato	Tot. ore erogate
<b>FORMAZIONE OBBLIGATORIA</b>	Antincendio rischio medio	1	30	8
	Corso pronto soccorso	3	77	46
	Formazione base	2	21	(4 h a corso) TOT. 8
	Formazione specifica AGGIORNAMENTO	1	36	(6 h a corso) TOT. 12
	Formazione specifica rischio basso	2	26	(4 h a corso) TOT.8
	Formazione specifica rischio alto	2	26	8 h a corso TOT. 16
	Formazione Preposti	2	47	08 H A CORSO TOTALE 16
	Formazione alimentaristi	8	226 (n.91 op. n.135 ut.)	3 h a corso TOT. 24
<b>RISCHIO CLINICO</b>	Corso base	-	-	-
	Corso 2° livello	1	26	8
	Formazione congiunta AUSL MO	2	14	8
	La responsabilità degli operatori in Comunità: indicazioni operative	1	20	4
<b>CORSO BLSD</b>			-	
<b>Corso disostruzione pediatrica</b>		01	10	2 ore

**AUDIT - NON CONFORMITA'**

La tabella riporta il consuntivo degli audit svolti e delle non conformità segnalate dalle strutture.

<b>Audit clinici appropriatezza ed esito</b>	N.3	Analisi degli esiti dei percorsi attivati nelle strutture residenziali delle dipendenze patologiche della Provincia di Modena (COD Colfi, Casa Mimosa, La Torre, Artemisia, Giro di Boa); Analisi dell'efficacia delle prescrizioni farmacologiche (In Volo); Analisi del processo di gestione dei farmaci (In Volo).
<b>Audit abbandoni</b>	N.11 strutture hanno un sistema strutturato	Analisi annuale complessiva svolta dalle strutture sulle interruzioni di percorso.
<b>Significant Event Audit (SEA)</b>	N.7	Analisi specifica svolta sugli eventi significativi avvenuti.
<b>Non conformità</b>	Presenza di un sistema di monitoraggio	Le non conformità vengono segnalate dalle strutture all'interno dell'apposita sezione nel programma GOU, di cui si ha evidenza delle registrazioni per ogni struttura.

**APPLICAZIONE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI, REGIONALI E LINEE GUIDA**

L'Organizzazione, per l'adeguamento delle sue procedure che sono in costante aggiornamento ed evoluzione, tiene conto delle raccomandazioni ministeriali e regionali nonché delle principali linee guida, al fine di adottare comportamenti congrui nelle prassi operative quotidiane.

Di seguito si riporta una sintesi delle raccomandazioni di pertinenza alla tipologia di utenza trattata e del livello di applicazione.

<b>N.</b>	<b>Raccomandazioni ministeriali</b>	<b>Livello di applicazione</b>
4	Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	Assenza procedura specifica
7	Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	Procedura formalizzata
8	Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	Procedura formalizzata
9	Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici-apparecchi elettromedicali	Non applicabile
12	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci LASA „Look-alike/sound-alike“	Procedura formalizzata
13	Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	Assenza procedura specifica
17	Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica	Procedura formalizzata
18	Raccomandazione per l'utilizzo di abbreviazioni nella gestione dei farmaci	Procedura formalizzata
	<b>Raccomandazioni regionali</b>	
	Linee di indirizzo per la gestione clinica dei farmaci	Procedura formalizzata
	Linee di indirizzo regionale sulle cadute in ospedale	Assenza procedura specifica
	Raccomandazione regionale per la sicurezza nella terapia farmacologica:	Procedura formalizzata

	processo di ricognizione e di riconciliazione farmacologica per una prescrizione corretta e sicura	
	Raccomandazione regionale per la prevenzione dei suicidi in ospedale	Assenza procedura specifica
	Raccomandazione regionale per la prevenzione della violenza a danno degli operatori sanitari	Procedura formalizzata
	Linee di indirizzo su prevenzione e gestione dell'allontanamento del paziente preso in carico da strutture sanitarie	Modalità operative non formalizzate in procedura specifica

### RISARCIMENTI DANNI EROGATI

Ai sensi dell'art. 10 comma 4 legge 24/2017, Consorzio Gruppo CEIS ha stipulato in nome e per conto delle consorziate FONDAZIONE CEIS e CEIS A.R.T.E. regolare contratto assicurativo per l'anno 2023.

#### DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

ANNO 2024	POLIZZA 2024/03/2585637	COMPAGNIA ASSICURATIVA Reale Mutua
-----------	-------------------------	---------------------------------------

#### CONTENZIOSO E RISARCIMENTO DANNI

Anno	Risarcimento danni erogati
2024	Euro 0
2023	euro 0
2022	euro 0
2021	euro 0
2020	euro 0

**N. POLIZZA GARANZIE PRESTATE/MASSIMALI ASSICURATI**

<b>RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI</b>	<b>MASSIMALE ASSICURATO</b>
PER SINISTRO	5.000.000,00
PER PERSONA	5.000.000,00
PER DANNI E COSE	5.000.000,00
<b>RESPONSABILITA' CIVILE VERSO I PRESTATORI DI LAVORO</b>	<b>MASSIMALE ASSICURATO</b>
PER SINISTRO	3.000.000,00
PER PERSONA	2.000.000,00

**AZIONI PER IL MIGLIORAMENTO ANNO 2025**

Gli incontri con la Direzione rappresentano la sede decisionale per la pianificazione della programmazione delle azioni preventive/correttive e di miglioramento sulla base dell'analisi dei dati ricavati dalla rendicontazione annuale.

Di seguito sono indicati gli obiettivi per l'anno 2025:

<b>Obiettivo</b>	<b>Azioni</b>
Promuove lo sviluppo di strumenti che favoriscano l'appropriatezza nella pratica professionale.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisione ed implementazione istruzioni operative per la valutazione degli inserimenti, i passaggi di struttura e la continuità terapeutica per le strutture dell'area dipendenze patologiche;</li> <li>- Redazione delle I.O.: <i>Valutazione dell'appropriatezza inserimenti; Gestione degli allontanamenti da struttura per la Comunità Artemisia;</i></li> <li>- Programmazione incontri specifici con i medici delle strutture per la condivisione ed il confronto sulle buone prassi.</li> </ul>

<p>Sviluppo delle conoscenze e competenze per l'adozione di comportamenti idonei alla gestione delle situazioni di rischio attraverso specifici eventi/progetti formativi sul tema per tutto il personale operante nelle strutture.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programmazione evento formativo interno in occasione della giornata/settimana sicurezza delle cure;</li> <li>- Partecipazione alla Formazione AUSL di Modena su <i>Promozione salute rischi organici fumo e nutrizione</i>;</li> <li>- Partecipazione all' evento formativo in FAD per la <i>Prevenzione e gestione degli eventi overdose</i>;</li> <li>- Partecipazione al webinar per la formazione regionale: <i>Medicina di genere</i>.</li> </ul>
<p>Favorire la corretta applicazione della procedura per la gestione dell'auto-somministrazione farmaci e il contenimento degli errori.</p>	<p style="color: red;">Chiedere Roberta</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisione e aggiornamento della procedura per la gestione dei farmaci;</li> <li>- Progettazione modulo formativo interno all'intero percorso sulla gestione del rischio sanitario (PAF).</li> </ul>
<p>Implementazione procedure igienico-sanitarie e relativa formazione</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Completamento della redazione Istruzione operativo trasporto materiale biologico;</li> <li>- Revisione procedura <i>Accesso visitatori/ tecnici in struttura</i> per il contenimento del rischio infezioni.</li> </ul>
<p>Implementazione di misure volte al controllo delle infezioni correlate all'assistenza.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Organizzazione incontri info-formativi per operatori e utenti in collaborazione con l'Ufficio di Igiene pubblica (rischio biologico, malattie sessualmente trasmissibili ecc.);</li> <li>- Implementazione sopralluoghi Uf. Tecnico</li> </ul>

	nelle strutture per le verifiche delle condizioni igienico-sanitarie e per la gestione degli automezzi: norme d'uso.
Sviluppo dell'adozione di strumenti proattivi per l'identificazione e analisi dei rischi specifici per tipologia di struttura	-Somministrazione al personale del <i>Questionario per la segnalazione di possibili rischi in struttura.</i>
Gestione delle emergenze ambientali	-Implementazione verifiche periodiche Ufficio tecnico e sicurezza in tutte le strutture.
Gestione emergenza urgenza	Implementazione dotazione defibrillatori.

### TRASPARENZA

Al fine di favorire la trasparenza dei percorsi di miglioramento, e promuovere la cultura della sicurezza all'interno dell'organizzazione la presente relazione è pubblicata sul sito aziendale sezione Documenti.

---

*La relazione annuale 2024 è stata curata dal Gruppo sicurezza e gestione del rischio sanitario del Consorzio Gruppo CEIS.*