

AGENZIA REGIONALE SOCIO SANITARIA del VENETO
(L.R. n. 32, 29 novembre 2001)



La gestione del rischio clinico: iniziative dell' ARSS della Regione del Veneto

Dr. F. Antonio Compostella

Agenzia Regionale Socio Sanitaria



Legge Regionale Veneto n 32 del 29.11.2001

Istituisce l'ARSS come ente strumentale della Regione con compiti di supporto tecnico in materia di sanità e servizi sociali

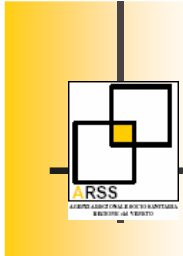
Compiti della ARSS

art.2 legge regionale 29.11.2001, n. 32



- Accreditamento delle strutture socio sanitarie
- Elaborazione, individuazione e definizione di strumenti volti a verificare la qualità dei servizi e delle prestazioni socio sanitarie
- Controllo della **qualità** dei servizi e delle prestazioni

PERCHE' MIGLIORARE LA QUALITA'



*UN SISTEMA/SERVIZIO SANITARIO ORIENTATO ALLA QUALITA'
DA' AI PAZIENTI CIO' CHE VOGLIONO E DI CUI HANNO
BISOGNO AI COSTI PIU' BASSI*

OVRETVEIT, 1992

- **La cultura della Q è il nuovo paradigma della Medicina.**
- **La Regione, nell'ambito delle sue strategie politiche di MCQ, mette in atto una serie di azioni per la promozione della Q del sistema sanitario:**

Accreditamento istituzionale, quale sistema per garantire sicurezza e Q e gestire il rapporto tra Pubblico e Privato nel mercato dell'offerta e dell'erogazione delle prestazioni sanitarie (LEA).

*Applicazione dei LEA e la promozione del **Governo clinico**, quale strumento per **ricercare efficienza e efficacia** a livello del trattamento di diagnosi e cura del singolo utente.*



GOVERNO CLINICO

Messa in atto di una serie di approcci per ridurre la variabilità delle prestazioni (attraverso: formazione, percorsi assistenziali, audit clinico, risk management/sicurezza) e degli esiti (efficacia clinica), diffondere le pratiche costo-efficaci (appropriatezza) senza compromettere la qualità dell'assistenza (sostenibilità del sistema).



SICUREZZA

Il concetto di risk management e di sicurezza si inquadrano, dunque, nell'ambito più ampio e generale della

clinical governance.

La **sicurezza** è requisito indispensabile della
Qualità dell'assistenza sanitaria

Health care quality begins with patient safety

(Kizer, 2000)

Il sistema dell'assistenza sanitaria
è un sistema ad alta complessità
gravato da rischi:



- Insiti nelle procedure
- Legati a fattori quali:
 - invecchiamento della popolazione
 - aumento richiesta e complessità delle cure
 - relativa limitatezza delle risorse disponibili
 - processi di riorganizzazione del sistema

Scenario attuale



- **Incremento** delle **aspettative** e maggiore **consapevolezza** dei propri diritti da parte degli utenti
- Crescente “**obbligatorietà di risultati**” in capo al personale sanitario e quindi alla struttura
- Atteggiamento della **Magistratura favorevole all’utente** percepito come parte debole del rapporto
- **Aumento** delle **denunce** di malpractice
- **Aumento** dei **costi** assicurativi
- **Mancanza di dati** regionali

APPROCCIO alla SICUREZZA del PAZIENTE



- Le cure non possono essere di alta qualità se non sono sicure
- La sicurezza del paziente è una priorità
- Gli standard per la sicurezza del paziente sono considerati rilevanti
- Prima strutturali (personale, attrezzature, spazi,)
- ora focalizzati sul processo e sul risultato
(processi per la somministrazione di farmaci, per una documentazione chiara,..)

Strategie per migliorare la sicurezza

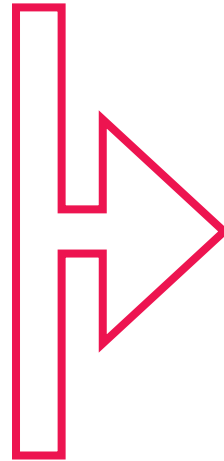


- creare una cultura che favorisca l'identificazione e la segnalazione di atti non sicuri
- Sistemi efficaci di misurazione degli eventi avversi
- Strumenti per sviluppare o modificare strutture e processi per ridurre la probabilità di errori umani

Priorità individuata



Gestione del
rischio clinico
nelle Aziende
socio sanitarie



- **Ospedale**
- Distretti socio sanitari
- Dipartimento di prevenzione

Risk management o Gestione del Rischio



Attività cliniche ed amministrative intraprese per identificare, valutare e ridurre i rischi per i pazienti, per lo staff, per i visitatori e i rischi di perdita dell'organizzazione stessa

(JCAHO, 2001)

Gestione del rischio clinico



- “L’insieme delle azioni tese a ridurre gli eventi dannosi che possono prodursi nel corso dei processi sanitari,
- monitorando in modo sistematico gli eventi,
 - analizzandone i motivi e le cause
 - e attuando i cambiamenti organizzativi e professionali idonei a prevenirli”

(Baraghini et al., 2002)

Gruppo di lavoro ARSS

“Gestione del rischio clinico nelle Aziende Sanitarie”



- 1 direttore generale
- 1 direttore sanitario
- 2 direttori medici ospedalieri
- 1 medico di area igienico-organizzativa coord. del gruppo
- 2 medici legali
- 1 medico epidemiologo
- 1 dirigente servizio infermieristico
- 1 medico di area igienico-organizzativa – servizi sanitari di base

Strategie dell'ARSS



Promuovere un sistema regionale omogeneo di gestione del rischio clinico attraverso:

- Collegamento con i referenti per il rischio
- Modelli omogenei di organizzazione delle UR
- Condivisione di linguaggio e strumenti di GR
- Promozione di lavoro in rete delle Unità di Rischio
- Raccolta e condivisione dati sul rischio clinico (website)
- Formazione dei formatori
- Scambi di esperienze con altre realtà

ARSS - Programmi già attuati



- Corso di formazione per i referenti
- Definizione del glossario sul rischio clinico
- Predisposizione scheda segnalazione spontanea
- Prima analisi SDO e dati reclami
- Collaborazione con ASR Emilia Romagna

Indagine conoscitiva presso le Aziende socio sanitarie del Veneto



Esiste e/o è formalizzata una Unità di rischio?

- Rispondenti 18 aziende su 23 (78%)
- Tra queste:
 - Hanno una Unità di rischio 4 (22%)
 - Hanno in programma di costituire una UR 3 (16%)
 - Hanno affidato all' Ufficio Qualità il RM 2 (11%)

Indagine conoscitiva presso le Aziende socio sanitarie del Veneto



Quali ritiene siano problemi di prioritario interesse per l'Azienda da lei diretta?

- Errori nella somministrazione di farmaci
- Cadute accidentali
- Comunicazione tra operatori sanitari e pazienti
- Gestione del politrauma
- Qualità della documentazione clinica
- Piaghe da decubito
- Altro

ARSS - Programmi già attuati



Definizione di una serie di requisiti per la sicurezza e la gestione del rischio

Con **Delibera della GRV n. 2501 del 6 Agosto 2004**,
"Attuazione della L.R. 16 agosto 2002 n. 22, in materia di Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali e adozione del Manuale delle procedure" sono stati approvati i requisiti per l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali del Veneto.



Sicurezza e Accreditamento

la gestione del rischio e la sicurezza
sono fondamentali nella valutazione
delle organizzazioni da accreditare

Definizione di una serie di requisiti per la sicurezza e la gestione del rischio.

AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO



In particolare, per quanto riguarda **l'autorizzazione all'esercizio**, sono presenti una serie di requisiti attinenti alla sicurezza strutturale, tecnologica, impiantistica e organizzativa:

- **Area 3. Requisiti organizzativi: informazione, comunicazione e gestione della conoscenza.**
- **Area 6. Requisiti organizzativi: linee guida, procedure e regolamenti interni.**
- **Area 8. Requisiti minimi strutturali e tecnologici/impiantistici generali.**
- **Area 9. Gestione delle risorse tecnologiche.**

Definizione di una serie di requisiti per la sicurezza e la gestione del rischio. ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE



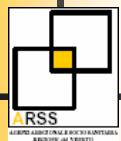
Nell'ambito dell'**accreditamento istituzionale**
**Area 6. Requisiti organizzativi: linee guida, procedure e
regolamenti interni.**

sono stati individuati una serie di requisiti attinenti la
valutazione e la gestione del rischio, ed inoltre sono
stati inseriti i seguenti che riguardano,
specificatamente, gli aspetti del **rischio clinico**:

- **L'organizzazione adotta apposita scheda/reporting
per la segnalazione degli eventi avversi;**
- **Esiste un Clinical Incident Reporting System
operativo nell'organizzazione.**

Obiettivi del gruppo di lavoro

anno 2005



- ⑩ **Adozione formale della scheda di segnalazione spontanea degli eventi avversi da utilizzare in ambito regionale**
- ⑩ **Sperimentazione in alcune Unità operative ospedaliere di alcune aziende sanitarie del sistema di "incident reporting"**
- ⑩ **Valutazione dell'applicabilità dell'incident reporting nelle strutture territoriali**
- ⑩ **Progettazione di un sistema informativo regionale per la gestione dei dati relativi al rischio clinico**
- ⑩ **Progettazione ed applicazione di interventi di risk management sulle aree di priorità indicate dalle Aziende: comunicazione, documentazione clinica, farmacoterapia**
- ⑩ **Adeguamento del sistema informativo regionale per la gestione dei reclami degli utenti, al fine della raccolta e monitoraggio di dati conoscitivi sul rischio clinico**
- ⑩ **Approfondimento del modello operativo di Unità di gestione del rischio e applicazione sperimentale dello stesso presso alcune Aziende**
- ⑩ **Predisposizione di nuovi strumenti per la formazione (Attualmente L'ARSS sta predisponendo, in partnership con l'Azienda ULSS 8 di Asolo, un progetto di formazione a distanza, sviluppato con modalità e-learning, sulla gestione del rischio clinico, per il personale medico e infermieristico, sia ospedaliero che territoriale, compresi i medici di medicina generale).**



Incident reporting

- È inteso come uno dei possibili approcci alla conoscenza del rischio clinico e non esclude altri metodi (revisione delle cartelle cliniche, reclami,...) che forniscono dati diversi
- Da valutare dopo la sperimentazione: fattibilità, qualità dei dati, costo/efficacia, contributo al miglioramento della qualità,..

Sperimentazione ARSS incident reporting:



Sperimentazione del sistema di segnalazione volontaria degli eventi (Incident Reporting) in 8 Aziende Sanitarie:

- ULSS 1 – Belluno
- ULSS 3 – Bassano del Grappa
- ULSS 8 – Asolo
- ULSS 10 – San Donà di Piave
- ULSS 16 – Padova
- ULSS 18 – Rovigo
- ULSS 19 – Adria
- Casa di cura Villa Berica – Vicenza

SPERIMENTAZIONE DI UN SISTEMA VOLONTARIO DI SEGNALAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI



RESPONSABILE SCIENTIFICO

Dottor Fernando Antonio Compostella

Direttore Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto

COORDINATORE DELLA SPERIMENTAZIONE

Renata De Candido

Collaboratrice ARSS – Area Qualità e Accreditamento

COMITATO SCIENTIFICO

Gruppo di lavoro "Gestione del rischio clinico nelle Aziende Sanitarie"

(Deliberazione del Direttore dell'ARSS n. 62 del 22.11.2004)



OGGETTO DELLA SPERIMENTAZIONE

Sviluppo e valutazione di un sistema volontario di reporting degli eventi avversi presso alcune Unità Operative ospedaliere del Veneto e sperimentazione della scheda di segnalazione predisposta dall'ARSS.

TEMPI PREVISTI PER LO SVOLGIMENTO DELLA SPERIMENTAZIONE

10 mesi: da dicembre 2004 a settembre 2005

OBIETTIVI



1. *Sensibilizzare gli operatori* al tema della sicurezza delle cure mediante attività formative ed il coinvolgimento diretto attraverso la segnalazione degli eventi/incidenti
2. *Sperimentare* e validare lo strumento di rilevazione degli eventi/incidenti (*scheda di segnalazione*)
3. Creare le premesse per la costruzione di una *banca dati* aziendale e regionale degli eventi avversi ai fini della gestione del Rischio clinico

OBIETTIVI

(segue)



4. Individuare *aree di criticità* organizzative ed eventualmente carenze di sistema per la conseguente attivazione di percorsi di miglioramento nelle Unità Operative coinvolte
5. Individuare e sperimentare modelli organizzativi di "*Unità di rischio*", individuandone i campi di attività, le modalità di lavoro, le professionalità coinvolte



MATERIALI E METODI

Il sistema di “**incident reporting**” proposto per la sperimentazione si basa:

- sulla **segnalazione spontanea** di evento
- inteso come **accadimento connesso ad un insuccesso** (potenziale – quasi incidente – o che ha causato danni –incidente)
- **rilevato dagli operatori**
- attraverso una **scheda** di segnalazione
- inserimento dei dati in un **unico database**



Lo strumento di rilevazione

- la scheda è stata elaborata dal Gruppo gestione del rischio clinico dell'ARSS, con il contributo dei referenti delle Aziende socio sanitarie del Veneto.
- consiste in una rielaborazione ed adattamento della scheda sperimentata dalla Regione Emilia-Romagna, a sua volta derivante da quella utilizzata in Australia (AIMS – Australian Incident Monitoring System).

Scheda - Prima parte



Raccoglie dati relativi a:

- Azienda e unità operativa
- operatore che segnala
- paziente
- evento occorso

L'operatore ha la possibilità di:

- descrivere quanto accaduto
- suggerire eventuali azioni preventive
- compilare la scheda anche in forma anonima

Scheda - Prima parte



Azienda/Casa di Cura Unità Operativa

Dati relativi all'Operatore

Nome e Cognome(facoltativo)

.....

- Medico
- Infermiere/Capo Sala
- Altro

(specificare).....

.....

Dati relativi al Paziente

Nome e Cognome paziente (facoltativo).....

N° scheda nosologica..... Anno di nascita/Età.....

Circostanze dell'evento

Data ora.....in cui si è verificato l'evento

Luogo in cui si è verificato l'evento (es. camera, bagno, ecc.).....

Regime di erogazione

- Ricovero Ordinario
- Ricovero DH/ DS

- Prestazione Ambulatoriale
- Prestazione Domiciliare
- Altro

Descrizione dell'evento (Che cosa è successo?)

Scheda - Prima parte

Tipo di evento (classificare l'evento indicando una delle tipologie proposte)		
<input type="checkbox"/> Ritardo procedura diagnostica <input type="checkbox"/> " " Procedura terapeutica <input type="checkbox"/> " " Procedura chirurgica <input type="checkbox"/> " " Prescr./ somm.farmaco <input type="checkbox"/> " " Prestazione assistenziale	<input type="checkbox"/> Mancata Procedura diagnostica <input type="checkbox"/> " " Procedura terapeutica <input type="checkbox"/> " " Procedura chirurgica <input type="checkbox"/> " " Prescr. /somm.farmaco <input type="checkbox"/> " " Prestazione assistenziale	<input type="checkbox"/> Inadeguata Procedura diagnostica <input type="checkbox"/> " " Procedura terapeutica <input type="checkbox"/> " " Procedura chirurgica <input type="checkbox"/> " " Prescr./ somm. farmaco <input type="checkbox"/> " " Prestazione assistenziale
<input type="checkbox"/> Infezione <input type="checkbox"/> Malfunz./ malposiz. di disposit/ appar. <input type="checkbox"/> Evento collegato a somm. sangue	<input type="checkbox"/> Caduta <input type="checkbox"/> Reazione da farmaci <input type="checkbox"/> altro	<input type="checkbox"/> Inesattezza di paziente/lato/sede <input type="checkbox"/> Lesione da inadeguata postura/decubito

per **inesattezza** si è inteso tutte le deviazioni rispetto all'adeguata esecuzione di una procedura o di un trattamento.

Per **omissione** si è inteso la mancata esecuzione di un trattamento previsto o comunque necessario.

Per **ritardo** si è inteso sia il ritardo di un trattamento rispetto al momento previsto, che ritardi rispetto al momento ottimale dell'esecuzione.

Eventi da segnalare

esempi



- Errori di terapia farmacologica
- Cadute dei pazienti
- Comportamenti autolesionistici e suicidi
- Guasti di apparecchiature sanitarie
- Problemi con sangue e derivati
- Errori di documentazione clinica
- Ritardi di diagnosi
- Infezioni ospedaliere
- Trattamenti non appropriati

Eventi da **NON** segnalare

esempi



- Infortuni e malattie professionali
- Aggressioni tra membri dello staff
- Atti lesivi premeditati e/o voluti (es. atti criminali)
- Atti connessi all'abuso di sostanze o alcol

Scheda - Prima parte

Fattori che possono aver contribuito all'evento (è possibile indicare più di una risposta)

Fattori legati al paziente	Condizioni generali precarie/ fragilità/ infermità Non cosciente/ scarsamente orientato Poca/ mancata autonomia Barriere linguistiche/culturali Mancata adesione al progetto	Fattori legati al sistema	Staff inadeguato/ insufficiente Insufficiente addestramento/ inserimento Gruppo nuovo/ inesperto Elevato turn-over Scarsa continuità assistenziale Protocollo/ procedura inesistente/ ambigua Insuccesso nel far rispettare protocolli/ procedure Mancato coordinamento Mancata/ inadeguata comunicazione Mancanza/ inadeguatezza attrezzature Mancata/ inadeguata manutenzione attrezzature Mancanza/ inadeguatezza materiale di consumo Ambiente inadeguato
	Difficoltà nel seguire istruzioni / procedure Inadeguate conoscenze/ inesperienza Fatica/ stress Presa scorciatoia/ regola non seguita Mancata/ inesatta lettura documentaz./ etichetta Mancata supervisione Scarso lavoro di gruppo Mancata verifica preventiva apparecch.		

Altri fattori
(specificare).....

Fattori che possono aver ridotto l'esito	Individuazione precoce Buona assistenza Buona pianificazione	Caso Altro (specificare).....
---	--	---

Come si poteva prevenire l'evento? (es. verifica attrezzature prima dell'uso, migliore comunicazione scritta, sistema di monitoraggio allarme , ecc.)

Scheda - Seconda parte

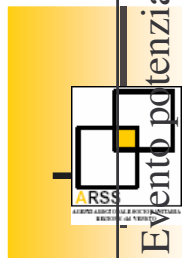


- E' **compilata** in un momento successivo dal **Responsabile dell'Incident reporting** dell'Unità operativa/struttura
- Si chiede di:
 - valutare l'impatto dell'evento sul paziente e sull'organizzazione
 - stimare il potenziale rischio di riaccadimento
 - proporre azioni per evitare il ripetersi dell'evento


Scheda - Seconda parte

Da questo punto in poi compilazione a cura del Responsabile Medico dell'Incident Reporting

Evento potenziale	Situazione pericolosa/ danno potenziale/ evento non occorso (es. personale insufficiente/ pavimento sdruciolevole coperto dove non sono avvenute cadute)	<input type="checkbox"/> Livello 1
	Situazione pericolosa/ danno potenziale/ evento occorso, ma intercettato (es. preparazione di un farmaco sbagliato, ma mai somministrato/ farmaco prescritto per un paziente allergico allo stesso, ma non dispensato o somministrato)	<input type="checkbox"/> Livello 2
Evento effettivo	NESSUN ESITO: Evento in fase conclusiva/ nessun danno occorso (es. farmaco innocuo somministrato erroneamente)	<input type="checkbox"/> Livello 3
	ESITO MINORE: Osservazioni o monitoraggi extra/ ulteriore visita del medico/ nessun danno occorso o danni minori che non richiedono un trattamento	<input type="checkbox"/> Livello 4
	ESITO MODERATO: Osservazioni o monitoraggi extra/ ulteriore visita del medico/ indagini diagnostiche minori (es. esame del sangue o delle urine)/ trattamenti minori (es. bendaggi, analgesici)	<input type="checkbox"/> Livello 5
	ESITO TRA IL MODERATO E SIGNIFICATIVO: Osservazioni o monitoraggi extra/ ulteriore visita del medico/ indagini diagnostiche (es. procedure radiologiche)/ necessità di trattamenti con altri farmaci/ intervento chirurgico/ cancellazione o posticipazione del trattamento/ trasferimento ad altra U.O. che non richieda il prolungamento della degenza	<input type="checkbox"/> Livello 6
	ESITO SIGNIFICATIVO: Ammissione in ospedale o prolungamento delle degenza/ condizioni che permangono alla dimissione	<input type="checkbox"/> Livello 7
	ESITO SEVERO: Disabilità permanente/ contributo al decesso	<input type="checkbox"/> Livello 8



Scheda - Seconda parte

			
Valutazione del rischio futuro			
Possibilità di riaccadimento di eventi analoghi		Uno o più di un evento anno	<input type="checkbox"/>
		Meno di un evento anno	<input type="checkbox"/>
Possibile esito di un evento analogo		Esito minore (fino al livello 4)	<input type="checkbox"/>
		Esito maggiore (livello pari o superiore a 5)	<input type="checkbox"/>
<p>Sono stati intrapresi accorgimenti a seguito dell'intervento? Quali?</p> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
<p>A seguito dell'evento è stato necessario eseguire ulteriori indagini o prestazioni sanitarie?</p>			
<input type="checkbox"/> Indagini di laboratorio <input type="checkbox"/> Indagini radiologiche <input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> Altre indagini <input type="checkbox"/> Visita medica <input type="checkbox"/> Consulenza specialistica	<input type="checkbox"/> Medicazioni <input type="checkbox"/> Intervento chirurgico <input type="checkbox"/> Ricovero ordinario	<input type="checkbox"/> Ricovero in TI <input type="checkbox"/> Trasferimento <input type="checkbox"/> Altro.....
L'evento è documentato in cartella clinica?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Il paziente è stato informato dell'evento:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<p>C'è una lezione significativa da trarre dall'evento? Se si, quale? (proporre azioni per evitare il riaccadimento)</p> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			

U.O./Strutture partecipanti



- ***ULSS 1 di Belluno***
 - U.O. Anestesia e Rianimazione Ospedale S. Martino di Belluno

- ***ULSS 3 di Bassano del Grappa***
 - Dipartimento di Emergenza e Terapie Intensive: UU.OO. di Cardiologia e Anestesia Rianimazione,
 - Dipartimento di Chirurgia: U.O. di ORL

■ ***ULSS 8 di Asolo***



- Dipartimento Materno Infantile: UU.OO.: Ostetricia e Ginecologia Castelfranco, Ostetricia e Ginecologia Montebelluna, Pediatria Castelfranco, Pediatria Montebelluna
- Dipartimento di Chirurgia: UU.OO.: Chirurgia Generale e Ortopedia Montebelluna

■ ***ULSS 10 Veneto Orientale***

- U.O. Cardiologia e Ostetricia e Ginecologia di San Donà di Piave
- U.O. Ortopedia di Portogruaro

■ ***ULSS 16 di Padova***

- Terapia Intensiva Ospedale S. Antonio
- Clinica Neurologica II Ospedale S. Antonio

• ***ULSS 18 di Rovigo***

- U.O. Anestesia e Rianimazione Rovigo
- U.O. Medicina generale Rovigo
- U.O. Radiologia Rovigo
- U.O. Ostetricia e Ginecologia Rovigo
- U.O. Chirurgia generale Rovigo.

• ***ULSS 19 di Adria***

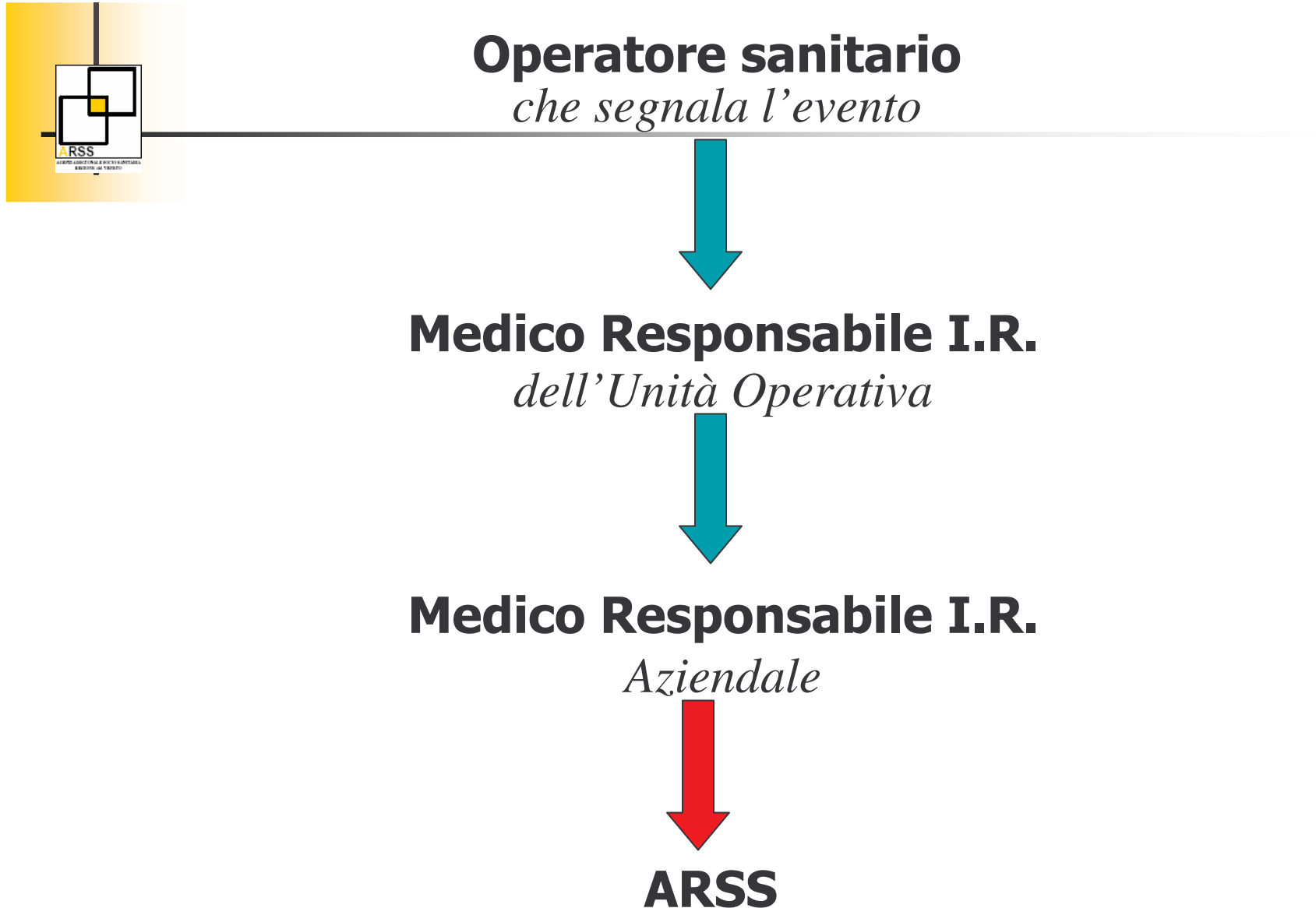
- U.O. Ortopedia e Day Surgery
- Dipartimento Materno Infantile
- Sala Operatoria di Chirurgia Oculistica.

• ***Casa di Cura Villa Berica – Vicenza***

- Raggruppamento di medicina
- Raggruppamento di chirurgia



Flusso schede / dati

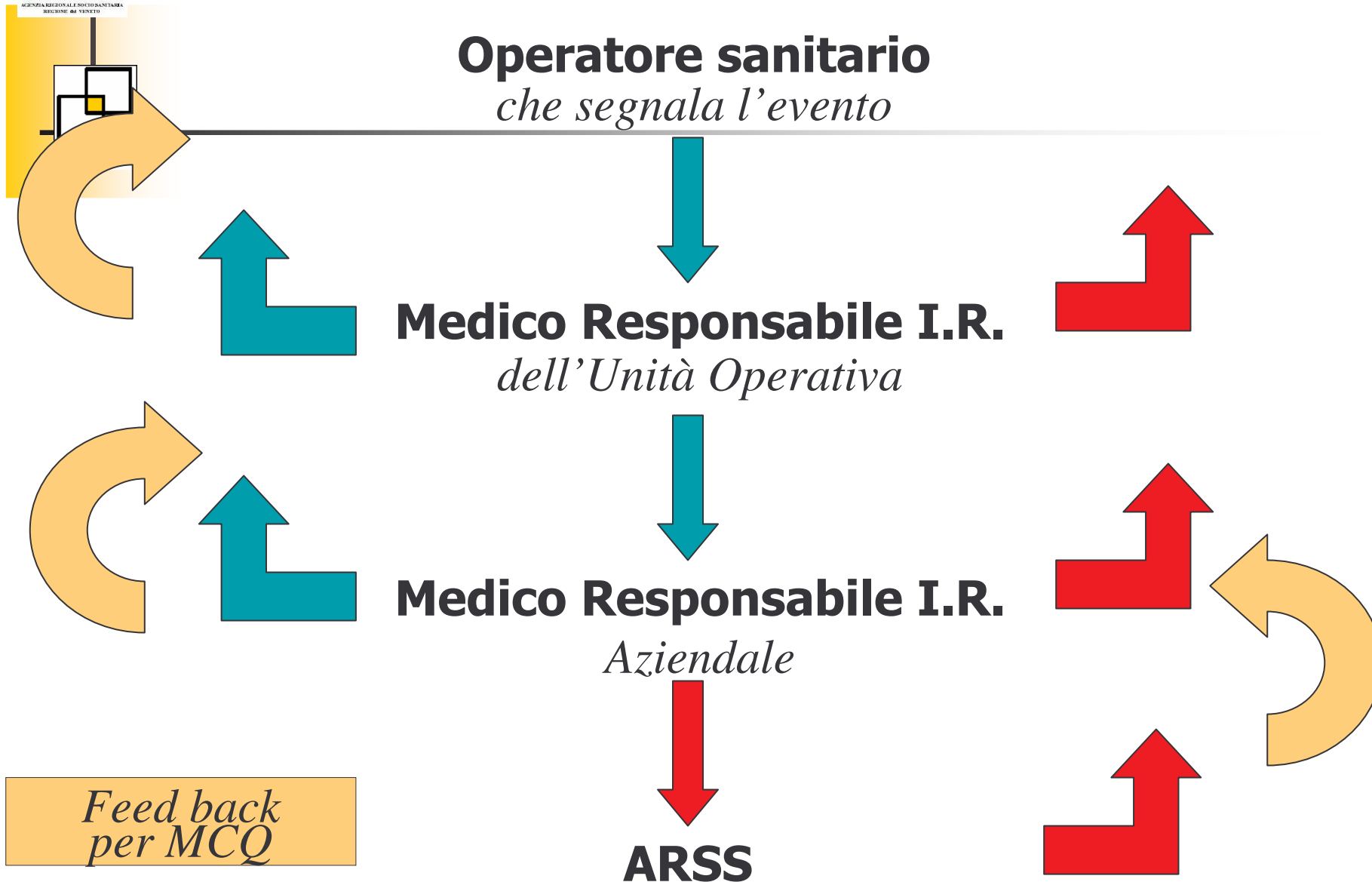


Flusso schede / dati: principi fondamentali



- Il flusso delle schede dell'I.R. è **separato** dai flussi delle segnalazioni per altri scopi (disciplinari, assicurativi, medico legali, giudiziari,...)
- I dati sono **confidenziali**, a tutti i livelli
- Le schede non vanno **mai inserite** in cartella clinica
- Le schede non vanno **mai copiate** (fotocopie, fax, ecc.) né trasmesse a persone/strutture non previste dagli scopi dell'I.R.
- Dopo l'inserimento dei dati nella procedura informatica, le schede vanno **eliminate o rese inutilizzabili** per altri scopi

Flusso schede / dati





Compiti

Operatore sanitario
che segnala l'evento

- *compila la prima parte della scheda*
- *consegna la scheda al medico responsabile dell'I.R. della struttura*

Medico Resp. I.R.
della struttura

- *compila la seconda parte della scheda*
- *inserisce i dati nel database o consegna la scheda al Responsabile aziendale dell'I.R.*

Medico Resp. I.R.
Aziendale

- *inserisce i dati nel database*
- *predispone i report aziendali*

ARSS

- *elabora i dati*
- *predispone i report regionali*
- *diffonde i risultati per MCQ*

Recapiti dei responsabili aziendali dell'Incident Reporting



Azienda ULSS 1 – Belluno

Bianchin Claudio Tel 0437 216759

claudio.bianchin@ulss.belluno.it

Azienda ULSS 3 – Bassano del Grappa

Dal Pozzolo Giovanni Tel 0424 888460

giovanni.dalpozzolo@aslbasano.it

Azienda ULSS 8 – Asole

Sandonà Lorena Tel 0423 732200

sandonal@ulssasolo.ven.it

Azienda ULSS 10 – Veneto Orientale

Finotto Rita Tel 0421 227240

dirmed.sandona@aulss10.veneto.it

Azienda ULSS 16 – Padova

Annamaria Sajeve Tel 049 8216540

dirmedicaosa@ulss16.padova.it

Azienda ULSS 18 – Rovigo

Pierotti Silvia Tel 0425 393413

dirmed.ro@azisanrovigo.it

Azienda ULSS 19 – Adria

Pozzato Patrizia Tel 0426 940713

qualita@ulss19adria.veneto.it

Casa di Cura Villa Berica – Vicenza

Mingardi Roberto Tel 0444 219213

r.mingardi@villaberica.com