



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza



Management

ASP

Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Piano di RISK MANAGEMENT RELAZIONE 2015

RELAZIONE DI ATTUAZIONE DEL PIANO PER IL RISK MANAGEMENT –ANNO 2015

Obiettivi strategici e linee d'intervento del Piano Risk Management 2015

L'obiettivo generale è quello di realizzare un sistema di Risk Management integrato, volto ad arginare le tipologie di rischio declinate in premessa, un sistema che sia basato sull'approccio per processi, nella convinzione che gli errori non vadano intesi solo come conseguenza dell'agire individuale bensì come conseguenza dell'agire organizzato (Reason, 1990).

Dato l'obiettivo generale e stante la condivisione di un'ottica di gestione del rischio centrata sull'organizzazione per processi, ***gli obiettivi specifici e le linee d'intervento del Piano di Risk Management anno 2015, approvato con deliberazione n. 181 del 25/3/2015 e trasmesso alla Regione Basilicata in data 31/03/2015, sono di seguito richiamati.***

A. Piano di audit per l'anno 2015. L'attività di auditing, in un'ottica di miglioramento dell'appropriatezza e della sicurezza del paziente, doveva incentrarsi, in maniera particolare, sui seguenti settori, in continuità con quanto già avviato nell'anno 2014:

- attività del personale, con particolare riferimento alla produttività del personale dei servizi della radiologia;***
- gestione e attività manutentive delle apparecchiature sanitarie- verifica dell'attivazione del Piano dei Controlli.***

B. Gestione dei farmaci e controllo dei farmaci LASA nei presidi ospedalieri, anche in conformità a quanto contenuto nella raccomandazione ministeriale n. 12/2010 “Prevenzione degli errori in terapia con farmaci LOOK-ALIKE/SOUND-ALIKE (farmaci LASA)”.

Nel Piano 2015 è stata prevista l'attivazione presso il P.O. di Melfi della procedura volta a prevenire gli errori in terapia legati all'uso di tali farmaci, fornendo indicazioni per scongiurare lo scambio tra farmaci con somiglianza fonetica e grafica nel nome, nonché somiglianza nella confezione.

E' stato previsto, altresì, il monitoraggio della corretta applicazione della suddetta procedura nei PP.OO. di Villa d'Agri e Lagonegro, dove la procedura è già operativa dal 2014.

In breve, in ossequio a quanto raccomandato dal Ministero della Sanità, si è disposto di:

- Prestare particolare attenzione alla conservazione dei farmaci, in modo da disporre separatamente, sia in Farmacia che in reparto, nonché negli ambulatori, quei farmaci con nomi e/o confezionamento simili oppure evidenziarne la somiglianza, utilizzando metodi e strumenti (anche contrassegni supplementari, codici colore, "allerte") purché condivisi tra Farmacia e reparti e diffusi dalla Direzione Sanitaria;
- Evitare le richieste verbali o telefoniche dei farmaci;
- Precisare nelle prescrizioni la forma farmaceutica e la via di somministrazione;
- Evitare l'uso di abbreviazioni, soprattutto se le prescrizioni e le richieste dei farmaci sono scritte a mano oppure usare abbreviazioni condivise;
- Preferire la scrittura in stampatello, soprattutto se non è presente la prescrizione informatizzata;
- Prevedere un doppio controllo delle preparazioni, almeno per i *farmaci ad alto livello di attenzione*;
- in fase di dimissione, fornire ai pazienti le informazioni relative ai farmaci in terapia domiciliare riguardo ad interazioni con altri farmaci e con alimenti, modalità di assunzione, conservazione, controindicazioni, effetti collaterali etc.

C. Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali- applicazione della Procedura Lavaggio Mani. L'attività nel 2015 doveva essere volta ad estendere tale procedura anche al P.O. di Melfi, considerato che la stessa è stata già implementata nei PP.OO. di Villa d'Agri e Lagonegro.

D. Prevenzione e gestione delle cadute dei pazienti nelle strutture sanitarie. Il Progetto dedicato a tale tematica, già avviato nel 2013, andava esteso nel 2015 anche alle strutture ambulatoriali e residenziali.

E. Indagine conoscitiva sull'applicazione delle procedure esplicitate alle lettere B), C) e D) all'interno dei PP.OO. dell'Azienda, atteso che tale indagine conoscitiva era stata condotta nell'anno 2014 solo nell'ambito delle UU.OO. del Presidio Ospedaliero di Villa d'Agri).

F. Progetto “Procedura per la identificazione del rischio clinico nel blocco operatorio del Presidio Ospedaliero di Lagonegro”

Obiettivo generale del Progetto è quello di diffondere la cultura della prevenzione del danno anche attraverso la sensibilizzazione alla segnalazione dell'evento avverso.

Obiettivi specifici:

- Stesura e condivisione di una Linea Guida sulla prevenzione del rischio operatorio
- Definizione di una modalità per l'individuazione ed il monitoraggio dei pazienti esposti al rischio.
- **Struttura in cui realizzare il Progetto:** Presidio Ospedaliero di Lagonegro. ”

Il Progetto è stato avviato nel 2014, portando alla individuazione delle più frequenti categorie generali di errore presenti nelle sale operatorie, con la finalità di pervenire successivamente alla elaborazione e condivisione di Linee Guida sulla prevenzione del rischio operatorio.

Indicatori:

- Elaborazione, condivisione ed implementazione delle Linee Guida
- Realizzazione del modello di monitoraggio dei rischi specifici.

G. Progetto “Rilevazione e analisi della percezione del rischio da parte degli utenti”

Anche nel 2015 bisognava procedere alla rilevazione del rischio percepito dagli utenti che accedono ai servizi sanitari dell'Azienda. Ai fini della rilevazione, a cura dell'URP, era stato previsto il ricorso ad appositi questionari che già vengono somministrati periodicamente per rilevare il Grado di Soddisfazione dell'Utenza (Customer Satisfaction), integrandone le voci con domande finalizzate

ad approfondire la percezione del rischio da parte degli utenti su particolari aspetti dell'assistenza ricevuta.

La statistica curata dall'URP sulle segnalazioni/reclami provenienti dagli utenti già individua alcune aree critiche per quanto attiene direttamente e/o indirettamente la percezione del rischio, quali:

- Gli aspetti alberghieri e del comfort delle strutture sanitarie
- Gli aspetti strutturali e logistici delle strutture sanitarie
- Gli aspetti tecnico – professionali della prestazione erogata

Tali aree critiche vanno ulteriormente “indagate” per cogliere la percezione dei rischi dal punto di vista dell'utente.

H Programma di controllo sulla frequenza degli eventi avversi nelle procedure utilizzate per le Cure Palliative e Domiciliari. L'Unità di Oncologia Critica Territoriale e Cure Palliative - Cure Domiciliari di Venosa doveva sviluppare anche nel 2015 il programma di controllo sulla frequenza degli eventi avversi.

Le procedure individuate per l'Area delle Cure Palliative e per l'Area delle Cure Domiciliari saranno oggetto di riflessione e di analisi ai fini di una possibile estensione a livello aziendale della metodologia approntata dall'Unità di Oncologia Critica Territoriale e Cure Palliative - Cure Domiciliari di Venosa.

Azioni realizzate nel 2015.

A. Piano di audit per l'anno 2015.

L'analisi dei processi aziendali e dei sistemi di controllo, e lo sviluppo di procedure e modalità organizzative finalizzate al miglioramento dell'efficienza, dell'efficacia e dell'appropriatezza prescrittiva in una prospettiva di gestione dei rischi per il paziente e per l'azienda, sono stati alla base dell'attività condotta dall'Area di Staff Internal Audit e Attività Ispettive.

Nel mese di settembre sono stati condotti gli audit previsti nel Piano Risk Management 2015 con i Dirigenti Responsabili dei controlli sulle manutenzioni delle apparecchiature sanitarie (UU.OO. Attività Tecniche dell'ASP).

Le risultanze degli audit sono state rappresentate in una Relazione (trasmessa alla Direzione Strategica con nota prot. N. 158553 del 21.12.2015).

L'attività manutentiva, concepita negli anni passati esclusivamente in funzione del ripristino di apparecchiature biomediche non funzionanti, è andata sempre più definendosi come una vera e propria funzione manageriale volta a:

- ridurre i rischi connessi all'uso di dispositivi medici;
- diminuire i tempi di inutilizzo;
- prevenire i guasti;
- garantire la qualità delle prestazioni erogate;
- ottimizzare la durata fisiologica del prodotto;
- contribuire al miglioramento della qualità dell'assistenza del paziente, giacché l'elemento tecnologico gioca un ruolo fondamentale nell'iter diagnostico-terapeutico.

Dagli audit condotti è emerso, inoltre, un ulteriore obiettivo che, seppure non di competenza diretta della U.O.C. "Attività Tecniche", è stato evidenziato come importante e non sufficientemente perseguito, ovvero l'obiettivo di formare ed educare gli addetti all'erogazione delle prestazioni agli aspetti di correttezza e sicurezza nell'utilizzo di macchinari, e di responsabilizzarli nei confronti della gestione delle anomalie e dei guasti degli impianti.

A parere del Direttore della U.O.C. “Attività Tecniche” occorrerebbe intensificare l’investimento in percorsi formativi sul corretto utilizzo di apparecchiature biomediche complesse, allo scopo di minimizzare i costi derivanti dalla possibile rottura e/o riparazione delle stesse e di ridurre l’inefficienza connessa al fermo macchina.

Tra il manifestarsi delle anomalie e l’intervento di manutenzione per la riparazione solitamente trascorre un lasso di tempo dovuto al fatto che i manutentori devono venire a conoscenza delle tipologie di guasto ed attrezzarsi di conseguenza.

L’inoltro della richiesta di manutenzione viene effettuato dall’operatore che ha constatato il guasto direttamente alla ditta manutentrice e ciò abbrevia i tempi.

Si aggiungono poi:

- un tempo di rilevazione delle anomalie da parte del tecnico incaricato (diagnostica);
- un tempo di approvvigionamento dei ricambi e del necessario materiale di consumo;
- un tempo di effettiva riparazione;
- un tempo di controllo della funzionalità e di testing della macchina.

Il tempo di indisponibilità della macchina, che è dato ovviamente dalla somma dei tempi sopra Descritti, varia per effetto di fattori diversi, quali i rallentamenti burocratici o la mancanza di ricambi in magazzino e la tempestività o la lentezza della “Casa madre” nel fornire i ricambi necessari, ricambi che vengono richiesti dalla stessa Ditta addetta alla manutenzione, previa autorizzazione del Direttore della U. O. C. “Attività Tecniche”.

Per minimizzare l’indisponibilità della macchina e/o apparecchiatura biomedica occorrerebbe agire su di un sistematico controllo dei tempi sopra esposti e delle procedure sottese.

Per il controllo dei tempi è stata predisposta una scheda “Rilevazione del tempo di indisponibilità della macchina” che, se applicata, consente di rilevare in quale fase del processo di manutenzione si verificano con più frequenza rallentamenti e ritardi.

Una seconda scheda è stata predisposta per tracciare le varie azioni connesse alla manutenzione e i soggetti preposti a ciascuna di esse (“Manutenzione: azioni poste in atto e da chi”).

Per l'ambito di competenza della U.O.C. Attività Tecniche di Potenza e Lagonegro il soggetto preposto è sempre la SIGE.

Riguardo alla manutenzione correttiva (su guasto), come da capitolato CONSIP, nel servizio sono comprese la riparazione e la sostituzione degli accessori, anche quelli non inventariabili, secondo quanto specificato nella direttiva 93/42/CEE, mentre è esclusa dal servizio la fornitura dei materiali di consumo e dei materiali soggetti ad usura.

L'intervento di manutenzione, correttiva è certificato sul Rapporto di Lavoro redatto dal tecnico della ditta aggiudicataria che ha effettuato l'intervento e, per accettazione, dal referente del servizio che ha richiesto l'intervento di manutenzione correttiva.

Quando necessario, la ditta aggiudicataria, previa autorizzazione del Direttore della U.O.C. "Attività Tecniche", può ricorrere a ditte esterne costruttrici del dispositivo danneggiato e/o guasto.

Il Direttore della U.O.C. "Attività Tecniche" controlla che gli interventi di manutenzione programmata e di manutenzione correttiva sui guasti vengano effettivamente espletati, acquisendo periodicamente i già citati rapporti di lavoro che, come già detto, recano anche la firma del primario o del caposala della U.O. che ha richiesto l'intervento.

Al Direttore della U.O.C. "Attività Tecniche" di Potenza e Lagonegro vengono trasmessi dalla ditta aggiudicatrice anche i reports trimestrali che attestano l'effettiva realizzazione degli interventi previsti nel Documento di Programmazione annuale della manutenzione ordinaria, dei controlli funzionali e delle verifiche di sicurezza.

In sede di Audit, è stata richiesta al Direttore dell'U.O.C. "Attività Tecniche" la seguente documentazione:

- *Piano delle manutenzioni programmate* (verifiche di sicurezza elettrica, controlli funzionali e manutenzione preventiva) sulle apparecchiature biomedicali redatto dalla ditta aggiudicataria per l'anno 2014 /2015;
- *Rapporti di lavoro redatti per eseguire interventi di manutenzione programmate;*
- *Esempi di procedimenti amministrativi messi in atto per interventi di manutenzione straordinaria*, dall'ordine all'autorizzazione a procedere nell'intervento di riparazione fino alla autorizzazione, alla liquidazione della fattura, a seguito dell'attestazione da parte della U.O.C. "Attività Tecniche" della regolare esecuzione dell'intervento di riparazione; della regolarità dei documenti esibiti ai fini contabili e della corrispondenza del prezzo convenuto.

La suddetta documentazione è stata esaminata dalla U.O. Internal Audit e Attività ispettive che ne ha rilevato la completezza e la regolarità.

Sono stati altresì acquisiti in sede di audit la scheda di Analisi del Processo su “Manutenzione delle apparecchiature sanitarie” ed il relativo “Piano di miglioramento”.

Nel suddetto Piano di Miglioramento, il Direttore della U.O.C “Attività Tecniche” riscontra come criticità una carenza di formazione sul corretto utilizzo delle apparecchiature biomedicali da parte del personale tecnico-sanitario, che porta ad un incremento della richiesta di interventi manutentivi.

Tale formazione sarebbe utile non solo a ridurre il cattivo uso delle macchine e la loro conseguente rottura, quanto anche a far conoscere i profili di responsabilità rispetto alla custodia e al funzionamento del bene.

Infine, in relazione a quanto previsto dal Piano 2015 al punto A, anche la prevista analisi e valutazione della produttività del personale della Radiologia è stata condotta ed è stata poi illustrata nella “**Relazione sulla valutazione della produttività del personale della radiologia dell’ASP**”, trasmessa al Dirigente Responsabile in data 30/04/2015 con nota prot. n.63127.

B. Gestione dei farmaci e controllo dei farmaci LASA nei presidi ospedalieri e nell'ambito della farmaceutica territoriale.

Tale procedura è stata attivata presso il P.O. di Villa d'Agri già dal 2014, nelle UU.OO. di Medicina/Pneumologia, Chirurgia, Ortopedia, Ostetricia/Ginecologia, Pediatria, Pronto Soccorso, Rianimazione, Dialisi, SPDC e UTIC, e nel P.O. di Lagonegro. I suddetti Presidi hanno continuato ad applicare la procedura in parola anche nell'anno 2015.

Presso il P.O. di Villa D'Agri sono state, inoltre, date istruzioni operative ai reparti per la gestione informatizzata dei farmaci in scadenza.

Come previsto nel Piano 2015, la procedura per il controllo dei farmaci LASA è stata estesa anche al P.O. di Melfi nel corso dell'anno 2015, facendo leva sugli incontri di audit sia con il personale medico che con il comparto.

Si è proceduto alla individuazione dei fattori responsabili dell'errore a seconda del punto della catena in cui l'errore si verifica (ad esempio, fase di prescrizione, di preparazione, consegna e somministrazione).

Sono stati definiti, inoltre, i provvedimenti utili a prevenire il rischio di errore da farmaci LASA:

- catalogazione dei farmaci per categoria terapeutica e non per ordine alfabetico
- individuazione dei punti critici di sistema
- necessità di prescrizione medica leggibile
- necessità di vietare sigle, abbreviazioni e acronimi non standardizzati o comunque poco conosciuti da altri operatori sanitari
- conoscenza dei nuovi farmaci immessi in commercio o di farmaci non presenti nel Prontuario Terapeutico dell'ospedale
- adeguata ed efficace comunicazione tra medico ed altri operatori sanitari e tra medico e paziente
- adeguata verifica da parte del personale sanitario e/o farmacista dell'avvenuta comprensione da parte del paziente delle corrette modalità di assunzione della terapia farmacologica
- prescrizione di farmaci per principio attivo
- attenuare l'impatto dei fattori stressogeni, quale la carenza di organico e/o il frequente ricorso al lavoro straordinario, che aumentano il rischio di errore
- diffusione della modalità di prescrizione informatizzata.

Il P.O. di Melfi, oltre alle azioni suddette per la gestione degli errori da farmaci LASA, ha dato anche particolare importanza agli assetti organizzativi finalizzati a garantire una sicura e tempestiva gestione delle urgenze chirurgiche.

Altro aspetto considerato è stato quello *della gestione del rischio connesso alle procedure trasfusionali.*

A tale riguardo si è ritenuto opportuno elaborare e **adottare un “Manuale del buon uso del sangue”** per garantire l’appropriatezza nell’utilizzo della risorsa sangue e la prevenzione del rischio di incidente trasfusionale. Sono stati poi definiti i flussi operativi ed è stato elaborato un diagramma di flusso delle procedure.

*E’ stata definita anche una **chek pre-trasfusionale** ed una **modulistica di notifica di evento avverso** (reazione, incidente, errore, malfunzionamento, ecc) associato alla trasfusione.*

*Relativamente alla Medicina di Laboratorio, è stato adottato un **Protocollo per la gestione del rischio associato ad errori preanalitici, analitici e post analitici.***

Azioni di prevenzione del rischio attuate dalla U.O. Farmaceutica Territoriale

- Sensibilizzazione della classe medica alla segnalazione delle reazioni avverse da farmaci
- Controlli sulle prescrizioni mediche anche ai fini delle interazioni farmacologiche
- Attivazione di tutte le misure possibili e le accortezze per cercare di ridurre a zero il rischio di errore nelle attività tecnico professionali di approvvigionamento, logistica e distribuzione dei farmaci
- Catalogazione delle cartelle dei pazienti con specifico piano terapeutico in ordine alfabetico e per farmaco
- Per evitare lo scambio di farmaci tra loro simili, per aspetto delle confezioni e per fonetica del nome, sono stati disposti i farmaci nel magazzino per ordine alfabetico, avendo cura di separare le confezioni che possono ingenerare confusione

C. Controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali- applicazione della Procedura Lavaggio Mani.

Detta procedura ha trovato applicazione in tutti i Presidi Ospedalieri.

D. Prevenzione e gestione delle cadute dei pazienti nelle strutture sanitarie.

La procedura relativa, già applicata nei PP.OO. di Lagonegro e Villa d'Agri, è stata estesa nel 2015 anche al P.O. di Melfi.

La Direzione Sanitaria del P.O. di Villa d'Agri ha invitato le UU.OO. ad inviare una pronta segnalazione in caso di cadute e ed ogni altro evento avverso.

Per effetto di tale indicazione, la U.O. di Medicina Generale ha segnalato l'avvenuta caduta di un paziente, in data 11.12.2015, a cui ha fatto seguito un'indagine interna.

Il DSM ha elaborato un Progetto “Prevenzione delle cadute nell'SPDC di Potenza” e, ai fini della sua implementazione, ha promosso incontri tra il gruppo operativo SPDC San Carlo ed il Gruppo Aziendale Risk Management, prevedendo tra l'altro visite congiunte di verifica delle condizioni logistiche dell'SPDC.

Presso l'SPDC di Villa d'Agri sono state applicate procedure e linee guida che hanno migliorato l'appropriatezza dei percorsi di cura, con ripercussioni positive sui tempi di degenza e sulla sicurezza dei pazienti. Di seguito le procedure e linee guida attivate:

- Linee guida del trattamento del paziente ansioso
- Linee guida del trattamento del paziente agitato
- La contenzione fisica in ospedale
- Procedure per la prevenzione e denuncia delle cadute dei pazienti
- Procedura per la gestione dei farmaci LASA nei presidi ospedalieri
- Programma di controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali: l'applicazione dei Bundles (pacchetti comportamentali)

Nel rispetto di quanto previsto dal Piano 2015, le azioni per la prevenzione e gestione delle cadute dei pazienti sono state avviate anche nei distretti.

Con riferimento alle RSA, viene effettuata la valutazione dei pazienti al loro ingresso nelle strutture sanitarie, rispetto a variabili quali la condizione neurologica, le capacità di deambulazione, la

possibilità di mobilitazione con e senza ausili. Le Unità di Valutazione distrettuali che prendono in carico il paziente svolgono tale attività al fine di ridurre i rischi specifici.

E. Indagine conoscitiva sull'applicazione delle procedure esplicitate alle lettere B), C) e D).

Su sollecitazione delle Direzione Sanitarie di Presidio, viene periodicamente monitorata l'effettiva applicazione delle suddette procedure in ambito ospedaliero.

F. Progetto “Procedura per la identificazione del rischio clinico nel blocco operatorio del Presidio Ospedaliero di Lagonegro”.

Tale Progetto non è stato realizzato.

G. Progetto “Rilevazione e analisi della percezione del rischio da parte degli utenti”

Durante l'analisi di Customer Satisfaction che ha riguardato i centri Dialisi presso i Presidi Ospedalieri di Maratea (9 interviste), Chiaromonte (23 interviste), Venosa (12 interviste), Muro Lucano (11 interviste), Lauria (20 interviste), Villa d'Agri (39 interviste) per un totale di 114 interviste sono state rivolte le seguenti domande:

1. **Nel percorso di accesso al Servizio Dialisi ha potuto notare la presenza di elementi strutturali potenzialmente rischiosi per l'incolumità dei pazienti e/o limitanti l'accesso al servizio ?**
2. **Se si, indicare gli elementi (barriere architettoniche, porte, finestre, scale, impianti, arredi, etc)**

Risultati

Su un totale di 114 interviste, per quanto riguarda gli aspetti sopra evidenziati sono stati rilevati elementi di inadeguatezza solo presso il PO di Venosa (3 segnalazioni inerenti le porte inadatte o piccole per il transito e passaggio di carrozzelle e/o sedie a rotelle.)

Per quanto riguarda invece le segnalazioni e/o reclami, risulta giunto all'URP di Potenza un solo reclamo inerente lo sportello di accoglienza situato all'ingresso presso il Polo Sanitario di Potenza di Via del Gallitello che, in alcune ore del giorno, risulta affollato e che, “oltre ad essere ubicato nelle correnti d'aria – secondo il reclamante – eviterebbe la via di fuga in caso di incendi e/o altri eventi”.

H Programma di controllo sulla frequenza degli eventi avversi nelle procedure utilizzate per le Cure Palliative e Domiciliari.

Nell'ambito delle Cure Domiciliari il governo del processo di gestione del rischio clinico può essere estremamente complesso: infatti vi è la possibilità che percorsi ad alta probabilità di rischio, ma con bassa perdita, e altri con alta perdita, ma bassa probabilità di occorrenza, possano essere mal governati. In tale contesto la gestione del rischio è quindi un processo ricorsivo, soggetto ad aggiornamenti, e non si esaurisce nell'identificazione iniziale del rischio.

In ragione di quanto su esposto, l'Unità di Oncologia Critica Territoriale e Cure Palliative - Cure Domiciliari, in ottemperanza alle direttive della DDG N.64 24/01/2012 che ha lo scopo di:

- Individuare possibili situazioni di criticità delle procedure che possono compromettere l'appropriatezza delle prestazioni e la sicurezza dei pazienti;
- Migliorare il livello qualitativo delle prestazioni erogate

ha predisposto un Programma di Controllo sulla frequenza degli eventi avversi nelle procedure eseguite.

Tale Programma individua per ciascuna procedura in cui si sviluppa l'attività di cura palliativa e domiciliare, i seguenti elementi:

- Parametro di riferimento
- Individuazione dei campioni
- Numerosità dei controlli
- Periodicità dei controlli
- Responsabile dei controlli
- Rendicontazione e fonte dati.

La formazione in materia di Risk Management nel 2015

Nel 2015 l'Azienda ha promosso una formazione specifica sulla sicurezza in Risonanza Magnetica. Il corso è stato rivolto al personale medico e sanitario esposto a campi magnetici e a campi EM, con due edizioni (3 e 4 giugno 2015).

“Progetto per lo sviluppo degli strumenti del governo clinico e della valutazione della qualità e della sicurezza delle prestazioni- RISK MANAGEMENT – Biennio 2013-2014

In relazione alle attività a valere sull'anno 2015, si rappresenta, infine, che si è proceduto a fare la rendicontazione economica della Linea Progettuale n. 16 “Progetto per lo sviluppo degli strumenti del governo clinico e della valutazione della qualità e della sicurezza delle prestazioni- RISK MANAGEMENT – Biennio 2013-2014” per un importo assegnato di €80.000,00, trasmessa alla U.O.C. Economico Finanziaria con nota prot.n.24944 del 17/02/2015 e alla Regione Basilicata.

Il Direttore Sanitario

Dott. Massimo De Fino