

Rimini, 31 marzo 2026

Comunità Papa Giovanni XXIII Dipendenze patologiche

**“Relazione annuale consuntiva 2025 sugli
eventi avversi avvenuti, sulle cause che li
hanno prodotti e sulle conseguenti
iniziative messe in atto”**

Redazione	Approvazione
Hanno partecipato alla stesura di questo documento: Responsabile della Qualità e Sicurezza delle Cure, uffici Amministrativi, RSPP.	Le sezioni di questo Documento sono state approvate ed emesse dal: Presidente della Cooperativa Comunità Papa Giovanni XXIII Cooperativa Sociale a r.l.
Verifica	
Le sezioni di questo manuale sono state lette e verificate dal Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione, Responsabile Formazione.	
Emissione	
31/03/2026	

SOMMARIO

Premessa	Pag. 2
Il contesto organizzativo	Pag. 2
Assetto organizzativo aziendale per la gestione del rischio clinico	Pag. 3
Attività di monitoraggio	Pag. 4
Azioni di miglioramento programmate ed intraprese	Pag. 4
Fonti informative sulla sicurezza delle cure	Pag. 5
Scheda segnalazione eventi avversi	Pag. 5
Reclami/suggerimenti utenti/Questionario di soddisfazione utenti e parenti	Pag. 7
Infortuni/violenza su operatori	Pag. 8
Formazione sulla sicurezza e sul rischio clinico	Pag. 9
Audit - N.C	Pag. 10
Risarcimenti erogati	Pag. 11
Azioni per il miglioramento	Pag. 12
Trasparenza	Pag. 13

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 della COMUNITA’ PAPA GIOVANNI XXIII – coop. Soc. a r.l. IMPRESA SOCIALE e la conseguente pianificazione delle azioni di miglioramento individuate, al fine di prevenire il verificarsi di tali eventi, così come indicato nell’art.2 della sopracitata normativa, in un’ottica di prevenzione e miglioramento continuo del sistema. In essa sono 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

La COMUNITA’ PAPA GIOVANNI XXIII – coop. Soc. a r.l. ONLUS opera nel campo del disagio con attività di prevenzione, cura e riabilitazione in ambito socio-sanitario e gestiscono **14 strutture** accreditate dalla **regione Emilia-Romagna**, nelle province di Bologna, Ferrara, Forlì-Cesena, Ravenna e Rimini e **3 sedi accreditate in Piemonte, Lombardia e Veneto**, per un numero complessivo di **n. 275 posti letto in forma residenziale** e **72 posti in regime semi-residenziale** per la cura e riabilitazione delle problematiche di dipendenze patologiche.

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 in continua evoluzione. Le strutture accreditate sono pienamente inserite nel contesto sanitario regionale e locale come evidenziato dagli accordi di fornitura, per il conseguimento degli obiettivi congiunti.

ASSETTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

La COMUNITÀ PAPA GIOVANNI XXIII – coop. Soc. a r.l. IMPRESA SOCIALE per la gestione delle proprie attività hanno definito l'assetto organizzativo aziendale che definisce responsabilità e funzioni all'interno del sistema stesso, coerentemente con la propria Mission e Vision per il conseguimento degli obiettivi stabiliti annualmente.

La gestione della sicurezza e del rischio sanitario nelle strutture residenziali terapeutico-riabilitative dedicate alle dipendenze patologiche rappresenta un ambito particolarmente complesso, in quanto richiede il coordinamento e l'integrazione dei diversi livelli e settori organizzativi. Tale complessità deriva dall'interazione tra le varie professionalità coinvolte, dalla necessità di collaborazione con i servizi territoriali e dalla gestione della multi-problematicità dell'utenza.

Questo contesto richiede un approccio sempre più integrato tra operatori e servizi, orientato alla costruzione di percorsi di cura e riabilitazione capaci di garantire elevati standard terapeutici e assistenziali, nei quali tutte le figure professionali condividano la responsabilità della presa in carico e della cura della persona.

Il governo del rischio clinico costituisce l'insieme dei processi organizzativi finalizzati a promuovere e garantire la sicurezza delle cure, assicurando la qualità delle prestazioni sanitarie attraverso la prevenzione e la riduzione degli errori umani. Tale obiettivo viene perseguito mediante la definizione di procedure operative, l'adozione di adeguati modelli organizzativi, la formazione continua del personale e la realizzazione di ambienti di lavoro funzionali e sicuri.

In tale prospettiva, risulta fondamentale un costante monitoraggio delle attività erogate all'interno di un sistema organizzativo ampio e articolato, che tenga conto delle linee di indirizzo per la programmazione degli interventi, dei bisogni dei pazienti, degli accordi definiti con i servizi invianti e delle risorse disponibili.

Il modello organizzativo adottato è orientato a garantire la sicurezza dei pazienti attraverso un sistema di monitoraggio continuo della qualità, basato su attività integrate e programmate secondo obiettivi chiaramente definiti. Tale modello prevede inoltre l'individuazione puntuale di responsabilità, funzioni, risorse e competenze specifiche necessarie al corretto svolgimento delle attività assistenziali.

Di seguito vengono sinteticamente descritte le funzioni aziendali che costituiscono l'area del risk management, la quale, attraverso incontri periodici con la Direzione Generale, provvede alla rendicontazione delle attività svolte, all'analisi dei dati raccolti e alla pianificazione annuale degli obiettivi finalizzati alla sicurezza delle cure.

L'area del risk management è composta da:

- Responsabile Qualità e Sicurezza delle cure aziendale;
- Rspp
- Gruppo dei Responsabili di Settore;
- Direttori sanitari/responsabili di struttura;

In particolare per quanto attiene alla gestione del rischio sanitario sono definite le funzioni di monitoraggio, in capo al responsabile della Qualità e Sicurezza, nominato nel 2025, in collaborazione con il Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione di seguito riportate:

- Coordinare il gruppo dei Responsabili di Settore (Qualità e Sicurezza, Formazione, DPO privacy, coordinatori generali), che analizza i dati provenienti dai flussi informativi, per le rispettive competenze.
- Raccogliere e analizzare i dati sugli eventi avversi, gli esiti sulle verifiche/audit effettuati (schede di segnalazione eventi, infortuni operatori, reclami, segnalazioni ecc.)
- Rendicontare annualmente le azioni svolte mediante la “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 competenze per la individuazione dei rischi e la prevenzione degli eventi avversi.

ATTIVITA’ DI MONITORAGGIO

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

- ✓ Monitoraggio e verifica degli aspetti di sicurezza strutturali
- ✓ Valutazione delle criticità mediante i report annuali di servizio
- ✓ Valutazione semestrale della gestione della cartella clinica
- ✓ Diffusione e condivisione delle principali linee guida e confronto sulle buone pratiche indicate dalla letteratura scientifica o dal benchmarking
- ✓ Pianificazione attività formative specifiche:
 - Formazione obbligatoria e relativi aggiornamenti (Generale e Specifica Rischio Alto)
 - Formazione obbligatoria per gli incaricati (antincendio, pronto soccorso)
 - Formazione sulla gestione del rischio sanitario e sicurezza degli utenti
 - Formazione sulla corretta tenuta della documentazione clinica, gestione dei conflitti, eventi avversi
 - Formazione di Alimentarista per gli addetti alla preparazione e distribuzione cibo
- ✓ Audit
- ✓ SEA
- ✓ Analisi complessiva delle non conformità e delle schede di segnalazione eventi e reclami

AZIONI DI MIGLIORAMENTO PROGRAMMATE E INTRAPRESE

Di seguito viene riportato il consuntivo riguardante la programmazione delle attività pianificate e svolte nel 2025:

- ✓ Verifica e valutazione dei rischi ambientali nelle strutture, tramite visite in loco da parte dei tecnici inviati dal Servizio di Prevenzione e Protezione e sopralluoghi nelle strutture del RSPP, in accordo con il medico competente del lavoro.

- ✓ Attività di affiancamento, periodico e programmato, per tutte le strutture sulla gestione della cartella clinica, monitoraggio della gestione degli eventi avversi e dei processi relativi alla sicurezza delle cure.
- ✓ Audit trasversale a tutte le strutture sull'analisi e completezza della documentazione della cartella clinica dei soggetti inseriti nelle strutture accreditate, secondo le modalità indicate nella procedura specifica.
- ✓ Attività di sensibilizzazione all'utilizzo dello strumento "Scheda di segnalazione e gestione eventi avversi" rivolti al personale mediante specifici incontri di equipe con i referenti del Servizio Qualità e Sicurezza delle Cure aziendale.
- ✓ Affiancamento info - formativo sulla procedura gestione farmaci, mediante specifici incontri, a cura del Servizio Qualità e Sicurezza delle Cure aziendale, per il personale di tutte le strutture.
- ✓ Svolti audit SEA e predisposti piani di miglioramento.
- ✓ Organizzata per gli operatori di una sede operativa, una formazione specifica sul "trattamento dell'overdose da oppioidi con Naloxone" e sua adozione nella formulazione spray nasale.
- ✓ Organizzata una formazione specifica per giovani operatori (under 30), neo assunti (< 2 anni) e volontari, inclusa la gestione del rischio sanitario e la sicurezza dei pazienti.
- ✓ Organizzata una formazione di aggiornamento specifica per responsabili e i coordinatori di struttura, inclusa la gestione del rischio sanitario e la sicurezza dei pazienti.
- ✓ Migliorata la procedura sulla gestione dei farmaci e aggiornati i moduli allegati da usare e redatta una nuova istruzione operativa.

FONTI INFORMATIVE SULLA SICUREZZA DELLE CURE

Di seguito vengono riportate 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.

SCHEDA DI SEGNALAZIONE E GESTIONE EVENTI AVVERSI

Descrizione dello strumento

Mediante la scheda di "Segnalazione e gestione degli eventi avversi" (Mod. 20) si raccolgono le segnalazioni pervenute all'indirizzo dedicato, degli eventi e quasi eventi occorsi, in modo da poter effettuare l'analisi sugli accadimenti al fine di intraprendere azioni correttive di miglioramento preventive.

Nel corso del 2025, sono stati attivati interventi di sensibilizzazione e sollecitazione all'invio delle schede di segnalazione sia negli incontri formativi sul tema del rischio sanitario, sia all'interno di riunioni con i coordinatori di struttura.

Nel corso dell'anno sono pervenute, all'indirizzo dedicato, **62 segnalazioni** spontanee di incident reporting, con un trend in leggero calo rispetto al 2024, quando sono state 66, comunque

ampiamente superiori al 2023 (31), segno che si sta consolidando la prassi della segnalazione spontanea e della cultura che si basa dall'*imparare dagli errori*.

Analisi dei dati e delle criticità

Le segnalazioni pervenute, riguardano principalmente alcune grandi aree e temi: **la gestione dei farmaci, gli atti violenti eterodiretti da parte degli utenti, gravi trasgressioni al regolamento, le aggressioni ad operatori.**

Di seguito i dati rappresentati in tabella:

ANNO	GESTIONE FARMACI	GRAVI TRASGRESSIONI REGOLAMENTO	AGGRESSIONE AD OPERATORE	ALLONTANAMENTO AUTONOMO UTENTE	INFORTUNIO O MALORE UTENTE	GESTO VIOLENTO TRA UTENTI	GESTO AUTOLESIVO UTENTE	TOT
2025	13	10	5	8	7	13	6	62
TOT %	21%	16%	8%	13%	11%	21%	10%	100%

TAB. 1

ESITO	GESTIONE FARMACI	GRAVI VIOLAZIONI REGOLAMENTO	AGGRESSIONE AD OPERATORE	ALLONTANAMENTO AUTONOMO UTENTI	INFORTUNIO MALORE UTENTE	GESTO VIOLENTO UTENTE	GESTO AUTOLESIVO	TOT	TOT %
NM 1-2	3	1						4	6%
MEDIO 3-5	10	7	5	6	5	13	3	49	79%
SEVERO 6-8		2		2	2		3	9	15%
TOT	13	10	5	8	7	13	6	62	100%
TOT %	21%	16%	8%	13%	11%	21%	10%	100%	

TAB. 2

Valutazione dei risultati

Dalla TAB. 1, si evince che le segnalazioni riguardano principalmente tre grandi aree tematiche: la **gestione dei farmaci**, in miglioramento rispetto all'anno precedente sia numericamente che in percentuale; tra le cui cause segnaliamo una difficoltà di adesione alla cura farmacologica da parte degli utenti; **gravi trasgressioni al regolamento**, dovuta alla tipologia dell'utenza sempre più complessa e portatrice di gravi comorbidità e condizioni sanitarie in ingresso (craving, effetti collaterali dell'abuso di sostanze, patologie organiche, età avanzata, ecc.) e pur tuttavia anche in questo caso in calo.

Gli agiti violenti degli utenti sono in leggero aumento in termini di segnalazioni (+4); se vi aggiungiamo i casi di **aggressione verso un operatore**, rimasti sostanzialmente stabili (+1), vi è comunque un tema trasversale che è la **GESTIONE DELLA RABBIA (29%)** a cui dobbiamo porre la massima attenzione e trovare dei correttivi educativi, gestionali, organizzativi, ecc.

Gli atti violenti autolesivi sono sostanzialmente stabili (-1), come pure gli allontanamenti volontari degli utenti (+1). Gli utenti interessati hanno mostrato generalmente una **forte fragilità psichica e scarsa adesione al percorso terapeutico**.

Dalla TAB.2 si può notare che nei casi di **autolesionismo** gli **esiti severi** sono il **50%**; questo dato richiede un approfondimento specifico.

Dalla TAB. 2 e TAB.3, si può osservare che la maggioranza degli esiti, pari al **79% degli eventi** (49) ha un **esito medio**. Il 6% sono “quasi eventi”, il **15%, pari a 9 eventi, ha un esito severo**.



TAB. 3

RECLAMI - SUGGERIMENTI UTENTI - QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE UTENTI E PARENTI

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 familiari di seguito indicati:

- modulo per reclami
- questionario di soddisfazione utenti
- questionario soddisfazione parenti

Eventuali **reclami** da parte dell’utenza, possono pervenire in forma anonima attraverso l’apposita cassetta o in forma dialogica con il responsabile di struttura; quest’ultima modalità è quella più comunemente utilizzata ed incentivata dagli stessi operatori.

I **questionari di soddisfazione** degli **utenti** vengono raccolti annualmente per l’analisi delle informazioni e le conseguenti valutazioni.

Reclami	Non sono pervenuti reclami
Questionario di soddisfazione degli utenti	9 strutture hanno fatto la rilevazione di gradimento, i cui esiti sono indicati nelle Relazioni Annuali delle attività delle singole sedi. Non vi sono voci e situazioni di insufficienza.
Questionario di soddisfazione parenti	1 struttura ha fatto la rilevazione i cui esiti sono indicati nella Relazione Annuale delle attività.

Analisi dei dati e delle criticità

La **valutazione della soddisfazione complessiva** per la comunità in generale, da parte degli intervistati (voto da 1 a 10), **risulta essere ampiamente positiva con un voto medio complessivo pari a 8,4 su 10**. L'implementazione di un buon processo di **soddisfazione dell'utenza è un obiettivo molto importante** per chi vuole conseguire un buon livello di qualità dell'organizzazione, non solo rispetto all'assistenza, ma anche nel funzionamento complessivo del sistema comunità residenziale.

Valutazione dei risultati

L'analisi dei dati raccolti, ci fornisce importanti informazioni per migliorare la soddisfazione degli ospiti; l'ipotesi che ci guida è quella che maggior soddisfazione corrisponda a maggior efficacia del programma terapeutico, attivato dalla struttura residenziale e sia un indicatore proxy del buon esito del percorso residenziale.

INFORTUNI/VIOLENZA SU OPERATORI

Descrizione dello strumento

Presso i nostri uffici amministrativi vengono raccolti i dati relativi agli infortuni e gli agiti di violenza verso gli operatori.

Analisi dei dati e delle criticità

Dai dati ottenuti, nel 2025 si è verificato un solo infortunio a carico dei dipendenti, per 15 giorni di assenza.

Si segnalano **5 gesti di aggressione verbali verso gli operatori**, ma senza conseguenze fisiche. Questi eventi vanno sempre segnalati prontamente e monitorati.

FORMAZIONE SULLA SICUREZZA E PER LA RIDUZIONE DEGLI EVENTI

I dati di seguito riportati si riferiscono al quadro complessivo della formazione in tema di sicurezza erogata al personale della COMUNITA' PAPA GIOVANNI XXIII – coop. Soc. a r.l. ONLUS che include anche quello delle strutture accreditate.

Formazione salute e sicurezza

Ore totali	Tema formativo	N. partecipanti	Ore formazione pro-capite	Obbligatoria/ non obbligatoria
2	Agg. Antincendio - Livello 1	1	2	Obbligatoria per gli incaricati
10	Agg. Antincendio - Livello 2	4	5	Obbligatoria per gli incaricati
12	Agg. Formazione Specifica	15	6	obbligatoria
16	Agg. RLS	2	8	obbligatoria
4	Alimentarista	1	4	Obbligatoria per gli addetti
4	Antincendio - Livello 1	1	4	Obbligatoria per gli incaricati
48	Antincendio - Livello 2	21	8	Obbligatoria per gli incaricati
24	Carrellisti	2	12	Obbligatoria per gli addetti
32	Formazione Generale	36	4	obbligatoria
36	Formazione Specifica - Rischio Alto	16	12	obbligatoria
8	Formazione Specifica - Rischio Basso	16	4	obbligatoria
24	Formazione Specifica - Rischio Medio	11	8	obbligatoria
24	Patentino Carrello Elevatore	3	12	obbligatoria
8	Preposto	1	8	obbligatoria
60	Primo Soccorso B-C	24	12	Obbligatoria per gli incaricati
24	Aggiornamento formazione organizzativa manageriale per responsabili di sede e coordinatori	25	24	obbligatoria
25	Corso per giovani operatori, neo assunti e volontari	25	25	non obbligatoria
30	La normativa in tema di privacy dott.ssa Montani	80	2	obbligatoria

AUDIT – NON CONFORMITÀ

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

Audit clinici su appropriatezza ed esito	n. 18	Analisi annuale complessiva di Ente e su tutte le strutture
Audit abbandoni	n. 17	Analisi annuale complessiva sulle interruzioni di percorso svolta da ogni struttura e dall'Ente
Significant Event Audit (SEA)	n. 23	Analisi specifica sugli eventi significativi avvenuti con attivazione di azioni correttive
Audit cartelle	n. 17	Ha coinvolto tutte le strutture accreditate, secondo la Procedura aziendale specifica, analizzando tutte le cartelle utenti
Non conformità	n. 7	Le segnalazioni pervenute riguardano prevalentemente la procedura per la gestione e dell'auto somministrazione dei farmaci

RISARCIMENTI DANNI EROGATI

Ai sensi dell'art. 10 comma 4 legge 24/2017, la COMUNITA' PAPA GIOVANNI XXIII – coop. Soc. a r.l. IMPRESA SOCIALE ha stipulato un regolare contratto assicurativo per l'anno 2025.

DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE LAVORATIVA		
ANNO 2025	POLIZZA RCT/O 77461567	COMPAGNIA ASSICURATIVA ALLIANZ

CONTENZIOSO E RISARCIMENTO DANNI	
Anno	Risarcimento danni erogati
2021	Euro 4377 (3 contenziosi)
2022	Euro 0
2023	Euro 2655,50 (importo pagato parzialmente relativo a un contenzioso del 2016)
2024	Euro 0
2025	1 sinistro denunciato - importo pagato €8.500,00

N. POLIZZA GARANZIE PRESTATE/MASSIMALI ASSICURATI	
RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI	MASSIMALE ASSICURATO
PER SINISTRO	3.000.000,00
PER PERSONA	3.000.000,00
PER DANNI A COSE	3.000.000,00
RESPONSABILITA' CIVILE VERSO I PRESTATORI DI LAVORO	MASSIMALE ASSICURATO
PER SINISTRO	3.000.000,00
PER PERSONA	1.500.000,00

AZIONI PER IL MIGLIORAMENTO

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 indicate le proposte per la definizione degli obiettivi per **l'anno 2026**:

OBIETTIVO	AZIONE
Incrementare la segnalazione spontanea degli eventi, tramite scheda " Incident Reporting ".	Attività di sensibilizzazione all'utilizzo dello strumento "Scheda di segnalazione e gestione eventi avversi" rivolti ai coordinatori di sede e agli operatori, mediante specifici incontri di equipe con i referenti del Servizio Qualità aziendale, durante le visite di affiancamento.
Sviluppare le conoscenze e competenze per l'adozione di comportamenti idonei alla gestione delle situazioni di rischio e gestione dell'aggressività degli utenti , per prevenire comportamenti violenti tra utenti e verso il personale delle strutture.	Formazione sul riconoscimento e gestione dell'aggressività degli utenti in comunità; si prevede di realizzare un corso organizzato in collaborazione con l'ente di formazione IRECOOP di Rimini, per tutti gli operatori delle strutture dell'Ente, in modalità webinar e in presenza; il corso prevede la possibilità di ottenere i crediti ECM.
Favorire la corretta applicazione della procedura per la gestione dei farmaci e il contenimento degli errori	Incontri info-formativi , per operatori e volontari, sulla corretta applicazione della procedura per la gestione dei farmaci.
Aumentare l'uso degli audit SEA per l'analisi degli eventi occorsi per l'individuazione dei fattori che contribuiscono al verificarsi degli eventi avversi (fattori umani, ambientali, di comunicazione, legati a dispositivi medici, farmaci e/o procedure) e l'individuazione delle criticità migliorabili.	Attività di sensibilizzazione e affiancamento per l'utilizzo dello strumento " Scheda SEA " rivolti ai coordinatori di sede ed agli operatori, mediante specifici incontri di equipe con il referente del Servizio Qualità e Sicurezza delle Cure aziendale e i facilitatori delle sedi operative.
Adottare il nuovo registro interno informatizzato per la segnalazione degli incidenti, la registrazione dei sinistri, il monitoraggio della implementazione delle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella e il monitoraggio dei piani delle azioni di miglioramento a seguito delle analisi effettuate per l'individuazione dei fattori contribuenti degli eventi.	Adozione del Registro interno , indicato dal Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario, compilato a cura del Referente aziendale per la sicurezza delle cure e gestione del rischio sanitario.

Valutare il rischio suicidario , per i pazienti inseriti nelle strutture residenziali, tramite un'analisi proattiva di tipo FMEA-FMECA.	Attuazione dell' analisi proattiva FMEA-FMECA sul rischio suicidario, per i pazienti inseriti nelle strutture residenziali.
Applicare la Raccomandazione nazionale e regionale (Emilia Romagna) sul rischio suicidario in strutture residenziali e relativi protocolli assistenziali.	Implementazione di una Raccomandazione interna , in applicazione della Raccomandazione nazionale e regionale (Emilia Romagna) sul rischio suicidario in strutture residenziali e attivazione di un protocollo assistenziale.
Applicare le Raccomandazioni nazionali in tema di gestione dei farmaci (manipolazione farmaci in forma orale, gestione dei farmaci LASA, uso di abbreviazioni).	Implementazione di una Raccomandazione interna , in attuazione delle Raccomandazioni nazionali in tema gestione dei farmaci (manipolazione farmaci in forma orale, gestione dei farmaci LASA, uso di abbreviazioni).
Migliorare la gestione degli allontanamenti volontari degli utenti , inseriti nelle strutture residenziali per le dipendenze patologiche.	Implementazione di una nuova istruzione operativa sulla gestione degli allontanamenti volontari degli utenti.
Migliorare la gestione della cartella dell'utente , compresa l'area sanitaria, tramite digitalizzazione.	Implementazione di un programma applicativo informatizzato specifico, per la gestione digitalizzata della cartella dell'utente.
Migliorare la gestione del rischio overdose per gli utenti inseriti nelle strutture residenziali per le dipendenze patologiche.	Programmazione di una formazione specifica sul "trattamento dell'overdose da oppioidi con Naloxone " e sua adozione nella formulazione spray nasale , da parte delle sedi operative.

TRASPARENZA

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