



Azienda Ospedaliero Universitaria "Policlinico-Vittorio Emanuele"

Catania

Relazione

Ai sensi dell'art. 2 comma 5
della legge 08 marzo 2017

Aggiornamento
Anno 2020

Sommario

Introduzione3

1. Eventi sentinella4

2. Incident reporting10

3. Alert14

4. Ulteriori iniziative a contrasto del rischio clinico19

INTRODUZIONE

Così come affermato dal Manuale del Ministero della Salute “Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: manuale per la formazione degli operatori sanitari” la sicurezza dei pazienti è uno “dei fattori determinanti per la qualità delle cure” e costituisce elemento qualificante del SSN oltre a rappresentare specifico obiettivo assegnato dall’Assessorato Regionale della Salute alle Aziende Sanitarie nell’ambito dei Piani Attuativi Interaziendali.

L’Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Vittorio Emanuele, già da molti anni ha implementato, nel quadro del sistema qualità aziendale, misure per il monitoraggio, l’analisi ed il contrasto del rischio clinico.

Si è infatti proceduto già a partire dall’anno 2006 ad introdurre in Azienda un sistema di incident reporting attraverso il quale gli operatori, anche in forma anonima e confidenziale, hanno proceduto a segnalare sia possibili eventi avversi che near miss.

Tale sistema di segnalazione, nel corso degli ultimi anni, ha affiancato alla sua versione cartacea una sovrapponibile versione in formato elettronico.

Accanto al sistema di incident reporting, l’azienda ha anche attivato, in ragione di quanto previsto dal Ministero della salute, il programma per la segnalazione degli eventi sentinella attraverso il quale a partire dall’anno 2010 sono stati segnalati 100 casi.

I due sistemi sopra citati, incident reporting e segnalazione degli eventi sentinella come tutti i sistemi di segnalazione che hanno una base prevalentemente volontaria risentono del livello di collaborazione e della sensibilità degli operatori sui temi della sicurezza.

I ricercatori di sanità pubblica hanno stabilito che solo il 10-20% degli errori vengono segnalati e, di questi, il 90-95% non causa alcun danno ai pazienti. Gli ospedali hanno pertanto bisogno di un modo più efficace per identificare gli eventi che causano danni ai pazienti, al fine di quantificare il grado e la gravità degli stessi, e per individuare e testare appropriate azioni correttive.

Pertanto al fine di individuare il maggior numero di eventi che hanno causato danni o potenzialmente in grado di causare danno, l’Azienda partecipa, in qualità di capofila, al progetto regionale Global Trigger Tool, metodologia predisposta dall’IHI per la quantificazione degli eventi avversi, per la loro identificazione e per il monitoraggio nel tempo.

La metodologia Global Trigger Tool (GTT) si basa su una revisione retrospettiva di un campione casuale di cartelle cliniche ospedaliere per la ricerca di “trigger” (o indizi) finalizzati a identificare possibili eventi avversi, al fine di avviare azioni correttive che siano applicabili, oltre che per il singolo caso, a tutto l’ambito aziendale.

La metodologia, il limite di tempo consigliato per la revisione e la selezione casuale dei ricoveri sono stati progettati per produrre un campione di cartelle cliniche sufficiente per determinare i tassi di eventi avversi e per monitorare i miglioramenti nel tempo.

Con la presente relazione, nello spirito di quanto previsto dall'art. 2 comma 5 della legge n° 24 dell'08 marzo 2017, si intendono rappresentare a consuntivo, e ad aggiornamento della precedente relazione, gli eventi avversi registrati nel corso dell'anno 2020 presso le strutture aziendali, segnalati con i tradizionali sistemi di incident reporting e con gli eventi sentinella .

Verranno altresì rappresentate le misure di miglioramento avviate per il superamento delle criticità evidenziate.

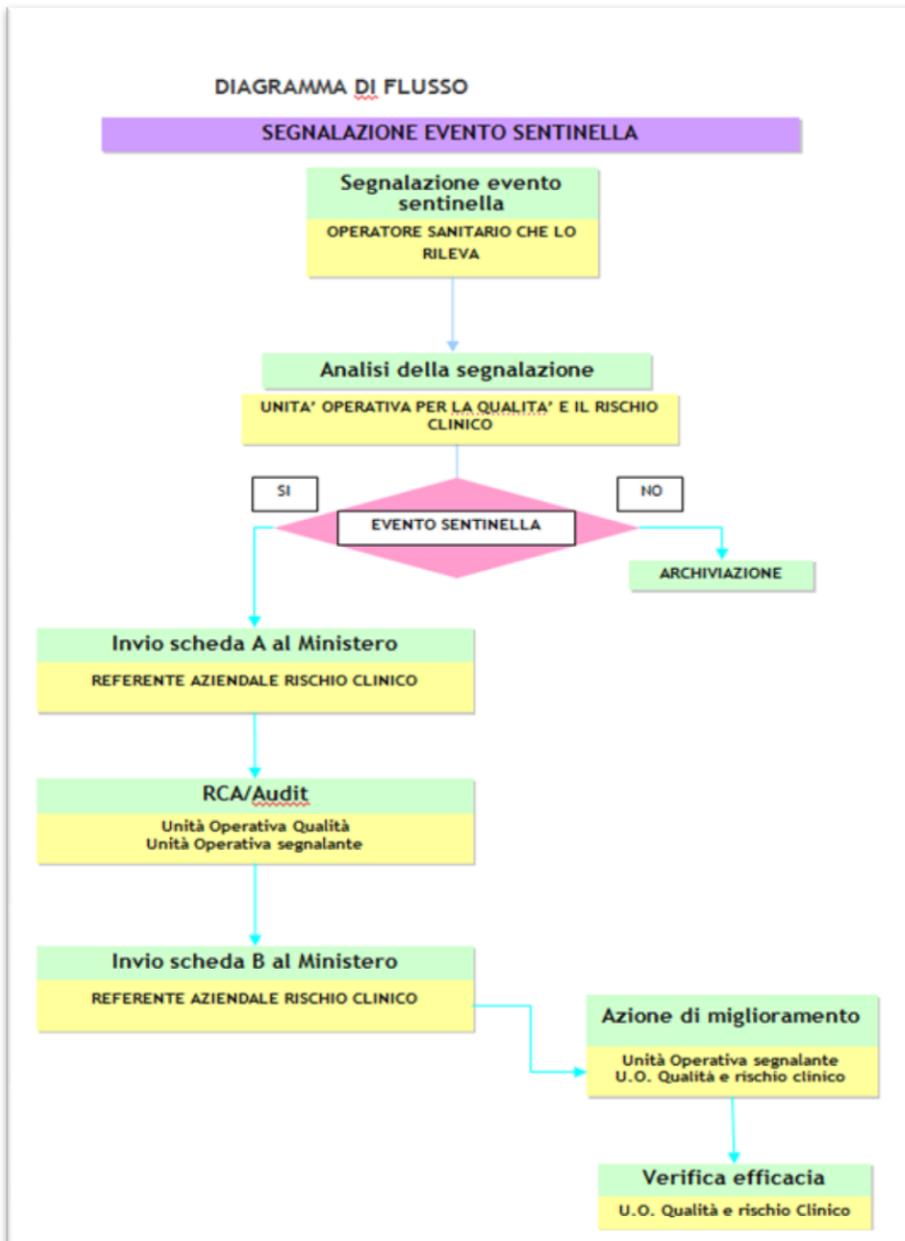
Peraltro nella presente relazione verranno indicate alcuni degli alert sviluppati a seguito di eventi appresi attraverso l'analisi dei casi di contenzioso registrati nel corso dell'attività del CAVS.

Pertanto la presente relazione è integrata con gli aggiornamenti e l'analisi dei dati relativi all'anno 2020.

1. Eventi sentinella

Nel corso dell'anno 2009 il Ministero della Salute ha pubblicato il Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella, in attuazione di quanto deciso dall'intesa Stato/Regioni del 20 marzo 2008 nell'ambito delle quale è stata prevista l'attivazione dell'Osservatorio Nazionale sugli eventi sentinella.

Già a partire dall'anno 2010 l'Azienda ha proceduto alla segnalazione degli eventi sentinella e all'analisi delle cause che hanno determinato l'evento, utilizzando lo schema di segnalazione riportato nel seguente diagramma di flusso:



Dal momento dell'attivazione del percorso di segnalazione degli eventi sentinella, più volte si è proceduto ad indicare alle Unità Operative le modalità attraverso le quali effettuare la segnalazione stessa, peraltro ribadite nel corso degli anni nel corso dell'attività formativa e con note del responsabile della U.O. Qualità e Rischio Clinico, dr. Vincenzo Parrinello, trasmesse ai Direttori, ai referenti qualità e ai coordinatori infermieristici delle unità operative aziendali (prot 6125 del 18 luglio 2016).

Le cause che hanno determinato l'evento, in relazione a quanto previsto dal Protocollo ministeriale, sono state approfondite mediante tecniche di analisi del rischio, quali l'audit o la root cause analysis.

Tali tecniche di analisi sono state peraltro oggetto di specifiche attività formative sia in ambito aziendale che interaziendale, in ragione degli obiettivi assegnati dall'Assessorato Regionale della Salute con il Piano Attuativo Interaziendale dell'area metropolitana di Catania.

In particolare, dal momento dell'attivazione del flusso, sono stati segnalati :

- 4 casi nel corso dell'anno 2010;
- 12 casi nel corso dell'anno 2011;
- 13 casi nel corso dell'anno 2012;
- 11 casi nel corso dell'anno 2013;
- 15 casi nel corso dell'anno 2014;
- 12 casi nel corso dell'anno 2015;
- 4 casi nel corso dell'anno 2016;
- 6 casi nel corso dell'anno 2017;
- 13 casi nel corso dell'anno 2018;
- 7 casi nel corso dell'anno 2019;
- 3 casi nel corso dell'anno 2020;

In relazione alla frequenza degli eventi si evidenziano complessivamente fino al dicembre 2020:

Evento sentinella	N° casi
Morte o grave danno per caduta di paziente	32
Atti di violenza a danno di operatore	27
Morte o grave danno imprevisi conseguente ad intervento chirurgico	7
Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	6
Errata procedura su paziente corretto	5
Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita	4
Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure	6
Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente	5
Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso	3
Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale	3
Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto	1
Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)	1

Peraltro, occorre segnalare che l'azienda, nell'ambito del proprio sistema qualità, ha implementato una serie di regolamenti e procedure, con la relativa modulistica laddove necessaria, volte, tra l'altro, a ridurre i rischi collegati ad alcuni degli eventi sopra indicati:

Regolamento Prevenzione rischio di caduta

Regolamento misure preoperatorie generali

Regolamento Prevenzione del rischio nella gestione dei farmaci

Regolamento Modalità di compilazione della richiesta di esame cito-istologico, di identificazione, invio, trasporto e raccolta dei campioni cito-istologici

Regolamento Indicazioni all'uso degli emocomponenti e degli emoderivati

Regolamento Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di potassio

Regolamento Modalità di utilizzo dell'elettrobisturi

Regolamento Scheda Unica di Terapia

Regolamento Gestione della ferita chirurgica

Procedura Modalità di identificazione del paziente

Procedura Modalità di identificazione del paziente prima della trasfusione

Procedura Modalità di identificazione e marcatura del sito chirurgico

Procedura per la Somministrazione dei farmaci chemioterapici

Procedura Modalità di gestione dell'isolamento dei pazienti con malattie esantematiche in pronto soccorso generale

Procedura Modalità di gestione dell'isolamento dei pazienti con malattie esantematiche in pronto soccorso ostetrico

Procedura "Prevenzione del rischio di suicidio in ospedale" emessa approvata in data 21 gennaio 2019

Procedura "Prevenzione della ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico"

Tutti regolamenti, le procedure, la modulistica allegate, ivi compresi quelli sopra riportati, e le Raccomandazioni del Ministero della salute sono rese disponibili attraverso il sito dell'Unità Operativa Qualità e Rischio clinico <https://www.qualita-rischioclinico.it/> e sono oggetto di specifica attività di formazione concretizzata nella effettuazione di due percorsi formativi a piccoli gruppi "Le procedure aziendali per la sicurezza del paziente in area chirurgica" e "Le procedure aziendali per la sicurezza del paziente in area medica", la cui programmazione, per l'anno 2020, ha risentito delle

limitazioni imposte alle attività formative in aula dall'emergenza collegata alla pandemia da SARS-COV2.

Relativamente all'anno 2020 sono stati segnalati 3 eventi sentinella, di cui **due** da riferirsi ad atti di violenza a danno di operatori, **uno** da riferirsi a "caduta di paziente".

Lista eventi sentinella								
	Tipologia Evento	Identif. Evento	Data Evento	Regione	Struttura Sanitaria	Residuo gg per RCA	Stato scheda A	Stato scheda B
○	MORTE O GRAVE DANNO PER CADUTA DI PAZIENTE	10710	03/03/2020	SICILIA	PRESIDIO OSPEDALIERO VITTORIO EMANUELE	Inviata	SCHEDA A - VALIDATA	SCHEDA B - VALIDATA
○	ATTI DI VIOLENZA A DANNO DI OPERATORE	10716	14/02/2020	SICILIA	PRESIDIO OSPEDALIERO S.MARCO	Inviata	SCHEDA A - VALIDATA	SCHEDA B - IN LAVORAZIONE
○	ATTI DI VIOLENZA A DANNO DI OPERATORE	10571	06/01/2020	SICILIA	PRESIDIO OSPEDALIERO S.MARCO	Inviata	SCHEDA A - VALIDATA REGIONE	SCHEDA B - VALIDATA REGIONE

Le categorie di evento, **atto di violenza a danno di operatore**, rientra tra quelli maggiormente rappresentati a livello aziendale e nazionale e, in relazione ai numerosi casi segnalati nell'intera nazione, costituisce elemento di forte preoccupazione fra gli operatori sanitari, in particolare fra quelli operanti nelle aree di emergenza.

In particolare nella nostra azienda gli atti di violenza a danno di operatori, segnalati nel corso dell'anno 2020, sono tutti avvenuti nel nuovo presidio ospedaliero San Marco che, in relazione alla prevista prossima attivazione del Pronto Soccorso Generale, necessita dell'attivazione di un posto fisso di polizia.

L'analisi di tali eventi ha fatto emergere le seguenti criticità: problemi di comunicazione medico-paziente, problemi di comunicazione fra operatori, insufficiente adesione alle procedure e ai regolamenti adottati dall'Azienda, possibili lacune formative.

In ogni caso le segnalazioni hanno consentito all'Azienda di intervenire con azioni correttive ed in particolare:

Per gli eventi sentinella **atti di violenza a danno di operatori**, oltre alle azioni di miglioramento avviate nel corso del triennio 2016-2018 riportate nel successivo riquadro:

- Rafforzamento della presenza del personale di vigilanza all'interno del PSG del P.O. Vittorio Emanuele;
- Installazione di un sistema di videosorveglianza nelle aree comuni del PSG del P.O. Vittorio Emanuele;
- Incontro con la Polizia di Stato per la condivisione di misure a contrasto degli episodi di violenza a danno degli operatori. L'incontro fra dirigenti della Polizia di Stato,

Direzione aziendale e operatori del PS è stato tenuto presso l'auditorium "A. Mazzeo" del P.O. Vittorio Emanuele;

- Disposizione di servizio emanata dal Direttore Generale ff. e dal Direttore Sanitario Aziendale (prot. 0033767/2018) con la quale sono state fornite indicazioni sulle modalità di accesso al PSG del P.O. Vittorio Emanuele, sulle nuove modalità di effettuazione del servizio di vigilanza e sul rafforzamento del personale OSS.
- Riconferma della costituzione di parte civile dell'azienda nei confronti di coloro i quali compiono atti di violenza agli operatori;

nel corso dell'anno 2020 dopo attività di audit svolta presso il **Presidio Ospedaliero San Marco** dall'Unità Operativa per la Qualità e il Rischio Clinico (nota 691/2020) sono state avanzate alla Direzione le ulteriori seguenti proposte di miglioramento:

- Installazione di un sistema di videosorveglianza per le aree comuni del pronto soccorso ostetrico e per i varchi di accesso ai reparti del P.O. San Marco;
- Attivazione nel PS Ostetrico e nei reparti di un sistema di allertamento rapido della vigilanza interna;
- La richiesta alla Direzione affinché proponga ai responsabili delle Forze di Pubblica Sicurezza di Catania l'attivazione di un posto fisso di polizia all'interno del presidio ospedaliero in considerazione della presenza dei PP. SS Ostetrico e Pediatrico e dalla prossima attivazione del Pronto Soccorso Generale;
- L'inserimento nel piano della formazione di specifici programmi rivolti agli operatori per il miglioramento della comunicazione con gli utenti e finalizzati alla gestione delle situazioni di conflittualità.
- Il mantenimento del modello già avviato, a tutela del dipendente, di costituzione in giudizio dell'Azienda in caso di aggressione nei confronti degli operatori

Per l'evento sentinella collegato alla caduta del paziente sono state concordate le seguenti proposte di miglioramento:

- Direttiva da parte del direttore dell'U.O. con l'indicazione che i pazienti prima e dopo essere stati sottoposti ad intervento chirurgico, anche ambulatoriale, siano accompagnati con la sedia rotelle";
- Diffusione di uno specifico alert riportante le buone pratiche per limitare il rischio di caduta nei pazienti dimessi dai blocchi operatori (<https://www.qualita-rischioclinico.it/alert>)

ALERT 1 - 2020

Gli **alert** del sistema di gestione per la qualità e rischio clinico intendono attirare l'attenzione su **eventi potenzialmente rischiosi** o **eventi avversi** segnalati da operatori dell'azienda con l'incident reporting

Caduta di un paziente

Un paziente appena uscita da una sala operatoria dopo intervento cadeva mentre veniva accompagnata verso la degenza, seppur in presenza di un infermiere che la aiutava a deambulare,

Good practice 1-2020

1. Tutti i pazienti devono essere avviati ai blocchi operatori, anche se in grado di deambulare, devono essere accompagnati dal personale utilizzando la sedia a rotelle o la barella.
2. Tutti i pazienti dimessi dai blocchi operatori, anche se in grado di deambulare, devono essere accompagnati dal personale utilizzando la sedia a rotelle o la barella.

Rif.

Regolamento aziendale R-5-3 Gestione del rischio di caduta in ospedale

Raccomandazione n° 13 del Ministero della Salute "Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie"

International Patient Safety Goals - IPSG. 6- "L'organizzazione elabora un metodo per ridurre il rischio di danno subito dal paziente a seguito di caduta

accidentale" - DECRETO 12 agosto 2011 Approvazione dei nuovi standard Joint Commission International per la gestione del rischio clinico (GURS n° 65 del 16 settembre 2011)

- Ove possibile, nel rispetto delle limitazioni imposte dalla pandemia da SARS-COV 2, prosecuzione dell'attività formativa sulle procedure aziendali, fra le quali la gestione del paziente a rischio di caduta;

2 Incident Reporting

L'incident reporting è una modalità di raccolta strutturata delle segnalazioni degli eventi indesiderati e dei near miss, che gli operatori sanitari fanno in maniera anonima e volontaria.

Questo strumento, adottato in azienda già dal 2006, è uno dei sistemi che ha permesso alla U.O. Qualità e Rischio Clinico di raccogliere dati ed eseguire analisi su di una serie di venti avversi o near miss, che si sono dimostrate utili per la programmazione di strategie di prevenzione e contrasto del rischio clinico e per lo svolgimento di azioni di miglioramento.

Per facilitare la segnalazione degli eventi l'U.O. per la Qualità e il Rischio Clinico ha predisposto un modulo cartaceo ed una versione informatizzata del modulo stesso a cui possono accedere tutti gli operatori collegandosi alla pagina "qualità e rischio clinico" del sito web aziendale nella sezione modulistica. <http://www.qualita.csmct.it/node/78>.

Di seguito si riporta il modulo di segnalazione:

Azienda Ospedaliera Università "Policlinico - Vittorio Emanuele" Catania
 Unità Operativa per la Qualità e Rischio Clinico
 Responsabile: dott. Vincenzo Fariello

scheda per la segnalazione di eventi avversi o mancati incidenti

I dati della presente scheda sono assolutamente riservati e dalle informazioni in essa contenute non potranno prendere avvio azioni giudiziarie o disciplinari; tali dati verranno utilizzati esclusivamente per il miglioramento della gestione del rischio clinico.

UNITÀ OPERATIVA	COGNOME E NOME	QUALIFICA
Facoltativo	Facoltativo	<input type="checkbox"/> MEDICO <input type="checkbox"/> INFERMIERE <input type="checkbox"/> TECNICO <input type="checkbox"/> ASSISTA <input type="checkbox"/> ALTRO anni
Paziente		
Cognome e Nome		
Dove è successo?		
Cosa è successo?		
Cosa si è reso necessario fare?		
Quali esiti ha comportato l'evento?		

Modello "Segnalazione incidenti mancati/eviti avversi"
M_PQ-8-02_3 ed. 1 rev. 01 del 30 luglio 2014

Pagina 1 di 2

Azienda Ospedaliera Università "Policlinico - Vittorio Emanuele" Catania
 Unità Operativa per la Qualità e Rischio Clinico
 Responsabile: dott. Vincenzo Fariello

Perché è successo?

Professionista	Comunicazione interna	Organizzazione	Paziente
<input type="checkbox"/> personale di nuova acquisizione	<input type="checkbox"/> calligrafia illeggibile	<input type="checkbox"/> mancanza di procedura scritta	<input type="checkbox"/> non collaborante
<input type="checkbox"/> mancanza di esperienza	<input type="checkbox"/> assenza di procedure	<input type="checkbox"/> carenze di personale	<input type="checkbox"/> rapporto conflittuale
<input type="checkbox"/> non conoscenza di una procedura esistente	<input type="checkbox"/> prescrizione poco chiara	<input type="checkbox"/> impossibilità ad applicare una procedura esistente	<input type="checkbox"/> straniero
<input type="checkbox"/> distrazione	<input type="checkbox"/> consegne incomplete	<input type="checkbox"/> squilibrio nella attribuzione dei compiti	<input type="checkbox"/> fattori costituzionali e/o anatomici
<input type="checkbox"/> dimenticanza	<input type="checkbox"/> mancanza di bracciale identificativo	<input type="checkbox"/> carenze manutenzione apparecchiatura	<input type="checkbox"/> fattori legati alla patologia
<input type="checkbox"/> mancata applicazione di una precedente nota	<input type="checkbox"/> prescrizione verbale poco chiara	<input type="checkbox"/> non conoscenza corrente utilizzo apparecchiatura	<input type="checkbox"/> comunicazione
<input type="checkbox"/> fretta	<input type="checkbox"/> definizione di ruoli e responsabilità avverse e poco chiara	<input type="checkbox"/> mancanza di supervisione	<input type="checkbox"/> informazione
<input type="checkbox"/> altro (specificare)			
<input type="checkbox"/> individuazione precoce		<input type="checkbox"/> altro (specificare)	
<input type="checkbox"/> buona assistenza			
<input type="checkbox"/> rispetto di una procedura			
<input type="checkbox"/> fortuna			

Firma

(Fariello)

Valutazione dell'evento

<input type="checkbox"/> nessun esito	L'evento non ha provocato nessun danno
<input type="checkbox"/> esito minore	L'evento ha richiesto osservazioni e/o monitoraggi ulteriori
<input type="checkbox"/> esito moderato	L'evento ha richiesto indagini diagnostiche (es: esami di laboratorio, diagnostica per immagini) e/o trattamenti minori (es: braccialetti, somministrazione di farmaci...)
<input type="checkbox"/> esito significativo	L'evento ha comportato un danno che richiede intervento chirurgico oppure ha comportato la cancellazione o posticipo del trattamento e/o trasferimento ad altra U.O. ma senza il prolungamento della degenza
<input type="checkbox"/> esito severo	L'evento ha richiesto l'ammissione in ospedale o prolungamento della degenza
<input type="checkbox"/> evento sentinella	L'evento ha comportato una disabilità permanente o ha contribuito al decesso

*Invitare in busta chiusa a:
 U.O. per la Qualità - Scuola per la Gestione dei Servizi Ospedalieri e Sanitari
 Presidio Vittorio Emanuele Fax 095 7436620; e-mail: rischioclinico@ao-ve.it*

Modello "Segnalazione incidenti mancati/eviti avversi"
M_PQ-8-02_3 ed. 1 rev. 01 del 30 luglio 2014

Pagina 2 di 2

A partire dal 2011 e fino sono state effettuate **91** segnalazioni, di cui:

- 8 casi nel 2011;
- 10 casi nel 2012;
- 16 casi nel 2013;
- 5 casi nel 2014;
- 14 casi nel 2015;
- 2 casi nel 2016;
- 13 casi nel 2017;
- 3 casi nel 2018;
- 9 casi nel 2019;
- 11 casi nel 2020

Nel corso dell'anno 2020 sono stati segnalati 11 eventi, di cui uno pervenuti con segnalazione cartacea, anche se in tal caso non è stato utilizzato il modulo previsto, e 10 attraverso il meccanismo di segnalazione informatico.

I casi hanno riguardato:

- L'identificazione di un paziente avviato alla sala operatoria – sulla check list di preparazione all'intervento e sul braccialetto si riscontrava l'applicazione di tagliandi identificativi riferiti d altro paziente. L'evento non ha comportato danno per il paziente.
- Incompleta preparazione del paziente ad intervento chirurgico- non era stata rimossa la protesi, ne eseguita la tricotomia. Nella scheda di trasferimento del paziente non veniva segnalato che lo stesso era portatore di pace maker. Allungamento tempi di preparazione del paziente e dei tempi di monitoraggio. L'evento non ha comportato danno per il paziente.
- Errore nella sequenza di somministrazione di un chemioterapico - In particolare, il paziente doveva ricevere il farmaco A, alle ore 8 e alle ore 20 e il farmaco B alle ore 10. Invece, alle ore 10 è stato "risomministrato" il farmaco A, già disponibile in reparto per la somministrazione serale delle ore 20.00, al posto del farmaco B. Soltanto alle ore 20.00, quando andava somministrata la seconda dose del farmaco A, essendo disponibile solo il farmaco B ci si è resi conto dell'errore. La prescrizione era corretta, così come il flusso generato dall'Unità di preparazione dei Farmaci Antitumorali (UFA). L'evento non ha comportato danno per il paziente, anche se si è reso necessario sottoporlo a monitoraggio.
- Due casi di ritardo nella diagnostica TC a seguito di contrasti circa l'appropriatezza dell'esame fra medico richiedente e radiologo che hanno determinato ritardo nel trattamento.
- Incidente ad una paziente piastrinopenica a seguito di accidentale distacco di una finestra che la colpiva– venivano richiesti esami che escludevano fratture della parte colpita. In ogni caso si è reso necessario sottoporre la paziente ad osservazione e monitoraggio.
- Somministrazione di un farmaco che in scheda unica di terapia risultava essere stato sospeso. L'evento non ha comportato conseguenze per il paziente che in ogni caso è stato sottoposto a monitoraggio ed osservazione ulteriore con conseguente allungamento della degenza.
- Nel corso di un turno notturno è stato somministrato un farmaco ev diverso da quello prescritto. L'evento non ha comportato conseguenze per il paziente che in ogni caso è stato sottoposto a monitoraggio ed ulteriore osservazione.
- Nel corso di un turno della mattina stava per essere somministrato un farmaco ev diverso da quello prescritto. Il near miss non ha comportato conseguenze per il paziente.
- Richiesta pervenuta al centro trasfusionale per una paziente già nota allo stesso che, in fase di ricontrollo del gruppo sanguigno, non veniva identificata in modo corretto dal reparto richiedente (pz 0 positivo - ricontrollo B negativo). L'errore veniva intercettato dal centro trasfusionale che richiedeva ricontrollo del gruppo. Il successivo controllo confermava il gruppo della prima determinazione (paziente 0 positivo). Chi ha eseguito il prelievo del campione per il ricontrollo del

gruppo non ha identificato correttamente il paziente. L'evento, indice di una importante problematica organizzativa, non ha comportato danno per il paziente essendo stato intercettato dai sistemi di controllo posti in essere dal Centro Trasfusionale.

- Errore nella somministrazione di un chemioterapico - In particolare, ad una paziente A.B è stato somministrato un farmaco destinato alla paziente B.G. per un errore nell'applicazione della procedura di identificazione attiva della paziente. Il personale infermieristico ha informato dell'accaduto il dirigente medico in turno che ha provveduto ad informare la paziente dell'accaduto. Accorgendosi dell'errore si è proceduto alla immediata sospensione del farmaco che per la quantità erogata non ha determinato eventi tossici. L'evento ha comportato un allungamento dei tempi di monitoraggio e dimissione della paziente.

Peraltro, considerata la percezione del sotto utilizzo del sistema di incident reporting, già a partire dal 2019 con conclusione nel corso dell'anno 2020, l'U.O. per la Qualità e il rischio Clinico, con il supporto degli studenti del corso di Laurea Magistrale in Scienze Riabilitative delle professioni sanitarie, ha proceduto ad effettuare una rilevazione sulla conoscenza e l'utilizzo dello strumento dell'incident reporting da parte del personale.

Per la rilevazione è stata utilizzata una specifica scheda, sotto rappresentata.

U.O.																				
ID	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Sesso	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
Età																				
Rapporto di lavoro	IND																			
	DET																			
Qualifica																				
Conosce la scheda di incident reporting	SI																			
	NO																			
Ha mai utilizzato la scheda di incident reporting	SI																			
	NO																			
Se NO, perché: non ho mai commesso errori																				
Se NO, perché: paura di essere punito																				
Se NO, perché: la scheda è complicata																				
Se NO, perché: l'evento non ha avuto conseguenze o solo danni minimi																				
Se NO, perché: è quasi normale che accadono certi incidenti che sono molto frequenti																				
Se NO, perché: non so che cosa debba essere segnalato																				
Se NO, perché: dopo una segnalazione non ho nessun riscontro																				
Se NO, perché: non ho tempo																				
Se NO, perché: sono a tempo determinato e presto andrò via																				

LEGENDA

Qualifica: Medico (M), Infermiere (I), Ostetrica (O) Coordinatore Infermieristico (CI), Direttore (D), Personale tecnico (T)

Nel corso del periodo di rilevazione sono stati complessivamente intervistati 390 dipendenti afferenti a 18 diverse Unità Operative, di cui il 74% infermieri, il 25% medici e l'1% altro personale sanitario.

Dai risultati è emerso che il 67% degli intervistati conosceva il sistema di segnalazione degli eventi avversi anche se alcuni non conoscevano il termine di "incident reporting"

Dallo studio è emerso che, rispetto agli intervistati, solo 74 operatori avevano utilizzato lo strumento di segnalazione almeno una volta, mentre la maggior parte degli operatori ha affermato di non avere avuto occasione di usare lo strumento perché ritengono di non avere commesso errori.

Il 16% circa fra coloro i quali hanno affermato di non avere utilizzato lo strumento di segnalazione ha affermato che, pur essendosi trovata davanti ad un evento avverso, non ha segnalato perché l'evento non ha determinato conseguenze negative.

Inoltre sono state anche segnalate 18 cadute, una della quali, in base alla comunicazione pervenuta, presentava caratteristiche tali da essere segnalata come evento sentinella al Ministero della Salute attraverso il flusso SIMES.

Le segnalazioni delle cadute sono state registrate con apposita scheda e specifico flusso informativo.

In particolare nel corso dell'anno 2020

- 8 segnalazioni sono pervenute da UU.OO. del P.O. Rodolico
- 9 segnalazioni sono pervenute da UU.OO. del P.O. San Marco
- 1 segnalazione da U.O. del P.O. Vittorio Emanuele

In due casi come conseguenze delle cadute sono stati riscontrati traumi minori, in un caso trauma maggiore segnalato come evento sentinella.

In ogni caso la quasi totalità dei casi ha comportato l'esecuzione di ulteriori indagini diagnostiche, in particolare radiologiche, volte ad escludere o confermare possibili eventi traumatici.

3 Alert

Nel corso dell'anno 2020, quali azioni di miglioramento conseguenti a segnalazioni di eventi avversi, sono stati effettuati tre alert, che vanno ad aggiungersi a quelli dei precedenti anni, rivolti a tutto il personale, diffusi attraverso il sito della U.O. Qualità e Rischio Clinico <https://www.qualita-rischioclinico.it/alert> ed in particolare:

- Caduta di un paziente – segnalato come evento sentinella

ALERT 1 - 2020

Gli **alert** del sistema di gestione per la qualità e rischio clinico intendono attirare l'attenzione su **eventi potenzialmente rischiosi** o **eventi avversi** segnalati da operatori dell'azienda con l'incident reporting

Caduta di un paziente

Un paziente appena uscita da una sala operatoria dopo intervento cadeva mentre veniva accompagnata verso la degenza, seppur in presenza di un infermiere che la aiutava a deambulare,

Good practice 1-2020

1. Tutti i pazienti devono essere avviati ai blocchi operatori, anche se in grado di deambulare, devono essere accompagnati dal personale utilizzando la sedia a rotelle o la barella.
2. Tutti i pazienti dimessi dai blocchi operatori, anche se in grado di deambulare, devono essere accompagnati dal personale utilizzando la sedia a rotelle o la barella.

Rif.

Regolamento aziendale R-5-3 Gestione del rischio di caduta in ospedale

Raccomandazione n° 13 del Ministero della Salute "Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie"

International Patient Safety Goals - IPSG. 6- "L'organizzazione elabora un metodo per ridurre il rischio di danno subito dal paziente a seguito di caduta accidentale" - DECRETO 12 agosto 2011 Approvazione dei nuovi standard Joint Commission International per la gestione del rischio clinico (GURS n° 65 del 16 settembre 2011)

- Errore di identificazione del paziente nella determinazione del gruppo sanguigno

Alert 2-2020

Gli **alert** del sistema di gestione per la qualità e rischio clinico intendono attirare l'attenzione su **eventi potenzialmente rischiosi** o **eventi avversi** segnalati da operatori dell'azienda con l'incident reporting

Errore di identificazione del paziente nella determinazione del gruppo sanguigno

È stato eseguito il prelievo ematico per la determinazione del gruppo sanguigno al paziente sbagliato.
Il paziente era stato identificato con il numero di stanza e di posto letto
È stata omessa l'identificazione attiva

Good practice 2-2020

1. L'infermiere che esegue il prelievo deve verificare che i dati anagrafici trascritti nelle richieste corrispondano a quelli del paziente, chiedendo allo stesso di pronunciare nome, cognome e data di nascita, controllando che i dati anagrafici siano coerenti con quelli contenuti nella richiesta e nelle provette.
2. In caso di paziente non collaborante o in coma, i dati anagrafici del paziente sono controllati dal braccialetto identificativo.
3. Con le medesime modalità di identificazione del paziente, in un tempo diverso, possibilmente da operatore diverso, deve essere eseguito un secondo prelievo.

Rif. ["Regolamento "Indicazioni all'uso degli emocomponenti e degli emoderivati"](#)

- Errore nella rimozione di un drenaggio chirurgico

Alert 3-2020

Gli **alert** del sistema di gestione per la qualità e rischio clinico intendono attirare l'attenzione su **eventi potenzialmente rischiosi** o **eventi avversi** segnalati da operatori dell'azienda con l'incident reporting

Errore nella rimozione di drenaggio chirurgico

Nel corso della rimozione di un drenaggio chirurgico è stata ritenuta l'estremità all'interno del sito chirurgico. La TC addome ha evidenziato la presenza di "una formazione tubulare di 15 cm circa e dello spessore di 6 mm ad apice distale nello scavo pelvico.

Good practice 3-2020

1. Lavarsi le mani;
 2. Indossare guanti non sterili e gli altri dispositivi di protezione individuale;
 3. Scaricare l'aspirazione, se il drenaggio è in aspirazione;
 4. Disinfettare il sito;
 5. Rimuovere i punti di sutura di ancoraggio senza danneggiare il drenaggio;
 6. Stabilizzare la cute con la mano;
 7. Estrarre il drenaggio;
 8. Dopo la rimozione controllare l'integrità del dispositivo rimosso;
 9. Medicare il sito di rimozione del drenaggio;
 10. Registrare nella documentazione sanitaria la procedura di rimozione;
- Rif. [https://opentextbc.ca/clinicalskills/ Checklist 40: Drain Removal](https://opentextbc.ca/clinicalskills/Checklist%2040%3A%20Drain%20Removal) <https://opentextbc.ca/clinicalskills/chapter/4-8-drain-management-and-removal/>

- Errore nella rimozione di drenaggio chirurgico – segnalato come evento sentinella

ALERT 1 - 2019

Gli **alert** del sistema di gestione per la qualità e rischio clinico intendono attirare l'attenzione su **eventi potenzialmente rischiosi** o **eventi avversi** segnalati da operatori dell'azienda con l'incident reporting

Errore nella rimozione di un drenaggio chirurgico

Nel corso della rimozione di un drenaggio chirurgico è stata ritenuta l'estremità all'interno del sito chirurgico

Good practice 1-2019

1. Lavarsi le mani;
 2. Indossare guanti non sterili e gli altri dispositivi di protezione individuale;
 3. Scaricare l'aspirazione, se il drenaggio è in aspirazione;
 4. Disinfettare il sito;
 5. Rimuovere i punti di sutura di ancoraggio senza danneggiare il drenaggio;
 6. Stabilizzare la cute con la mano;
 7. Estrarre il drenaggio;
 8. Dopo la rimozione controllare l'integrità del dispositivo rimosso;
 9. Medicare il sito di rimozione del drenaggio;
 10. Registrare nella documentazione sanitaria la procedura di rimozione;
- Rif. [https://opentextbc.ca/clinicalskills/ Checklist 40: Drain Removal](https://opentextbc.ca/clinicalskills/Checklist%2040%3A%20Drain%20Removal) <https://opentextbc.ca/clinicalskills/chapter/4-8-drain-management-and-removal/>

- Errore nella somministrazione della terapia

ALERT 2 - 2019

Gli alert del sistema di gestione per la qualità e rischio clinico intendono attirare l'attenzione su **eventi potenzialmente rischiosi** o **eventi avversi** segnalati da operatori dell'azienda con l'incident reporting

Errore nella somministrazione della terapia

E' stato somministrato un flacone da 500 ml di soluzione glucosata al 50% invece di un flacone di soluzione glucosata al 5%

Good practice 2-2019

1. Prima della somministrazione deve essere attentamente controllata la corrispondenza fra prescrizione e farmaco da somministrare
2. Le soluzioni concentrate e più in generale i farmaci ad alto livello di attenzione devono essere tenuti separati dagli altri farmaci
3. In fase di immagazzinamento i farmaci con nome simile e confezione simile devono essere tenuti separati
4. Ogni reparto deve redigere un elenco dei farmaci presenti con nome o confezione simile

- Rif. 1) [Regolamento aziendale R-S-5 Prevenzione del rischio nella gestione dei farmaci](#);
2) [Raccomandazione n° 7 del Ministero della Salute "Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori nella terapia farmacologica"](#)
3) [Raccomandazione n° 12 del Ministero della Salute "Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci look-alike e sound-alike"](#)

- Errore di lato del sito chirurgico

ALERT 1 - 2018

Gli alert del sistema di gestione per la qualità e rischio clinico intendono attirare l'attenzione su **eventi potenzialmente rischiosi** o **eventi avversi** segnalati da operatori dell'azienda con l'incident reporting

Errore di lato del sito chirurgico

È stata omessa la marcatura del lato del sito chirurgico. L'intervento nel programma operatorio era identificato come lato destro mentre il paziente riferiva il lato sinistro.

Good practice 1-2018

1. Prima di inviare il paziente in sala operatoria, negli interventi di lateralità, il **1° operatore, o altro chirurgo che sarà presente in sala operatoria**, deve marcare il lato del sito chirurgico.
2. **L'infermiere di sala operatoria, al sign in, verifica** che il sito sia stato marcato e la coerenza del lato con quanto riportato nel programma operatorio.
3. L'infermiere di sala operatoria non ammette il paziente in sala operatoria in assenza di marcatura del sito chirurgico o in caso di difformità con quanto riportato nel programma operatorio.

Rif. procedura «[Modalità di identificazione e marcatura del sito chirurgico](#)»

- Rilascio corpo estraneo del sito chirurgico

ALERT 2 - 2018

Gli alert del sistema di gestione per la qualità e rischio clinico intendono attirare l'attenzione su **eventi potenzialmente rischiosi** o **eventi avversi** segnalati da operatori dell'azienda con l'incident reporting

Rilascio di corpo estraneo nel sito chirurgico

In relazione ad una richiesta di risarcimento del danno, è stato evidenziato il rilascio di un ago da sutura nel sito chirurgico.

Good practice 2-2018

1. Il **conteggio sistematico** dei materiali chirurgici ed il **controllo della loro integrità** deve riguardare non solo le garze ma anche bisturi, aghi e ad ogni altro materiale o strumento, anche se unico, utilizzato nel corso dell'intervento chirurgico.
2. Il conteggio dovrebbe essere effettuato prima di iniziare l'intervento chirurgico (conta iniziale), durante l'intervento chirurgico, prima di chiudere una cavità all'interno di un'altra cavità; prima di chiudere la ferita; alla chiusura della cute o al termine della procedura; al momento dell'eventuale cambio dell'infermiere o chirurgo responsabile dell'équipe.
3. Il controllo dell'integrità dello strumentario va attuato quando si apre la confezione sterile che lo contiene; quando viene passato al chirurgo per l'utilizzo; quando viene ricevuto di ritorno dal chirurgo.

Rif. «**Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico**» - Ministero della Salute

- Emorragia intracranica post-traumatica in paziente in trattamento con anticoagulanti orali

ALERT 3 - 2018

Gli alert del sistema di gestione per la qualità e rischio clinico intendono attirare l'attenzione su **eventi potenzialmente rischiosi** o **eventi avversi** segnalati da operatori dell'azienda con l'incident reporting

Emorragia intracranica post-traumatica in pazienti in trattamento con anticoagulanti orali

In relazione a due richieste di risarcimento del danno, è stato evidenziato che in pazienti adulti con trauma cranico non è stata valutata, tra i fattori di rischio, l'assunzione di anticoagulanti orali. Pertanto, i pazienti sono stati sottoposti a TAC dell'encefalo solo parecchie ore dopo la valutazione iniziale, a seguito del decadimento della funzione neurologica.

Good practice 3-2018

1. Dovrebbero essere sottoposti a TAC i pazienti adulti che hanno subito un trauma cranico che presentano uno dei seguenti fattori di rischio:
 - GCS < 13 al momento dell'osservazione;
 - GCS < 15 2 ore dopo la valutazione iniziale;
 - Frattura aperta o depresso evidente o sospetta del cranio;
 - Segni di frattura della base cranica (emotimpano, occhi a panda, otoliquorrea, segno di Battle);
 - Convulsioni post-traumatiche;
 - Deficit neurologico focale;
 - Più di un episodio di vomito;
 - Amnesia di durata maggiore 30 minuti per eventi precedenti il trauma
2. Dovrebbero essere sottoposti a TAC entro 8 ore dalla lesione alla testa, i pazienti adulti con uno qualsiasi dei seguenti fattori di rischio che hanno subito una perdita di coscienza o di amnesia dopo la lesione:
 - **coagulopatie (storia di emorragie, disordini della coagulazione, trattamento corrente con anticoagulanti orali);**
 - Meccanismo pericoloso del traumatismo; (pedone contro autoveicolo, espulsione da un autoveicolo o caduta da un'altezza maggiore di 1 metro o di cinque gradini);
3. L'esecuzione precoce di indagini diagnostiche per immagini dovrebbe essere preferita all'osservazione nell'attesa delle manifestazioni neurologiche, in quanto la identificazione tempestiva di lesioni encefaliche rischiose per la vita e per le sequele, migliora gli esiti.

Rif. «**Head injury: assessment and early management**» - NICE Clinical guideline [CG176] Published date: January 2014
Last updated: June 2017

- Errore di identificazione del paziente

ALERT 4 - 2018

Gli alert del sistema di gestione per la qualità e rischio clinico intendono attirare l'attenzione su **eventi potenzialmente rischiosi** o **eventi avversi** segnalati da operatori dell'azienda con l'incident reporting

Errore di identificazione del paziente

In un caso di omonimia è stata omessa l'identificazione attiva.
Il braccialetto identificativo conteneva informazioni errate ed era stato apposto da operatore diverso da quello che aveva trascritto i dati anagrafici del paziente.

Good practice 4-2018

1. Il paziente deve essere identificato attivamente, chiedendogli cioè di pronunciare il nome, il cognome e la data di nascita.
In caso di paziente non collaborante o in coma, i dati anagrafici del paziente sono controllati dal braccialetto identificativo.
Chi scrive i dati nel braccialetto lo appone al paziente, chiedendogli di pronunciare nome, cognome e data di nascita, controllando che i dati riferiti dal paziente siano coerenti con quanto trascritto nel braccialetto

Rif. [Procedura Generale di Area Sanitaria «Modalità di Identificazione del Paziente»](#)

4 Ulteriori iniziative a contrasto del rischio clinico

Nel corso dell'anno 2020, oltre alle azioni rappresentate ai punti precedenti sono state avviate ulteriori azioni, anche di natura proattiva, a contrasto delle condizioni di rischio clinico ed in particolare:

- **Nota prot 4351 del 10 giugno 2020 avente come oggetto "regolamenti e procedure aziendali"**
Con tale nota, in relazione all'attività di coordinamento e di supporto alla redazione e diffusione delle procedure e dei regolamenti aziendali, l'U.O. Qualità e Rischio Clinico ha provveduto ad informare i Direttori di Dipartimento, i Direttori delle Unità Operative, i Referenti Qualità ed i Coordinatori infermieristici dell'aggiornamento delle procedure dei regolamenti e delle istruzioni operative rese disponibili nella sezione Qualità e Rischio Clinico del sito WEB aziendale.
- **Nota prot 8378 del 02 dicembre 2020 avente come oggetto "regolamenti e procedure aziendali"**
Con tale nota, in relazione all'attività di coordinamento e di supporto alla redazione e diffusione delle procedure e dei regolamenti aziendali, l'U.O. Qualità e Rischio Clinico ha provveduto ad informare i Direttori di Dipartimento, i Direttori delle Unità Operative, i Referenti Qualità ed i Coordinatori infermieristici dell'ulteriore aggiornamento delle procedure dei regolamenti e delle istruzioni operative rese disponibili nella sezione Qualità e Rischio Clinico del sito WEB aziendale, unitamente alle Raccomandazioni del Ministero della Salute. Seppur con le limitazioni imposte dai protocolli a contrasto della pandemia da SARS-COV2 ed auspicando il superamento dello stato di emergenza, si è altresì proceduto ad informare i responsabili delle UU.OO. della possibile ripresa nel corso del 2021 dell'attività formativa a piccoli gruppi sulle procedure e regolamenti aziendali attivi.

- **Audit “modalità di identificazione del paziente”**

L’audit, che si è svolto il 30 ottobre 2020, ha interessato Unità Operative del Presidio Ospedaliero san Marco ed è stato finalizzato a verificare le modalità di identificazione del paziente prima di:

- ✓ somministrare la terapia
- ✓ eseguire un prelievo ematico
- ✓ inviarlo ad eseguire una procedura diagnostica o una consulenza fuori reparto
- ✓ eseguire una procedura diagnostica
- ✓ eseguire un intervento chirurgico
- ✓ eseguire una trasfusione
- ✓ un trasferimento

Nel corso dell’audit sono stati altresì valutate:

- ✓ le opportunità di identificare il paziente
- ✓ le modalità di identificazione: attiva, passiva e tramite il braccialetto identificativo

Dei risultati dell’audit è stato redatto apposito report che verrà trasmesso alle UU.OO. interessate

Pare opportuno evidenziare come, in considerazione delle difficoltà di accedere ai reparti di degenza, l’attività di audit nel corso dell’anno 2020 ha risentito delle limitazioni imposte dall’emergenza collegata alla pandemia da SARS-COV2.

- Emissione o revisione di procedure e regolamenti

Nel corso dell’anno 2020 sono state emesse o revisionate le seguenti procedure:

- ✓ Modalità di gestione dell’isolamento dei pazienti con malattia da coronavirus in pronto soccorso, nel trasporto e nel ricovero <https://www.qualitarischioclinico.it/public/componenti/9920/files/proceduraisolamentodacoronavirusstatoavanzamento26febbraio.pdf>

Nel corso dell’anno 2020 sono stati emessi, revisionati o pubblicati i seguenti regolamenti:

- ✓ Gestione della ferita chirurgica https://www.qualitarischioclinico.it/public/componenti/9908/files/R-S-19_gestionedellaferitachirurgica.pdf
- ✓ Progressivo ripristino delle attività assistenziali fase 2 dell’emergenza COVID-19 <https://www.qualitarischioclinico.it/public/componenti/9949/files/regolamentoripristinoattivitassistenzialifase2COVID.pdf>

Nel corso dell'anno 2020 sono stati emessi, revisionati o pubblicati i seguenti moduli, che costituiscono parte integrante della documentazione sanitaria :

- ✓ Scheda registrazione inserzione catetere vescicale <https://www.qualitarischioclinico.it/public/componenti/9969/files/schedacateterevescicale.pdf>
- ✓ Scheda valutazione sintomi respiratori da Covid 19, utilizzata nelle prime fasi della pandemia <https://www.qualitarischioclinico.it/public/componenti/9921/files/schedavalutazione sintomi respiratori.pdf>
- ✓ Scheda per la registrazione delle medicazioni delle ferite chirurgiche <https://www.qualitarischioclinico.it/public/componenti/9919/files/schedaferitachirurgica3.pdf>
- ✓ Modulo per l'acquisizione del consenso informato nei pazienti con ridotta attività di interrelazione e di autodeterminazione <https://www.qualitarischioclinico.it/public/componenti/10784/files/MODELLOCONSENSOINFORMATO2.pdf>
- ✓ Informativa per i familiari di pazienti TOTALMENTE INCAPACI di interrelazione e autodeterminazione <https://www.qualitarischioclinico.it/public/componenti/10785/files/MODELLOCONSENSOINFORMATO3.pdf>

- **Formazione:**

Per il 2020 si era proceduto a pianificare l'attività formativa interna a piccoli gruppi per la diffusione delle procedure e dei regolamenti aziendali e delle raccomandazioni del Ministero della Salute da dispiegarsi in 9 edizioni per le "Procedure Aziendali in area chirurgica", in 9 edizioni "Procedure Aziendali in area medica".

Ambedue le attività sopra rappresentate erano state avviate nel corso del mese di febbraio con edizioni svolte il 24 ed il 27 ma hanno subito, così come la gran parte dell'attività formativa in house, una imprevedibile interruzione a seguito delle limitazioni previste dalle disposizioni emanate dal governo nazionale e dal governo regionale in relazione all'insorgere della pandemia da SARS-COV2.

L'attività formativa in house era ripresa con ulteriori due edizioni svolte nel mese di settembre (giorni 28 e 29) ma anche in questo caso hanno subito uno stop a seguito delle limitazioni previste dalle ulteriori disposizioni emanate dal governo nazionale e dal governo regionale in relazione all'insorgere della pandemia da SARS-COV2.

Inoltre sempre nel corso dell'anno 2020 era stata avviata un'attività formativa rivolta alla prevenzione del danno renale acuto in ospedale, pianificata per 9 edizioni, della quale è stata effettuata un'edizione.

Analogamente, era stata avviata un attività formativa per l'utilizzo sicuro dei mezzi di contrasto, pianificata per 4 edizioni, della quale è stata eseguita un edizione.

Il corso avanzato per auditor interno del sistema di gestione della qualità previsto nei mesi di aprile e dicembre 2020 è stato cancellato.