



RELAZIONE ANNUALE (ART. 2 comma 5 LEGGE 8 marzo 2017, N.24) ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE CURE E RELATIVE AZIONI DI MIGLIORAMENTO

CONTESTO ORGANIZZATIVO

L'AZIENDA:

Gli Istituti Clinici di Pavia e Vigevano comprendono due presidi: Istituto di Cura Città di Pavia e Istituto Clinico Beato Matteo.

L'Istituto di Cura Città di Pavia (ICCP) è il primo ospedale del Gruppo San Donato, nato nel 1957 per volontà del professor Luigi Rotelli e di altri fondatori. Tra le eccellenze dell'Istituto di Cura l'Ortopedia, la Chirurgia vertebrale, l'Oncologia, la Cardiologia ad indirizzo elettrofisiologico e la Chirurgia vascolare. Sono numerose le specialità ambulatoriali presenti sia in Ospedale, che nel Poliambulatorio Gaffurio, sede distaccata, inaugurata a fine 2020. La Struttura, inoltre, è sede del corso di Laurea in Infermieristica, Laurea in Tecniche Ortopediche e del Master in Ortopedia Pediatrica dell'Università degli Studi di Pavia.

L'Istituto Clinico Beato Matteo (ICBM) di Vigevano, fondato nel 1953, è divenuto negli anni un punto di riferimento per la città di Vigevano e per l'intera Lomellina. Si caratterizza per l'offerta plurispecialistica di prestazioni di ricovero e cura. Tra le principali aree di eccellenza vi sono: l'Urologia, l'Oncologia e l'Ortopedia con équipe specializzate in interventi mininvasivi con tecnica fast track per un veloce recupero del paziente. L'Istituto è accreditato con il Sistema Sanitario Nazionale per le prestazioni di ricovero, specialistica ambulatoriale, laboratorio analisi, radiologia e pronto soccorso attivato nell'anno 2013.

ASSETTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO:

Gli Istituti Clinici di Pavia e Vigevano, azienda certificata per la Qualità (ISO 9001:2015) e per il Sistema Gestione Salute e Sicurezza (UNI EN 45001:2018), ha implementato un sistema per garantire la gestione intersettoriale del Rischio Clinico. Dall' 1 settembre 2017 è nominato un Risk Manager per ciascuno dei due presidi afferenti agli Istituti Clinici di Pavia e Vigevano.

Il Risk Manager e i suoi collaboratori costituiscono il Gruppo di gestione del Rischio, così composto:

- | | |
|---|--|
| -Risk Manager | -Responsabile Servizio Infermieristico |
| -Direttore Sanitario Aziendale | -Referente Sistema Gestione Qualità |
| -Direttore Medico di presidio | -Farmacista ICCP |
| -Direttore Generale ICBM | -Farmacista ICBM |
| -Medico Legale e sostituto del Risk Manager | -Referente Servizio Medicina Preventiva e Formazione |
| -Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione | |

Tali collaboratori sono nominati (con nomina agli atti), quali membri del Gruppo di gestione del Rischio, dall'Amministratore Delegato degli Istituti Clinici di Pavia e Vigevano.

Istituti Clinici di Pavia e Vigevano S.p.A.

Sistema di gestione Qualità UNI EN ISO 9001 certificato da Italcert

Sistema di Gestione Salute e Sicurezza sul Lavoro BS OHSAS 18001 certificato da Certiquality

Via Parco Vecchio 27 – 27100 Pavia (PV)

Tel. +39 0382.433611 | Fax 0382.576821 | info.iccp@grupposandonato.it

Reg. Imp. Pavia 00182770180 – C.F. e P.IVA 00182770180 | Capitale Sociale € 7.206.300 i.v.

www.grupposandonato.it



FASI OPERATIVE GESTIONE DEL RISCHIO

L'attività di gestione del rischio può essere suddivisa nelle seguenti fasi operative:

FASE I: RISK ASSESSMENT

La premessa essenziale per procedere con una efficace gestione del rischio è il corretto inquadramento delle tipologie di rischi presenti nella struttura sanitaria, ponendosi obiettivi raggiungibili e scegliendo strategie appropriate e tempi congrui.

La complessità per numerosità e caratteristiche dei dati da raccogliere richiede l'utilizzo di diversi strumenti che potranno essere orientati alla conoscenza della rischiosità sistemica dell'azienda o alla conoscenza dei rischi specifici dei singoli sottoinsiemi di cui il sistema si compone: singolo presidio ospedaliero, singola U.O. o servizio, ecc.

La fase di Risk Assessment prevede la mappatura dei rischi e consiste nella raccolta di dati e informazioni funzionali all'identificazione dei diversi tipi di rischio esistenti.

L'accertamento può avere come oggetto di indagine situazioni e comportamenti a rischio sottesi a eventi avversi o incidenti accaduti; essere rivolto al passato (analisi reattiva) o rivolgersi a situazioni e comportamenti a rischio che potrebbero determinare un evento avverso (analisi pro-attiva).

L'azienda si avvale per l'accertamento del rischio di:

DATI AMMINISTRATIVI/SDO

REVISIONE CARTELLE CLINICHE

REVISIONE DEI SINISTRI

INCIDENT REPORTING

SEGNALAZIONI PROVENIENTI DALL'UTENZA (URP-CUSTOMER SATISFACTION)

AUDIT

SAFETY WALK AROUND

ISPEZIONI ENTI CERTIFICATORI e/o CONTROLLORI



Sono identificati gli strumenti e la relativa modulistica utilizzata per l'analisi dei dati relativi alla gestione del rischio, aggiornata periodicamente.

Il Risk Manager, per quanto di competenza e per il tramite delle Direzioni Sanitarie dei Presidi, collabora e si avvale di dati e informazioni raccolte da altri servizi: Ufficio Qualità, Servizio Prevenzione Protezione, Servizio Ingegneria Clinica, Ufficio DRG, Formazione etc.

FASE II: VALUTAZIONE QUALI-QUANTITATIVA

La seconda fase della gestione del rischio riguarda la valutazione quali-quantitativa. È un'analisi sui dati e le informazioni emerse dalla fase di accertamento al fine di valutare la significatività del rischio. L'utilizzo di indicatori permetterà di quantificare il divario esistente tra la prassi consolidata e lo standard considerato di riferimento dalla comunità scientifica.

FASE III: DECISIONE-RISPOSTA

La terza fase operativa riguarda la decisione su come rispondere al rischio stimato e attraverso quali strumenti. I risultati delle fasi precedenti vengono utilizzati per orientare il giudizio, per prendere decisioni e pianificare l'azione.

Viene redatto il Piano di gestione del rischio, strumento strategico di pianificazione.

La realizzazione di un Piano di gestione del rischio implica azioni di carattere preventivo rivolte all'intera azienda e guidate dall'Unità di Gestione del Rischio con lo scopo di:

- Evitare scostamenti dalle norme di legge, dai principi della miglior pratica clinica e dai regolamenti aziendali
- Indirizzare ad opportuni interventi correttivi sul rischio clinico e gestionale

FASE IV: MONITORAGGIO

Il monitoraggio è l'attività mediante la quale si valutano i risultati del processo di gestione; permette di seguire l'andamento dei fenomeni nel corso del tempo, aggiornare interventi e progettarne di nuovi.

La fase di monitoraggio utilizza gli stessi strumenti d'indagine della fase di accertamento, ma è caratterizzata da una base di dati sui rischi e conoscenze aggiuntiva rispetto all'avvio del processo.



EVENTI AVVERSI DELL'ANNO 2022

INCIDENT REPORTING

L'**Incident reporting** è un sistema di segnalazione, nato nelle organizzazioni ad alto rischio e successivamente adattato al contesto sanitario. Lo strumento consente ai professionisti sanitari di segnalare e descrivere **eventi avversi**, causati involontariamente, spesso per criticità latenti, e che procurano un danno al paziente, o **situazioni a rischio**, i cosiddetti *Near Miss* (eventi evitati associati ad errori con la potenzialità di causare un evento avverso, che però non si verifica per effetto del caso o perché intercettato o perché non comporta effetti indesiderati per il paziente).

Obiettivi: la raccolta sistematica delle informazioni inerenti gli eventi e/o quasi eventi e la periodica lettura e interpretazione delle segnalazioni consente di promuovere la conoscenza di rischi presenti o potenziali all'interno delle strutture sanitarie e di accrescere la consapevolezza di aree critiche dell'organizzazione. Lo scopo principale di questo sistema di segnalazione volontaria è quello di apprendere dall'esperienza, di acquisire informazioni indispensabili per la gestione del rischio e di adottare misure idonee a ridurre e/o prevenire il ripetersi degli eventi.

Un limite intrinseco dello strumento, legato alla volontarietà delle segnalazioni, è la sottostima o la sovrastima degli eventi, a seconda della "sensibilità" del segnalatore. Ma l'Incident Reporting non ha finalità epidemiologiche e le segnalazioni raccolte non possono in alcun modo essere considerate valide per stimare l'incidenza o la prevalenza degli eventi medesimi. L'incident reporting è da intendersi da un lato come uno strumento di apprendimento continuo, utile a implementare azioni di cambiamento favorevoli (come iniziative formative, diffusione di procedure, miglioramento del clima lavorativo, ecc.), dall'altro come una spia di allarme di un sistema con la capacità di intercettare (almeno) una parte degli eventi avversi.

Nel 2022, all'interno degli Istituti Clinici di Pavia e Vigevano si sono registrate n.3 segnalazioni.





Dall'anno 2018 gli Eventi avvenuti in tutti i presidi dell'Azienda sono stati gestiti dal Risk Manager utilizzando i seguenti strumenti:

Schede di segnalazione spontanea degli eventi: per la segnalazione da parte di qualsiasi operatore di eventi avversi, Near Miss, eventi sentinella utilizzando il sistema dell'Incident Reporting

Scheda Analisi Preliminare Evento: redatta dal Risk Manager, contiene i dati che guidano le successive scelte di gestione dell'evento, determinando una risposta che varia nel tempo, negli strumenti e nella composizione del gruppo di lavoro in base al tipo di evento

Scheda Piano di miglioramento: delinea le azioni correttive stabilite dal Comitato di Gestione Evento da intraprendere in seguito all'evento, definendone tempi e responsabilità

Gli Eventi segnalati vengono analizzati e le azioni di miglioramento sono state regolarmente effettuate in tempi definiti.

I dati riguardanti ogni fase del processo di gestione degli eventi (segnalazione-analisi preliminare - gestione del caso - verifica azioni correttive previste) sono stati classificati e archiviati. L'attenzione futura si concentrerà su:

- Incrementare la cultura del Rischio negli operatori,
- Incremento n° segnalazioni - Incident Reporting;
- Formazione specifica riguardante il Rischio Clinico.

SINISTRI

I dati raccolti si riferiscono a richieste di risarcimento danni pervenute all'azienda nell'anno 2022 per eventi accaduti anche in anni antecedenti e che hanno interessato pazienti (pazienti degenti o utenti ambulatoriali), lavoratori o terzi (visitatori). È stata effettuata un'analisi di frequenza e gli eventi sono stati catalogati rispetto alla categoria di rischio corrispondenti a:

- **Rischio Clinico** – eventi che hanno un impatto sul mantenimento del buono stato di salute del Paziente-Assistito e che sono collegati all'attività clinica o assistenziale;
- **Rischio Lavoratore** – eventi che intaccano la sicurezza e la salute del lavoratore;
- **Rischio Struttura** – eventi che hanno un impatto sul mantenimento del buono stato di salute del Paziente-Assistito, del Dipendente o dei Terzi e che non sono direttamente collegati all'attività clinica (cadute, danneggiamenti persone, ...);
- **Danneggiamenti Accidentali** – eventi accidentali quali furti, smarrimenti e danneggiamenti di cose di proprietà del paziente, dipendente o terzo.

Confrontando il numero di sinistri tra il 2021 e 2022 si evidenzia un aumento dei sinistri, da 19 a 22 complessivamente nei due Istituti.



Sulla base della U.O. di appartenenza, l'area Ortopedica e Traumatologica risulta maggiormente coinvolta in richieste di risarcimento (45%) e la **tipologia di evento** che ha condotto più frequentemente a richieste di risarcimento danni è l'**errore chirurgico**. La stratificazione degli errori chirurgici registrati nel corso del 2022 dimostra che l'incidenza dell'errore non è correlata ad una specifica disciplina chirurgica né ad una specifica équipe.

Nel periodo di riferimento, sono stati messi in atto interventi ed azioni correttive e di miglioramento, quali:

- Formazione specifica
- Aggiornamento database
- Classificazione/analisi sinistri rispetto alle categorie di rischio
- Monitoraggio stato sinistri

Le azioni future si concentreranno sul proseguimento delle azioni di monitoraggio e sull'aggiornamento database.

CADUTE

Le segnalazioni di cadute riferite ai presidi ospedalieri ICPV, pervenute nell'anno 2022, sono state complessivamente 117 su 60.536 giornate di degenza, che corrispondono ad un tasso di 19,3 cadute ogni 10.000 giornate di degenza. Il tasso è al di sotto di quanto pubblicato come dato medio per l'anno 2018 da Regione Lombardia¹: *19,8 cadute ogni 10.000 giornate di degenza*.

Le azioni future si concentreranno sul proseguimento delle azioni di monitoraggio e sensibilizzazione alla segnalazione per l'aggiornamento database. Inoltre, è stata rivista ed aggiornata la procedura rispetto l'utilizzo dei dispositivi di contenzione.

INFEZIONI

Negli Istituti clinici di Pavia e Vigevano è attivo un sistema di monitoraggio continuo basato sui dati di laboratorio relativo alle infezioni e colonizzazioni batteriche dei pazienti ricoverati.

Il nostro Servizio di Medicina di Laboratorio, ha aderito al programma di sorveglianza epidemiologica di Regione Lombardia INFOSP, avviato nel settembre 2004 su adesione volontaria, ed esteso nel 2009 a tutti i laboratori di microbiologia o con sezioni dedicate, delle strutture di ricovero e cura accreditate lombarde, su un set di 28 patogeni "sentinella".

Inoltre, i dati dei campioni positivi per i patogeni "sentinella" vengono caricati sul portale SENTILOMB WEB di INFOSP e messi a disposizione del personale medico accreditato per il loro utilizzo nel continuo miglioramento dell'organizzazione operativa per la gestione delle Infezioni Ospedaliere.

¹ Mappatura sinistri del Sistema Sanitario Regionale. Sedicesima edizione 1999-2019 (Luglio 2020)". Scaricato da <https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/DettaglioServizio/servizi-e-informazioni/Enti-e-Operatori/sistema-welfare/Qualita-e-appropriatezza/clinical-risk-management/clinical-risk-management>



Per l'anno 2022 il laboratorio ha ricevuto 1726 richieste microbiologiche provenienti da ICBM e 1333 provenienti da ICCP, con riscontro di, rispettivamente 457 (26,4%) e 295 (22%) campioni positivi, di cui 88 (19,25% del totale delle positività riscontrate) e 49 (16.6% del totale delle positività riscontrate) segnalati come germi sentinella.

La coltura di germi sentinella mostra per entrambi gli Istituti una prevalenza di Escherichia Coli ESBL+. Il profilo microbiologico registrato nei due Istituti Clinici è sostanzialmente omogeneo.

Le azioni future si concentreranno sulla corretta applicazione delle procedure interne relative alla segnalazione delle infezioni associate all'assistenza ospedaliera e la corretta gestione dei percorsi clinici al riguardo.

Inoltre prosegue per entrambi gli Istituti, un percorso di screening per la ricerca di Staphylococcus Aureus Meticillino-Resistente (MRSA) su pazienti candidati ad interventi ortopedici di artroprotesi in elezione.

FARMACO
VIGILANZA-
DISPOSITIVO
VIGILANZA

La **farmacovigilanza** è l'insieme delle attività finalizzate all'identificazione, valutazione, comprensione e prevenzione degli effetti avversi o di qualsiasi altro problema correlato all'uso dei medicinali, al fine di assicurare un rapporto beneficio/rischio favorevole per la popolazione.

In linea con questa definizione generale, gli obiettivi alla base della farmacovigilanza, in conformità con la vigente normativa europea, sono:

prevenire i danni causati da reazioni avverse conseguenti all'uso di un medicinale secondo le condizioni di autorizzazione ma anche agli errori terapeutici, all'esposizione professionale, agli usi non conformi incluso l'uso improprio e l'abuso; promuovere l'uso sicuro ed efficace dei medicinali, in particolare fornendo tempestivamente informazioni sulla sicurezza dei medicinali ai pazienti, agli operatori sanitari e al pubblico in generale.

(www.aifa.gov.it)

Nel periodo di riferimento 2022 non sono state segnalate Adverse Drug Reaction afferenti né ad ICCP né per ICBM. È stato segnalato un dispositivo difettoso presso ICCP, a cui poi sono seguiti gli accertamenti da parte dell'azienda produttrice.

In riferimento al Recall di farmaci, non vi sono stati ritiri di lotti presso ICCP e presso ICBM, mentre si è provveduto al recall complessivo di 10 dispositivi presso ICCP e ICBM.

Le azioni e gli interventi correttivi e di miglioramento messi in atto si sono concentrate sul monitoraggio eventi di Farmacovigilanza e Dispositivo vigilanza, con risposta al 100% ai Recall di farmaci e dispositivi segnalati.

Le prospettive future andranno a focalizzarsi sull'attento monitoraggio dell'area in esame.



EMOVIGILANZA

L'emovigilanza è il sistema di procedure volte alla rilevazione e al monitoraggio delle reazioni gravi e degli eventi avversi gravi relativi al processo trasfusionale e comprende anche la sorveglianza delle malattie infettive trasmissibili con la trasfusione.

La regolare registrazione degli elementi identificativi del processo di richiesta, approvvigionamento, somministrazione del sangue ed emoderivati, garantisce l'esercizio di emovigilanza, suddivisa in:

- sorveglianza epidemiologica dei donatori
- reazioni indesiderate gravi dei donatori
- effetti indesiderati gravi sui riceventi e errori trasfusionali
- incidenti gravi

La raccolta di tali informazioni è basata sui modelli di notifica introdotti dalla Direttiva 2005/61/CE, recepita con il decreto legislativo 9 novembre 2007, n 207. Le notifiche sono trasmesse dai servizi trasfusionali all'autorità regionale competente. Nel periodo di riferimento 2022 non sono state rilevate segnalazioni in linea con l'anno precedente.

Gli Istituti continuano l'attività di monitoraggio delle segnalazioni, garantendo la partecipazione attiva agli incontri organizzati dal centro trasfusionale di riferimento.

ATTIVITÀ
DELL'UFFICIO
PER LE
RELAZIONI CON
IL PUBBLICO
(URP)

Nel 2022 è proseguito il monitoraggio della qualità dell'assistenza percepita dall'utenza, attraverso le segnalazioni ricevute dall'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico e la compilazione dei questionari di Customer Satisfaction per le prestazioni sanitarie.

Tutti i reclami/suggerimenti da parte degli utenti sono raccolti e analizzati al fine di individuare eventuali criticità inerenti l'area del Rischio Clinico. Nel 2022, una segnalazione arrivata all'URP di ICMB ha dato esito ad un Incident Reporting e quindi analizzata dal punto di vista del rischio clinico.

La valutazione dei risultati raccolti permette di orientare gli Istituti in un processo di miglioramento continuo, evidenziando eventuali punti di forza/debolezza e programmando azioni correttive/migliorative per incrementare la qualità e la sicurezza delle prestazioni offerte.

PREVENZIONE
ATTI DI
VIOLENZA A
DANNO DEGLI
OPERATORI

L' Organizzazione Mondiale della Sanità definisce violenza *“l'utilizzo intenzionale della forza fisica o del potere, minacciato o reale, contro un'altra persona, o contro un gruppo o una comunità, che determini o che abbia un elevato grado di probabilità di determinare lesioni, morte, danno psicologico, cattivo sviluppo o privazione”*.

Il National Institute of Occupational Safety and Health - USA (NIOSH) definisce la violenza sul luogo di lavoro: *“Ogni aggressione, comportamento minaccioso, abuso verbale o fisico che si verifica sul posto di lavoro”*.

Per “atti di violenza”, dunque si intendono TUTTE le seguenti forme:



1. violenza fisica, intesa a danneggiare o ferire
2. violenza verbale, intesa a offendere o denigrare
3. molestie, anche di tipo sessuale
4. danni a cose

La Direzione degli Istituti Clinici di Pavia e Vigevano S.p.A. ha adottato le seguenti misure:

-la sensibilizzazione del personale affinché, anche attraverso opportuni strumenti, vengano sempre segnalate aggressioni, minacce, episodi di violenza anche verbale, e consultati gli operatori coinvolti per capire le problematiche e trovare insieme possibili soluzioni.

-la formazione specifica sui rischi potenziali per la sicurezza derivanti da possibili atti di violenza e sulle "strategie comportamentali" che spesso permettono di evitare o mitigare gli episodi di violenza attraverso il riconoscimento di segni premonitori e i comportamenti da mettere in atto.

-la capillare diffusione fra tutto il personale del contenuto del presente documento, dei relativi allegati, nello specifico:

- "Informativa atti di violenza a danno degli operatori"
- "Codice di condotta contro le molestie sessuali"

-l'esposizione di materiale informativo rivolto a pazienti/utenti

Durante il periodo di riferimento 2022 sono stati segnalati un totale di 6 episodi di violenza distribuiti sui due Istituti; nell'83% dei casi si è trattato di aggressioni verbali al personale di servizio.

CONCLUSIONI

Nel 2022, sono state attuate le seguenti attività relative alla gestione del rischio:

- Monitoraggio della implementazione delle Raccomandazioni per la prevenzione degli Eventi avversi;
- Analisi inerenti le tematiche trattate dalle Raccomandazioni Ministeriali attraverso le griglie di autovalutazione redatte da AGENAS;
- Aggiornamento relativi database e analisi dei dati provenienti da: Schede di segnalazione spontanea degli eventi, Notifica caduta; Richieste risarcimento; Segnalazioni malattie infettive; ADR, Segnalazioni dispositivi difettosi, Recall farmaci e dispositivi, Emovigilanza, Campagna vaccinale anti Covid-19.
- Programmazione interventi di formazione/miglioramento in collaborazione con Uffici Qualità e Formazione.



Gli sforzi per la riduzione del Rischio Clinico per l'anno 2023 prevedono di:

- Implementare i protocolli aziendali relativi al buon uso del sangue ed aumentare la sicurezza nella gestione e tracciabilità di emocomponenti ed emoderivati con l'introduzione e l'avvio di un software dedicato per la gestione degli emoderivati.
- Attivo monitoraggio epidemiologico all'interno degli Istituti a seguito dell'introduzione dello screening di ricerca Staphylococcus Aureus e monitoraggio della corretta gestione dei percorsi clinici a riguardo.
- Attivo monitoraggio della gestione e dell'utilizzo dei farmaci, in virtù dell'introduzione della terapia informatizzata
- Continuare a promuovere agli operatori la puntuale segnalazione di patologie infettive.
- Continuare il monitoraggio degli effetti della riorganizzazione delle turnazioni del personale addetto all'assistenza.
- Continuare a promuovere audit clinici per migliorare gli outcomes e la qualità dell'assistenza al fine di ridurre il rischio nell'ambito del percorso clinico assistenziale.

Ogni progetto e attività intrapresa si attiene a **4 PRINCIPI CARDINE**:

❖ **IMPLEMENTAZIONE DELLA SICUREZZA DEL PAZIENTE**

Misurazione degli interventi attraverso specifici indicatori, con impegno ad applicare le migliori conoscenze scientifiche e cliniche facendo riferimento a linee guida condivise;

❖ **EMPOWERMENT PAZIENTE**

Favorire modelli di informazione e formazione dell'utente che ne favoriscano la partecipazione al processo di cura. È infatti la partecipazione e la formazione che permette percorsi di cura più sicuri rafforzando tutte le azioni di *Patient Safety*;

❖ **CONSOLIDAMENTO DELL' INTEGRAZIONE ORGANIZZATIVA DELLE FUNZIONI DI RISK MANAGEMENT**

Integrazione nei due presidi di tutte le attività di Risk Management e delle attività ad esse afferenti; progressiva standardizzazione e uniformità di raccolta/analisi dei dati, favorendo la realizzazione di progetti multipresidio per ottimizzare in una sinergica azione;

❖ **COINVOLGIMENTO E FORMAZIONE DEL PERSONALE**

Costituzione di gruppi di lavoro su specifici obiettivi. Diffusione della cultura della sicurezza in tutti i settori dell'Azienda attraverso iniziative di formazione e comunicazione rivolte agli operatori sanitari e non sanitari.

Pavia, 22.02.23

Risk Manager
Dott. Davide Di Napoli

Istituti Clinici di Pavia e Vigevano S.p.A.
Sistema di gestione Qualità UNI EN ISO 9001 certificato da Italcert
Sistema di Gestione Salute e Sicurezza sul Lavoro BS OHSAS 18001 certificato da Certiquality

10

Via Parco Vecchio 27 – 27100 Pavia (PV)
Tel. +39 0382.433611 | Fax 0382.576821 | info.iccp@grupposandonato.it
Reg. Imp. Pavia 00182770180 – C.F. e P.IVA 00182770180 | Capitale Sociale € 7.206.300 i.v.

www.grupposandonato.it