 <b>Centro di Macerata Feltria</b>	<b>RELAZIONE ANNUALE SUGLI ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE CURE E AZIONI DI MIGLIORAMENTO (Legge 8 marzo 2017 n. 24)</b>	Pag. 1 di 14

## S O M M A R I O

<b>1. PRESENTAZIONE DELLA STRUTTURA</b>		2
<b>2. DATI DI ATTIVITA' E DI PRODUZIONE</b>		3
<b>3. ORGANIZZAZIONE AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO</b>		3
3.1 <i>Risk Management (RM)</i>		3
3.2 <i>Sistema di controllo</i>		4
3.3 <i>Supporti al RM</i>		4
<b>4. STRUMENTI E FONTI INFORMATIVE SULLA SICUREZZA DELLE CURE</b>		5
4.1 <i>INCIDENTREPORTING</i>		5
4.2 <i>RECLAMI E SINISTRI</i>		8
4.3 <i>INFORTUNI OPERATORI</i>		9
4.4 <i>INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (SISTEMA SORVEGLIANZA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI)</i>		10
4.5 <i>LESIONI DA PRESSIONE</i>		11
4.6 <i>ANALISI CARTELLE CLINICHE</i>		12
4.7 <i>DISCUSSIONE CASI CLINICI E FOCUS GROUP</i>		12
<b>5. FORMAZIONE</b>		13
<b>6. SIMULAZIONE EMERGENZE BLS-D NELLE AREE DI DEGENZA</b>		14

Data di redazione	<b>Firma Direttore Sanitario - Dott. Paolo Lazzari</b>	
01 settembre 2023		

## 1. PRESENTAZIONE DELLA STRUTTURA

Il Centro Santo Stefano di Macerata Feltria fa parte di Santo Stefano Riabilitazione, uno dei principali gruppi per la riabilitazione in Italia, che opera attraverso una rete di strutture operative di degenza e ambulatoriali, organizzate in base ai bisogni riabilitativi, assistenziali e di competenze cliniche dei pazienti.

Il Centro di Macerata Feltria nasce nel settembre 1992 all'interno dell'ex Ospedale Civico "Camilla Belli".

Il Centro è dotato di 40 posti letti per il ricovero in regime ordinario suddivisi in:

- 30 p. I. **Riabilitazione Intensiva Extra-ospedaliera**
- 10 p. I. **SUAP.**

Durante il percorso riabilitativo ogni persona viene affidata ad un medico di riferimento che ha la responsabilità sia di **realizzare un progetto riabilitativo personalizzato**, sia di **coordinare il team** che accompagna il paziente e la sua famiglia verso il raggiungimento degli obiettivi riabilitativi.

Il Centro è collocato all'interno di uno stabile di proprietà dell'Ast 1 e ne occupa parte del terzo piano, tutto il quarto piano e parte del quinto.

All'interno del Centro vi sono palestre dotate di tutte le attrezzature necessarie all'attività riabilitative (letti speciali, ausili per la postura, verticalizzazione e deambulazione, strumenti per la rieducazione cognitiva, addestramento all'autonomia) che permettono di accogliere persone con ogni tipo di disabilità. Le palestre sono destinate al trattamento fisioterapico ed in particolare modo dedicate alla riabilitazione delle funzioni neuro-motorie.

Vi sono spazi appositamente dedicati alla riabilitazione individuale, motoria e cognitiva.

Gli ambienti dedicati alla valutazione e al trattamento delle problematiche cognitive - comportamentali, del linguaggio e della comunicazione e delle problematiche della visione consentono ai tecnici della riabilitazione di usufruire di setting specificamente dedicati.

L'area di Degenza dispone di stanze a uno o due letti ognuna con un armadio per ogni paziente, tutte accessibili con qualsiasi tipo di ausilio (carrozzina, deambulatore, sollevatore) e ciascuna con bagno attrezzato per i disabili.

Sono disponibili tutte le attrezzature necessarie a favorire la mobilità delle persone disabili (carrozzine, deambulatori e sollevatori). Tutti gli ambienti sono climatizzati.

Nella Struttura sono presenti dei locali dedicati all'incontro con i familiari ed alla socializzazione.

## 2. DATI DI ATTIVITA' E DI PRODUZIONE

A partire dall'inizio della pandemia Covid nel 2020, il Centro ha subito una riduzione della normale attività alternando anche periodi di ricovero per soli pazienti Covid e piccoli periodi di chiusura. Anche nel 2022 l'attività si è svolta a regime ridotto con i primi due mesi dell'anno dedicati alla degenza di pazienti Covid e con l'inattivazione continua dei posti letto SUAP.

Il Centro ha accolto nel 2022 n. 287 ricoveri ordinari in regime di Extra-ospedalieri intensivi.

Nel Centro di Macerata Feltria lavorano circa 45 persone con le seguenti professionalità: Medici (specialisti in Medicina Fisica e Riabilitativa, Geriatria, ecc.), Infermieri, Psicologi, Fisioterapisti, Logopedisti, OSS, Assistente sociale, Amministrativi.

## 3. ORGANIZZAZIONE AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

### 3.1 - Risk Management (RM)

La gestione dei rischi dell'attività negli ospedali è fondamentale per l'esigenza di salvaguardare la salute e l'integrità fisica di tutti coloro che sono all'interno (pazienti, utenti, visitatori, operatori sanitari), coinvolgendo il personale nella rilevazione, segnalazione e valutazione degli errori al fine del miglioramento della qualità delle cure.

Il Centro ha individuato un gruppo di riferimento aziendale per la gestione del rischio clinico coordinato da un Responsabile che si riunisce con frequenza circa semestrale (o in caso di necessità documentate) e composto da:

- Medico Referente d'Area
- Dirigente Infermieristico
- D.A.R. (Dirigente Area Riabilitativa)

Il Responsabile e i componenti del gruppo del RM vengono rinominati ogni 3 anni e hanno il compito di verificare e monitorare i fattori di rischio (biologico, organizzativo, fisico, ecc.) all'interno della struttura a cominciare dai più frequenti:

Individuano gli elementi critici dei processi in collaborazione con gli altri gruppi individuati all'interno del Centro (Gruppo Prevenzione Rischio Infettivo, Commissione per la prevenzione e cura delle lesioni da decubito, Comitato Ospedale senza Dolore ecc.).

Verificano le schede di segnalazione pervenute e adottano provvedimenti.

Recepiscono e discutono i risultati della Customer Satisfaction con le relative criticità

Informano tutti gli operatori con riferimento particolare all'utilizzo dello strumento dell'Incident Reporting

Propongono azioni correttive (audit per es.), piani di miglioramento e procedure conseguenti

### *3.2 - Sistema di controllo*

Il sistema di monitoraggio si basa su:

- Raccolta ed analisi di segnalazioni (Eventi Sentinella, Eventi Avversi o quasi Eventi) da personale sanitario e/o non sanitario che possono anche essere fornite in via anonima
- Rapporto periodico del gruppo del Risk Management
- Osservazioni, suggerimenti e reclami come definito nella apposita procedura
- **Gestione di osservazioni/suggerimenti e reclami**

### *3.3 - Supporti al RM*

All'interno del Centro sono promossi:

- Audit clinici
- Briefing, discussione di casi clinici sia all'interno delle singole equipe (Medici, Fisioterapisti, Psicologi, Logopedisti, Infermieri) che multidisciplinari  
Safety Walk Around
- Segnalazioni confidenziali anonime da porre nelle cassette a tutti i piani  
Formazione

## 4. STRUMENTI E FONTI INFORMATIVE SULLA SICUREZZA DELLE CURE

### 4.1 Incident Reporting

#### Letteratura/Normativa di riferimento

- DGR 327/2004
- Raccomandazione regionale per la prevenzione della violenza a danno degli operatori sanitari. Giugno 2010
- Procedura KOS "Procedura per la rilevazione e tracciatura degli eventi cadute e istruzioni utilizzo applicativo"
- Istruzione operativa KOS "Istruzione operativa per la valutazione del rischio cadute" Art. 1913 del Codice Civile
- Art. 1915 del Codice Civile

**L'incident reporting** è tra gli approcci di analisi reattiva ai rischi uno dei più utilizzati. Il sistema di Incident Reporting è la modalità di raccolta delle segnalazioni in modo strutturato di eventi allo scopo di fornire una base di analisi, predisposizione di strategie e azioni correttive e di miglioramento per prevenirne il ri-accadimento futuro.

L'Incident Reporting consiste nella registrazione e raccolta di schede anonime nelle quali gli operatori effettuano una segnalazione di evento avverso.

Attraverso l'analisi della scheda di segnalazione si possono raccogliere una serie di informazioni per tracciare il percorso che ha "determinato" il verificarsi dell'evento avverso.

Le informazioni richieste nella scheda di segnalazione per l'Incident Reporting sono:

- la descrizione dell'evento
- il luogo dove è avvenuto l'evento
- le persone coinvolte
- la tipologia delle prestazioni fornite al momento dell'errore (prestazioni urgenti o programmate)
- la gravità dell'evento (grave, medio, lieve)
- indicazione, da parte dell'operatore che lo segnala, delle cause dell'errore (distinti in fattori umani, tecnologici, infrastrutturali)

Il sistema di Incident Reporting è utile non solo per la segnalazione degli eventi avversi, ma anche per la segnalazione dei “quasi eventi” (near miss).

Questi ultimi infatti consentono di raccogliere un numero maggiore di segnalazioni e quindi di informazioni, inoltre gli operatori sono maggiormente disposti alla segnalazione (non essendo coinvolti emotivamente) e consente di imparare e individuare le criticità del sistema prima che avvengano danni più seri.

Un limite di tale strumento è la sottostima o la sovrastima degli eventi a seconda della “sensibilità” del segnalatore.

I dati raccolti pertanto non hanno validità per stimare la prevalenza o l’incidenza di un evento perché ad esempio un elevato numero di segnalazioni (di eventi o quasi eventi) non indica un minor livello di sicurezza e viceversa un numero ridotto di segnalazioni non corrisponde necessariamente ad un elevato livello di sicurezza perché in entrambi i casi entra in gioco la propensione alla segnalazione del singolo professionista.

L’incident reporting è perciò da intendersi come uno strumento di apprendimento continuo per rilevare criticità e implementare azioni di miglioramento.

#### Analisi del rischio ed eventuali criticità/Aree di intervento

Sono individuati e monitorati i rischi più frequenti

- cadute accidentali;
- rischio biologico da ferite accidentali da acuminati e taglienti
- rischio connesso al sollevamento e trasporto pazienti o altro trauma da lavoro per gli operatori
- rischio clinico legato strettamente all’assistenza, che può incorrere a causa di terapie, interventi per diagnosi, ecc.

Le modalità di segnalazione e le relative azioni da intraprendere sono contenute in apposite procedure tra cui **Continuità** dell’assistenza in caso di emergenza **clinica** e/o organizzativa, **Post-esposizione ad agenti biologici a trasmissione parenterale**, **Controlli e azioni per prevenire l’insorgenza di casi di legionellosi**, **Infortuni sul lavoro**, **Gestione dell’emergenza tecnologica ecc.**

Inoltre il Centro utilizza nella pratica clinica i documenti del gruppo KOS *“Istruzione operativa per la valutazione del rischio cadute”*.

Al riguardo esiste anche una Rete intranet aziendale che consente tramite un applicativo di inserire i dati relativi alle cadute da parte dei Coordinatori Infermieristici.

La tabella seguente riporta le principali tipologie di eventi avversi rilevati.

<b>EVENTI AVVERSI</b>	<b>2022</b>
Cadute	4
Punture taglienti	0
Allontanamenti	0
Violenza verbale e/o fisica su operatore	0
Errore somministrazione farmaco	0
Errore identificazione paziente in radiologia/altri servizi	0
Altro	0

### Interventi/azioni correttive e di miglioramento/ prospettive future

<b>TIPOLOGIA EVENTI AVVERSI</b>	<b>AZIONI INTRAPRESE</b>
Prevenzione rischio biologico Legionella	Test periodici su campioni di acqua (rubinetti).
Cadute	Si continua con la compilazione della Scala di Conley. Il personale si dimostra molto sensibilizzato al problema: riscontra infatti una puntuale segnalazione degli eventi cadute.

## 4.2 Reclami e sinistri

### Letteratura/Normativa di riferimento

Sistema Informativo segnalazioni URP in Sanità RER Luglio 2003

### Descrizione strumento/flusso informativo

La Struttura ha attivato meccanismi atti ad assicurare la disponibilità di dati utili alla misurazione del livello di soddisfazione dei Clienti relativamente ai servizi esplicati dalla Struttura.

L'utente della Struttura ha inoltre il diritto a sporgere reclamo ogniqualvolta rilevi il mancatorispetto dei propri diritti. Gli operatori che hanno contatto con il pubblico con mansioni di assistenza e servizio devono registrare qualsiasi reclamo presentato e prospettare la possibilità di inoltrare reclamo scritto alla Struttura.

La procedura **Gestione di osservazione/suggerimenti e reclami** definisce, a tale proposito:

- le modalità di raccolta dei reclami/disservizi (scritti e verbali)
- il rilevamento del grado di soddisfazione dell'ospite ricoverato

Le modalità di risarcimento danni sono definite nella procedura **Gestione dei rischi**

### Analisi del rischio ed eventuali criticità/Aree di intervento

Vengono monitorizzati i seguenti indicatori

1. Numero di segnalazioni scritte o rilevate formalmente dai coordinatori
2. Percentuale delle risposte scritte/colloqui chiarificatori

INDICATORE	SEGNALAZIONI	
	2022	
Numero di segnalazioni scritte o rilevate formalmente (valore assoluto)	3	
Percentuale di risposte scritte/colloqui ai reclami non anonimi (percentuale)	100%	

Le principali tipologie di reclamo hanno riguardato l'area assistenziale (prevalentemente aspetti relazionali di comunicazione).

Vengono segnalati anche una percentuale di reclami fatti verbalmente dall'utente e/o familiare con risposta e chiarimenti da parte dei responsabili di area.

### Interventi/azioni correttive e di miglioramento/ prospettive future

Sensibilizzare la segnalazione scritta per permettere una corretta analisi dei dati ed un miglioramento della qualità assistenziale con la presa in carico delle criticità segnalate.

Controllo e verifica della corretta applicazione delle schede di segnalazione per l'anno 2023.



### 4.3 Infortuni operatori

#### Letteratura/Normativa di riferimento

- D.Lgs. 81/2008 — Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro  
Procedura aziendale per la Gestione degli Infortuni sul Lavoro – SDS P 08

#### Descrizione strumento/flusso informativo

Il Documento di Valutazione dei rischi (DVR) dà evidenza dell'effettuazione della valutazione dei rischi aziendali illustrando nel dettaglio il complesso delle azioni di valutazione attuate, i criteri adottati e le contromisure intraprese a garanzia della sicurezza. Si tratta di uno strumento dinamico che deve essere necessariamente aggiornato per consentire la visione globale dei rischi emergenti ed il miglioramento nel tempo dei livelli di sicurezza.

#### Analisi del rischio ed eventuali criticità/Aree di intervento


	<b>SEGNALAZIONI</b>
<b>INDICATORE</b>	<b>2022</b>
Infortunio a rischio biologico	0
Movimentazione carichi	1
Infortuni in itinere	1
Cadute	0
Violenza su operatore	0
Altri infortuni	0
Contagi COVID	14

#### Interventi/azioni correttive e di miglioramento/ prospettive future

- Formazione per operatori "Movimentazione carichi".
- Infortuni a rischio biologico: svolti nel 2022 degli incontri tenuti dai Coordinatori Infermieristici per sensibilizzare il personale ad una maggiore attenzione nell'uso dei dispositivi. Si continuano nel 2023

Il documento generale di **Valutazione dei rischi** (DVR), ai sensi del D.Lgs. 09.04.2008 n. 81 art. 17 co.1, come mod. dal D. Lgs.106/09, è stato aggiornato a Luglio 2020.

Il documento specifico di **Valutazione del rischio biologico** è stato aggiornato 3 volte nel corso del 2021, recependo i Decreti Legislativi e Decreti Legge in materia COVID; l'ultima revisione risale al 23/11/2021.

 <p>Centro di Macerata Feltria</p>	<p>RELAZIONE ANNUALE SUGLI ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE CURE E AZIONI DIMIGLIORAMENTO (Legge 8 marzo 2017 n. 24)</p>	<p>Pag. 10 di 14</p>
---	---	----------------------

#### 4.4 Infezioni correlate all'assistenza

##### Letteratura/Normativa di riferimento

- Lotta contro le infezioni ospedaliere: Circolare Ministero della Sanità n. 52/1985.
- Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza Circolare Min. Sanità 30.01.1988, n.8
- Piano Aziendale per la Prevenzione ed il Controllo delle Infezioni.
- DGR n. 318/2013 "Linee di indirizzo alle aziende per la gestione del rischio infettivo: infezioni correlate all'assistenza e uso responsabile di antibiotici"
- Indicazioni pratiche e protocolli operativi per la diagnosi, la sorveglianza e il controllo degli Enterobatteri produttori di carbapenemasi nelle strutture sanitarie e socio sanitarie, Gennaio 2013, Regione Emilia Romagna

##### Descrizione strumento/flusso informativo

Sono in atto programmi di sorveglianza interna che riguardano:

- infezioni delle vie respiratorie che riguardano i pazienti portatori di cannula tracheostomica
- infezioni delle vie urinarie
- Emocolture

Il programma consiste nella raccolta dati relativi ai pazienti in stato comatoso e di minima coscienza (SUAP/UGIR) che vengono analizzati dal Gruppo Prevenzione Rischio Infettivo (GPRI). Annualmente viene redatto e diffuso un report di sorveglianza delle infezioni respiratorie e urinarie.

##### *Caratteristiche dei pazienti ricoverati nel 2022:*

data l'assenza di pazienti SUAP e la tipologia prevalentemente ortopedica dei pazienti ricoverati in questo anno, non abbiamo dati significativi.

#### 4.5 Lesioni da pressione

##### Letteratura/Normativa di riferimento

- Powers GC, Lenter T, Nelson F et al. Validation of the mobility sub scale of the Braden Scale for predicting pressure sore risk. Nurs Res 2004; 53(5):340-3346.
- Agenzia Sanitaria Regionale (ASR), Regione Emilia-Romagna: "Raccomandazioni per la prevenzione delle lesioni da decubito". Dossier 94-2004; ISSN 1591 —223 X
- Agenzia Sanitaria Regionale (ASR), Centro di documentazione per la salute, Regione Emilia-Romagna: "Prevalenza delle lesioni da decubito, uno studio della Regione Emilia-Romagna". Dossier 61-2002; ISSN 1591-223X
- Linee guida Aziendali

##### Descrizione strumento/flusso informativo

Sotto il controllo della Direzione Sanitaria è stato identificato un Gruppo di lavoro permanente per il monitoraggio e lo studio degli approcci preventivi e curativi delle lesioni da decubito.

Tale gruppo è composto da un Medico, un Coordinatore Infermieristico, un Infermiere e un Fisioterapista.

Vengono effettuati:

- mensilmente una raccolta dati che viene analizzata dal gruppo di lavoro
- annualmente un report di prevenzione e sorveglianza delle lesioni da decubito che riporta dati relativi all'insorgenza e all'incidenza delle lesioni, utili per la prevenzione e la stima approssimativa dell'efficacia delle misure di controllo sia fisiche che mediche.

La tipologia di pazienti ricoverati nel 2002 non ha però avuto una incidenza rilevante di LDD come si può evincere dalla tabella successiva. Per tale motivo non sono state intraprese attività particolari di analisi o interventi nell'anno considerato.

### TABELLA SEDI INTERESSATE DA LDD

SEDE	2002
Cavo popliteo	-
Coscia (trocantere + ginocchio)	-
Gamba	-
Bacino (gluteo + ischio + sacro)	3
Arto superiore	-
Piede + malleolo + tallone	1
Cranio	-
Rachide	-
Scapola	-
<b>TOTALE</b>	<b>4</b>

## 4.6 Analisi cartelle cliniche

### Normativa di riferimento

Linee di indirizzo regionali in materia di controlli esterni ed interni dei produttori pubblici e privati di prestazioni sanitarie nella Regione Marche (DGR 1489/2019 e 6/RAO del 20/02/2020).  
Procedura aziendale di Gestione della Documentazione Sanitaria SDS P 25

### Descrizione strumento/flusso informativo

Con frequenza annuale vengono controllate a campione un numero di cartelle cliniche pari ad almeno il 10% delle dimissioni.  
Per ogni controllo viene redatto un verbale sui risultati della verifica.

### Analisi del rischio ed eventuali criticità/Aree di intervento e di miglioramento

- 4.4.1 Ci sono ancora criticità in merito alla puntuale rilevazione del dolore. I Coordinatori Infermieristici hanno tenuto incontri con il personale infermieristico per sensibilizzare alla corretta compilazione della scala dolore, soprattutto per quanto riguarda la rivalutazione dopo intervento terapeutico.
- 4.4.2 Criticità da continuare a monitorare: non puntualità nella firma dei medici. La criticità verrà probabilmente superata con l'introduzione della cartella clinica elettronica.

## 4.7 Discussione casi clinici e focus group

Per ogni Area di degenza il team riabilitativo multiprofessionale si riunisce settimanalmente per un confronto fra operatori sui singoli pazienti. Da questo confronto può scaturire un'eventuale revisione in itinere del programma riabilitativo.

## 5. FORMAZIONE

Di seguito la formazione svolta per migliorare l'assistenza al paziente e ridurre gli eventi avversi.

ANNO2022				
TITOLO EVENTO FORMATIVO	FORM. INT./EST.	N. EDIZIONI	ORE x EDIZIONE	PARTECIPANTI
Sicurezza luoghi di lavoro — Formazione generale lavoratori	Interna	FAD	4	4
Sicurezza luoghi di lavoro Aggiornamento quinquennale	Interna	FAD	6	21
Sicurezza luoghi di lavoro Aggiornamento per RLS	Interna	1	8	0
Sicurezza luoghi di lavoro Agg.to quinquennale ASPP	Interna	1	20	0
Formazione Lavoratori Rischi Specifici – Rischio Basso	Interna	FAD	4	3
Formazione Lavoratori Rischi Specifici – Rischio Alto	Interna	FAD	12	0
Formazione Specifica Preposti	Interna	6	8	1
Lefety - Piattaforma social al servizio della Sicurezza	Interna	1	4	33
BLSD	Interna		8	0
BLSD	Esterna	Extbas2022	8	1
Retraining BLSD	Interna		4	0
L'infezione da SARS-CoV-2	Interna	FAD	2	2
Procedura di vestizione e svestizione (tuta e camice) e rimozione dei dispositivi di protezione individuale	Interna	FAD		4
Corso base antincendio	Interna	1	16	0
Aggiornamento antincendio	Interna	1	8	0
La riabilitazione respiratoria per pazienti post Covid-19	Interna	7	8	1

### FORMAZIONE PROGRAMMATA PER IL 2023

per migliorare l'assistenza al paziente e ridurre gli eventi avversi.

TITOLO EVENTO FORMATIVO	FORM. INT. / EST.	N. EDIZIONI	ORE x EDIZIONE	PARTECIPANTI
BLS-D base adulto	Interna	2 - 7	8	17
Sicurezza luoghi di lavoro - Formazione generale dei Lavoratori	Interna	FAD	4	2
Formazione Lavoratori Rischi Specifici – Rischio Alto	Interna	FAD	12	5
Sicurezza luoghi di aggiornamento quinquennale	Interna	FAD	6	0
Formatori su Salute e Sicurezza sul lavoro	Interna	1	24	0
Corso base antincendio Abilitante addetto alla gestione delle emergenze	Interna	FAD	16	5
Infezioni da Sars-Cov-2	Interna	FAD	2	39
Lefety- Piattaforma social al servizio della Sicurezza	Interna	1	4	3
Movimentazione manuale carichi—corretto posizionamento dei pazienti	Interna	1	4	0
Procedura di vestizione e svestizione (tuta e camice) e rimozione dei dispositivi di protezione individuale	Interna	1		1

## 6. SIMULAZIONI EMERGENZE BLS-D NELLE AREE DI DEGENZA

### PROGETTO PER IL 2022

Si sono svolte nel 2022, a partire da Aprile, delle simulazioni di emergenza BLS-D nelle aree di degenza, coinvolgendo Infermieri neo-assunti e personale OSS, come di seguito specificato:

- n. 1 simulazioni al mese (n. 4 partecipanti per singola simulazione).

Nel 2023 sono state pianificate n. 4 edizioni di corso BLSD base per la formazione degli operatori.