



Servizio Sanitario Nazionale – Regione dell'Umbria
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE UMBRIA 1
Sede Legale Provvisoria: Via Guerra 21 – Perugia
Codice Fiscale e Partita IVA 03301860544

**DELIBERA DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO
n. 1575 del 16/12/2019**

Proponente: Direzione Sanitaria

**Oggetto: PIANO TRIENNALE DI ATTIVITÀ. PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO
(PAGR) 2019 – 2021**

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Vista la proposta di delibera in oggetto di cui al num. Provv 17592 del 05/12/2019 contenente:

il Parere del Direttore Amministrativo – Dott.ssa Doriana SARNARI

il Parere del Direttore Sanitario – Dr. Silvio PASQUI

Hash .pdf (SHA256):

2eaf8c49fe454c31709a6f9c9dcc95442e1331cc74903b5f199c0d5f77bbf9d9

Hash .p7m (SHA256):

be02aa062cb570d020919abdcb0f116a216a9e17698c6a2f4e466c0511a0f590

Firme digitali apposte sulla proposta:

Silvio Pasqui, Silvio Pasqui, Doriana Sarnari

DELIBERA

Di recepire la menzionata proposta di delibera che allegata al presente atto ne costituisce parte integrante e sostanziale e di disporre quindi così come in essa indicato.

**IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
(Dott. Luca LAVAZZA)***

Oggetto: PIANO TRIENNALE DI ATTIVITÀ. PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO (PAGR) 2019 – 2021

Richiamata la seguente normativa di riferimento:

- Delibera del Direttore Generale n.139 del 21 Febbraio 2013, mediante la quale viene dato atto che la Struttura Semplice Aziendale "Risk Management" è mantenuta con attività estesa a tutta la nuova Azienda USL Umbria n.1;
- Delibera del Direttore Generale della AUSL Umbria 1 n. 748 del 2016 con oggetto: "Riorganizzazione Struttura Aziendale Risk Management"
- D.G.R. Umbria n.1345 del 27/07/2007, recante "Linee Guida per la Gestione del Rischio nelle Aziende Sanitarie";
- L.R. n. 18 del 12/11/2012, Costituzione della AUSL Umbria n.1;
- DGR n. 1639/2016 "Accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e sociosanitarie. Preadozione del nuovo regolamento e dei nuovi criteri per il suo rilascio in attuazione della Intesa Conferenza Unificata del 19/02/2015";
- DGR Regione Umbria, n. 1401 del 27/11/2017: "Linee di indirizzo per la definizione dell'organizzazione e delle funzioni per la Gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente";
- L. 24 del 8 marzo 2017 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie".
- Determinazione Dirigenziale n. 6776 del 28/06/2018 Approvazione delle "Linee di indirizzo regionali per la redazione del Piano di Attività per la Gestione del Rischio clinico (PAGR)".

Si premette che la sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico sono tematiche fondamentali per tutti i sistemi sanitari e che la complessità delle organizzazioni sanitarie, l'elevato livello tecnologico e l'elevato numero delle prestazioni erogate costituiscono fattori intrinseci del sistema che possono favorire il verificarsi di errori causa di eventi avversi per i pazienti;

- ogni organizzazione sanitaria deve dotarsi delle politiche e delle strategie orientate alla sicurezza dei pazienti nell'ottica di una gestione integrata dei rischi.

Si dà atto che la Regione Umbria nelle Linee di indirizzo per la definizione dell'organizzazione e delle funzioni per la Gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente prevede la predisposizione del Piano di attività annuale per la gestione del rischio clinico; la Regione Umbria nelle Linee di indirizzo regionali per la redazione del Piano di Attività per la Gestione del Rischio clinico (PAGR) prevede in una prospettiva pluriennale, non superiore ai tre anni;

Per le motivazioni espresse in premessa, si propone la seguente

D E L I B E R A

Di adottare il "**PIANO TRIENNALE DI ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO (PAGR) 2019- 2021**" che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento e di riconoscerlo come elemento sostanziale del Piano aziendale per la gestione integrata del rischio;

Di inviare il presente atto alla rete dei referenti del rischio clinico, ai Direttori di Dipartimento ospedaliero e Territoriale , ai Direttori di Distretto e al Dirigente del S.I.T.R.O.;

Di dare atto che il presente atto è soggetto a pubblicazione integrale secondo le vigenti disposizioni normative

Area Funzionale Integrata Rischio Clinico
PO Alto Tevere
Il Dirigente Medico AFI Rischio Clinico
Dott.ssa Gioia Calagreti

Il Direttore Sanitario
Dr. Silvio Pasqui

Direzione Medica P.O. Alto Tevere
AFI Risk Management

PIANO TRIENNALE DI ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO
(PAGR) 2019 – 2021

INDICE

1. Premesse e inquadramento normativo
2. Descrizione del contesto di riferimento
3. Mappatura del rischio clinico e Implementazione di azioni di miglioramento
4. Obiettivi ed azioni

1. Premesse e inquadramento normativo

La Legge 8 marzo 2017, n.24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" nell'articolo 1 definisce la sicurezza delle cure come "...parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività". Il comma 2 dell'art. 1 evidenzia l'approccio alla sicurezza delle cure non più basato solamente sulle competenze e conoscenze del singolo operatore sanitario, ma sull'organizzazione nel suo complesso. La sicurezza emerge dall'interazione tra tutte le componenti del sistema e non dipende solo dalle persone, dalle tecnologie, dall'organizzazione, ma dall'interazione tra loro. La sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico sono tematiche fondamentali per tutti i sistemi sanitari e la complessità delle organizzazioni sanitarie, l'elevato livello tecnologico e l'elevato numero delle prestazioni erogate costituiscono fattori intrinseci del sistema che possono favorire il verificarsi di errori causa di eventi avversi per i pazienti.

La Regione Umbria, nelle Linee di indirizzo per la definizione dell'organizzazione e delle funzioni per la Gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente prevede la predisposizione del Piano di attività per la Gestione del Rischio Clinico –PAGR– (DGR n.6776 del 28/06/2018) che rappresenta lo strumento per implementare il sistema sicurezza nelle organizzazioni sanitarie attraverso l'integrazione

Direzione Medica P.O. Alto Tevere
AFI Risk Management

delle competenze cliniche, assistenziali e tecnico-professionali e la realizzazione di sinergie con altri piani o programmi (qualità, appropriatezza, continuità delle cure, sicurezza degli operatori).

La L.R. n. 10 del 26/09/2018 "Accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e sociosanitarie nuovo regolamento e dei nuovi criteri per il suo rilascio in attuazione dell'Intesa Conferenza Unificata del 19/02/2015" definisce i requisiti per l'appropriatezza clinica e la sicurezza e gli standard per la gestione del rischio clinico.

La definizione del Piano triennale per la Gestione del Rischio Clinico 2019-2021 dell'Azienda USL Umbria 1 avviene in continuità con i precedenti Piani di attività in un'ottica di verifica dello sviluppo evolutivo coerente delle politiche aziendali in materia di miglioramento della qualità e della sicurezza dei servizi erogati. Il piano identifica le misure di prevenzione e le barriere protettive a maggiore impatto in termini di sicurezza per il paziente e, in accordo con la propria missione, l'Azienda USL Umbria 1 pone al centro dell'attenzione il cittadino che usufruisce dei servizi sanitari promuovendo la partecipazione dei pazienti e dei loro familiari.

2. Descrizione del contesto di riferimento

L'Azienda USL Umbria n.1 è un'**Azienda Sanitaria Territoriale** che, allo stato attuale, assiste l'area più vasta e popolosa della Regione. Ha una superficie complessiva di **4.298,38 Km^q**, dove insistono **38 Comuni**: Corciano, Perugia, Torgiano, Assisi, Bastia, Bettona, Cannara, Valfabbrica, Collazzone, Deruta, Fratta Todina, Massa Martana, Marsciano, Montecastello di Vibio, San Venanzo, Todi, Castiglione del Lago, Città della Pieve, Magione, Paciano, Panicale, Passignano, Piegara, Tuoro, Citerna, Città di Castello, Lisciano Niccone, Monte Santa Maria Tiberina, Montone, Pietralunga, San Giustino, Umbertide, Costacciaro, Fossato di Vico, Gualdo Tadino, Gubbio, Scheggia e Pascelupo, Sigillo.

I Distretti dell'Azienda USL Umbria n. 1, articolati in Centri di Salute e Servizi, sono i seguenti:

- **Distretto del Perugino**, comprendente i Comuni di Corciano, Perugia, Torgiano;
- **Distretto dell'Assisano**, comprendente i Comuni di Assisi, Bastia, Bettona, Cannara, Valfabbrica;

Direzione Medica P.O. Alto Tevere
AFI Risk Management

- **Distretto della Media Valle del Tevere**, comprendente i Comuni di Collazzone, Deruta, Fratta Todina, Marsciano, Massa Martana, Monte Castello Vibio, San Venanzo, Todi;
- **Distretto del Trasimeno**, comprendente i Comuni di Castiglione del Lago, Città della Pieve, Magione, Paciano, Panicale, Passignano, Piegaro, Tuoro;
- **Distretto Alto Chiascio**, comprendente i Comuni di Gubbio, Gualdo Tadino, Scheggia, Costacciaro, Sigillo, Fossato di Vico;
- **Distretto Alto Tevere**, comprendente i Comuni di Città di Castello, Citerna, Monte Santa Maria Tiberina, S. Giustino, Lisciano Niccone, Montone, Pietralunga, Umbertide.

Il **Dipartimento di Prevenzione** è la struttura operativa di cui l'Azienda si avvale per garantire la tutela della salute collettiva perseguendo obiettivi di promozione della salute e prevenzione delle malattie e delle disabilità. È articolato nelle seguenti Macroaree: Sanità Pubblica; Prevenzione nei luoghi lavoro; Sanità Pubblica Veterinaria; Sicurezza Alimentare.

Il **Dipartimento di Salute Mentale** è l'insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nell'ambito del territorio aziendale. È dotato dei seguenti servizi:

- servizi per l'assistenza diurna: i Centri di Salute Mentale (CSM);
- servizi semiresidenziali: i Centri Diurni (CD);
- servizi residenziali: strutture residenziali (SR) distinte in residenze terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative;
- Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) integrato con l'Azienda Ospedaliera di Perugia.

L'Azienda USL Umbria n.1 ha una popolazione residente che, complessivamente, al 1° Gennaio 2018, ammonta a **502.065** abitanti (Fonte ISTAT) e rappresenta il 56,75% dell'intera popolazione regionale (884.640)

Rispetto all'anno precedente i residenti sono complessivamente diminuiti (504.155 nel 2017); la fascia di età 15-64 anni è quella che ha presentato il maggior decremento (-1.562 residenti) a fronte di un costante aumento della popolazione anziana.

Direzione Medica P.O. Alto Tevere
AFI Risk Management

La **DGR 212/2016, attuativa del DM 70/2015** "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" definisce un piano della rete ospedaliera regionale caratterizzato secondo livelli gerarchici di complessità e di intensità delle cure, prevedendo per l'Azienda USL Umbria n.1 la seguente organizzazione in ambito ospedaliero:

- **Ospedali di base:** Umbertide (Presidio Alto Tevere) e Castiglione del Lago, Media Valle del Tevere, Assisi, Passignano, **ospedali del Presidio Ospedaliero Unificato**. L'Ospedale di Passignano è Ospedale di base ma dedicato esclusivamente a ricoveri di riabilitazione funzionale. L'Ospedale di Città della Pieve è stato-riconvertito in Casa della Salute a partire dal 01/03/2017)
- **2 Ospedali con DEA di I livello: Città di Castello e Gubbio-Gualdo Tadino**

Tutti i Presidi Ospedalieri sono organizzati secondo il modello dipartimentale. I **Dipartimenti gestionali** dell'Azienda USL Umbria n.1 sono: **Dipartimento di Chirurgia Generale; Dipartimento di Chirurgia Specialistica; Dipartimento Medico e Oncologico; Dipartimento Medicine Specialistiche; Dipartimento Materno-Infantile; Dipartimento dei Servizi; Dipartimento di Emergenza e Accettazione.**

Nel 2018, i Posti Letto dei Presidi Ospedalieri dell'Azienda USL Umbria n.1 per acuti, lungodegenza e riabilitazione ospedaliera, da modello Ministeriale HSP 12, sono stati complessivamente 692.

Nel corso del **2018** sono stati effettuati complessivamente dagli Ospedali a gestione diretta dell'Azienda USL Umbria n.1 **27.634 ricoveri.**

I **sei Distretti** dell'Azienda USL Umbria n.1 garantiscono, attraverso proprie strutture, la maggior parte delle attività previste dal Livello Essenziale di Assistenza "Assistenza Distrettuale": l'assistenza dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, l'assistenza farmaceutica, l'assistenza domiciliare, l'attività di continuità assistenziale, l'assistenza specialistica ambulatoriale, l'assistenza consultoriale, l'assistenza riabilitativa, l'assistenza protesica, l'assistenza a persone con dipendenze patologiche, l'assistenza psichiatrica, l'assistenza socio-sanitaria.

Direzione Medica P.O. Alto Tevere
AFI Risk Management

Nell'ambito dell'assistenza distrettuale, il Servizio Sanitario Nazionale garantisce alle persone con **dipendenze patologiche o comportamenti di abuso patologico di sostanze** la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che include le prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche e riabilitative previste dalle norme vigenti; tale assistenza è assicurata dai **Ser.T.** e **GOAT** presente nel Distretto del Perugino.

L'attività di promozione e tutela della salute mentale viene assicurata da **8 CSM**, **6 strutture semiresidenziali** e **17** strutture a carattere **residenziale**.

L'Azienda opera mediante **174** strutture territoriali a gestione diretta e **74** strutture convenzionate insistenti sul territorio aziendale. La tipologia di strutture e il tipo di assistenza erogata sono riassunte. Gli istituti o centri di riabilitazione convenzionati ex art.26 L.833/78 sono **6**, per complessivi **174** posti letto residenziali e **165** posti letto semiresidenziali.

Il **Dipartimento di Prevenzione (DP)** è la struttura gestionale di cui l'Azienda si avvale per garantire la tutela della salute collettiva perseguendo obiettivi di promozione della salute e prevenzione delle malattie e delle disabilità attraverso azioni volte ad individuare e rimuovere le cause di nocività e di malattia di origine ambientale, umana ed animale.

Il Dipartimento di Prevenzione si articola nelle macroaree: **Sanità Pubblica; Prevenzione nei Luoghi di Lavoro; Sanità Pubblica Veterinaria; Sicurezza Alimentare.**

Alla macroarea Sanità Pubblica afferisce la U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica (I.S.P.).

Alla macroarea Prevenzione nei Luoghi di Lavoro afferisce la U.O.C. Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (P.S.A.L.).

Alla macroarea Sanità Pubblica Veterinaria afferiscono: U.O.C. Sanità Animale (S.A.), U.O.C. Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (I.A.P.Z.).

Alla macroarea Sicurezza Alimentare afferiscono: U.O.C. Igiene degli Alimenti di Origine Animale (I.A.O.A.), U.O.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (I.A.N.).

Direzione Medica P.O. Alto Tevere
AFI Risk Management

Le Unità Operative Complesse e Unità Operative Semplici Dipartimentali assicurano la propria attività attraverso punti di erogazione in ognuno dei 6 ambiti distrettuali dell'Azienda.

Al Dipartimento di Prevenzione afferisce anche la U.O.C. Medicina dello Sport.

3. Mappatura del rischio clinico e Implementazione di azioni di miglioramento

La sorveglianza degli eventi avversi è fondamentale in Sanità Pubblica perché ci consente di individuare eventuali lacune presenti in un'Organizzazione Sanitaria ed adottare le adeguate azioni di miglioramento al fine di eliminare i fattori di rischio responsabili o, almeno, di ridurne la frequenza. Il **sistema informatizzato di *Incident Reporting*** consente la gestione delle segnalazioni provenienti da tutte le strutture sanitarie della USL Umbria 1, facilitando l'integrazione ma anche lo studio contemporaneo di tutti i Presidi/Strutture Territoriali.

Lo strumento permette, inoltre, congiuntamente alle altre fonti informative presenti in Azienda, di stilare alla fine di ogni anno, il profilo di Rischio Aziendale utile ai fini della definizione di strategie da prevedere nel Piano di Attività del Servizio di Rischio Clinico dell'anno successivo.

Le informazioni complete relative al sistema informatizzato di *Incident Reporting* e alla relativa procedura Aziendale sono disponibili nel sito *intranet* aziendale nella specifica procedura visibile anche nella pagina di Gestione del rischio Clinico a cui hanno libero accesso i cittadini, come da normativa sulla trasparenza e da L. 24/2017 ([PGA 25 REV INCIDENT REPORTING Rev.01.19](#)).

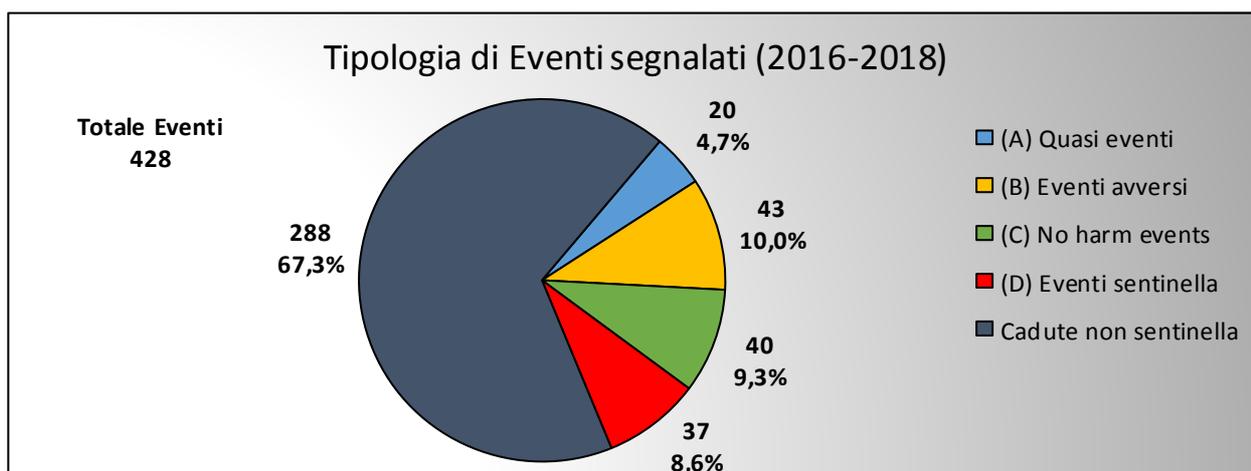
Nel triennio 2016 – 2018 sono stati segnalati all'Area Funzionale di Rischio Clinico Aziendale un totale di 428 eventi suddivisi in:

- **Quasi eventi** → errori che hanno la potenzialità di causare un evento avverso che però non si verifica per caso fortuito perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.
- **Eventi avversi** → eventi inattesi correlati al processo assistenziale e che comportano un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Rientrano in questa fattispecie tutte le cadute che non esitano in grave danno o morte del paziente.
- **No harm events** → eventi che, pur espressione di un possibile errore o criticità, non hanno comportato danni al paziente.

Direzione Medica P.O. Alto Tevere
AFI Risk Management

- **Eventi sentinella** → eventi avversi di particolare gravità, potenzialmente indicativi di un serio malfunzionamento del sistema, che possono comportare morte o grave danno al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario.
- **Cadute non sentinella** → cadute la cui gravità non è tale da poterle classificare all'interno degli eventi sentinella, poiché il paziente non va incontro a morte o grave danno. Per scelta questi eventi vengono segnalati e processati mediante uno strumento a parte rispetto a quello segnalato per gli eventi di cui sopra.

Figura 1 Eventi segnalati nel triennio 2016 - 2018 suddivisi per Tipologia





**Direzione Medica P.O. Alto Tevere
AFI Risk Management**

Figura 2 Eventi non sentinella (A + B + C) segnalati alla USL Umbria 1 nel triennio 2016 - 2018 suddivisi per Categoria

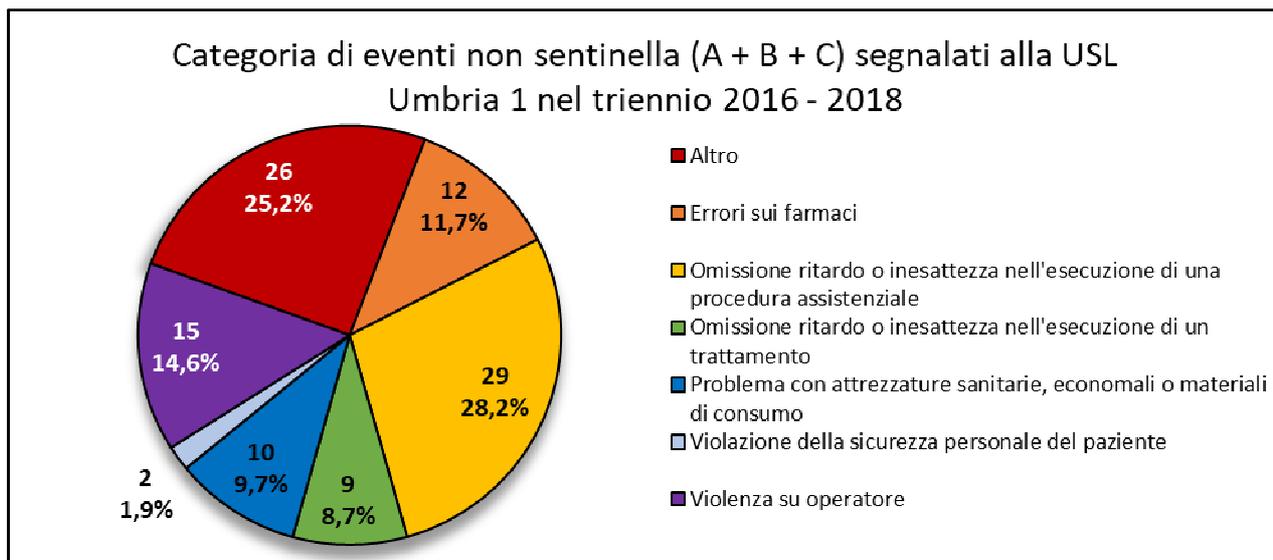
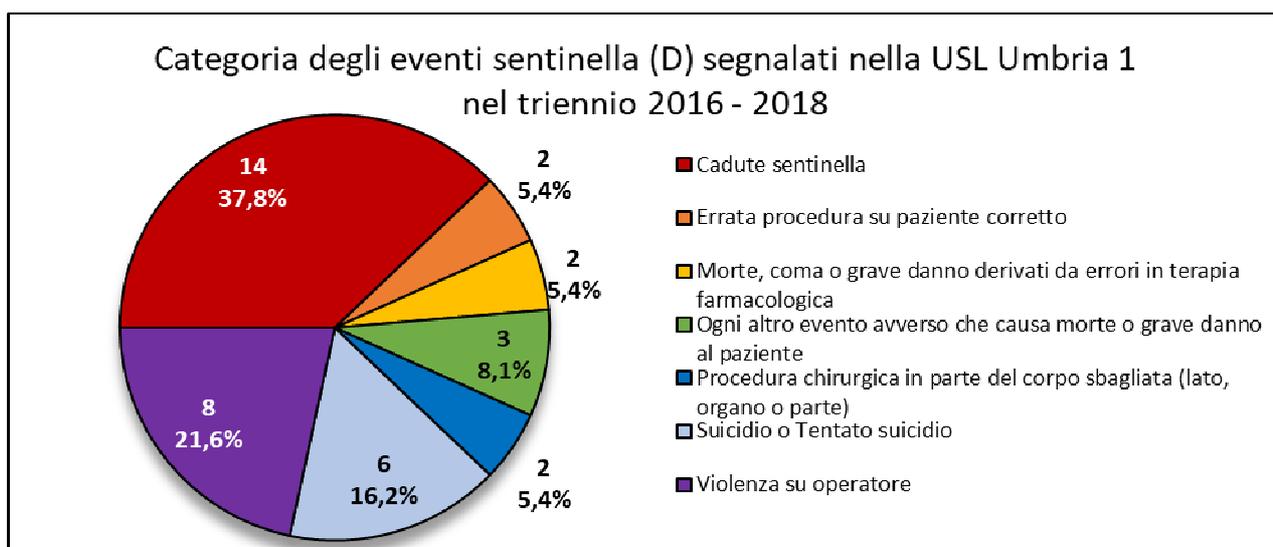


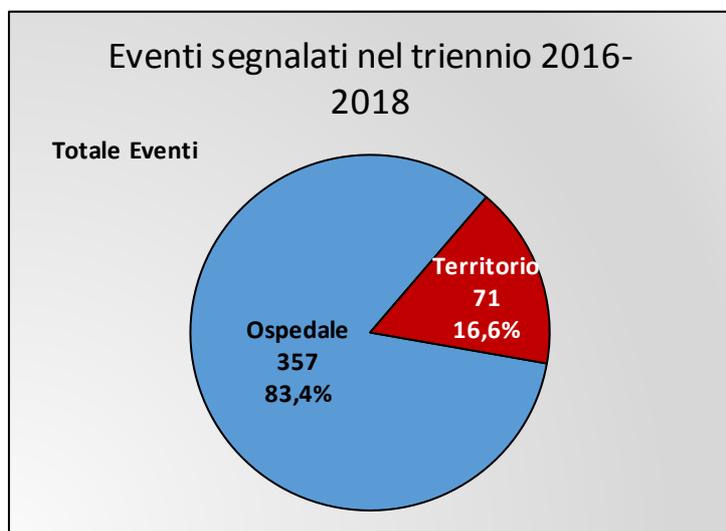
Figura 3 Eventi sentinella (D) segnalati nella USL Umbria 1 nel triennio 2016 - 2018 suddivisi per Categoria



Direzione Medica P.O. Alto Tevere
AFI Risk Management

La maggior parte delle segnalazioni sono arrivate dai Presidi Ospedalieri che hanno registrato un totale di 357 eventi (83,4% del totale), mentre gli eventi segnalati dal Territorio sono stati complessivamente 71 (16,6% del totale), per un totale di 428 eventi segnalati in tre anni da tutta l'Azienda (Fig.4).

Figura 4 Totale degli eventi segnalati all'Area Funzionale di Rischio Clinico Aziendale nel triennio

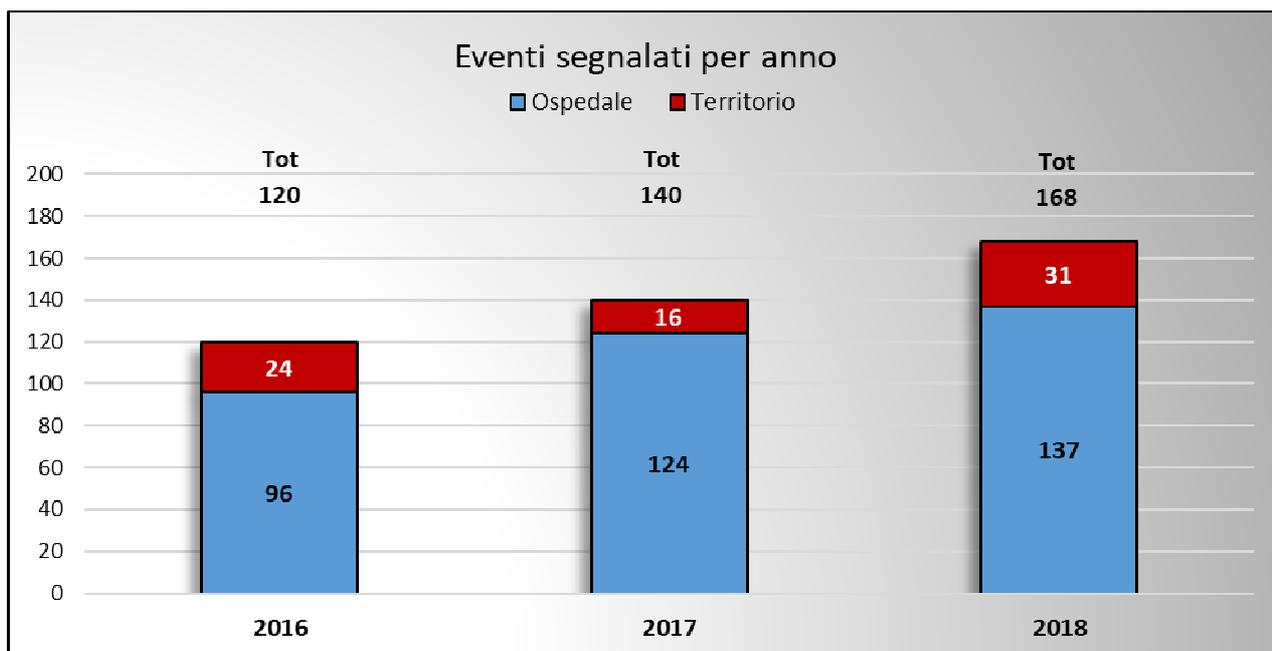


Le segnalazioni sono progressivamente aumentate nel corso degli anni, passando dai 120 eventi del 2016 (pari al 28% del totale) ai 140 del 2017 (32,7% del totale, aumento del 16,7% rispetto all'anno precedente), fino ai 168 del 2018 (39,3% del totale, aumento del 20% rispetto all'anno precedente).

La distribuzione per anno degli eventi segnalati è illustrata in Figura 5.

Direzione Medica P.O. Alto Tevere
AFI Risk Management

Figura 5 Eventi segnalati all'Area Funzionale di Rischio Clinico Aziendale per anno



Le segnalazioni delle Cadute nel triennio 2016 – 2018

Le cadute sono eventi frequenti nella pratica assistenziale e costituiscono un pericolo considerevole per la salute dei pazienti. Nel corso degli anni si è posta particolare attenzione al fenomeno da parte dei diversi operatori sanitari con lo scopo di mettere in atto tutte le possibili precauzioni per limitare i fattori di rischio associati, tuttavia, malgrado l'attenzione rivolta, le cadute rimangono gli eventi più frequentemente segnalati all'Area Funzionale di Gestione del Rischio. Ciò è completamente in linea con il trend nazionale e con i dati ministeriali.

A seconda della loro gravità le cadute possono rientrare nel novero delle segnalazioni degli **eventi sentinella** (eventi avversi di particolare gravità con morte o grave danno al paziente) oppure, nei casi di minore entità, possono essere segnalate all'Area Funzionale di Gestione del Rischio

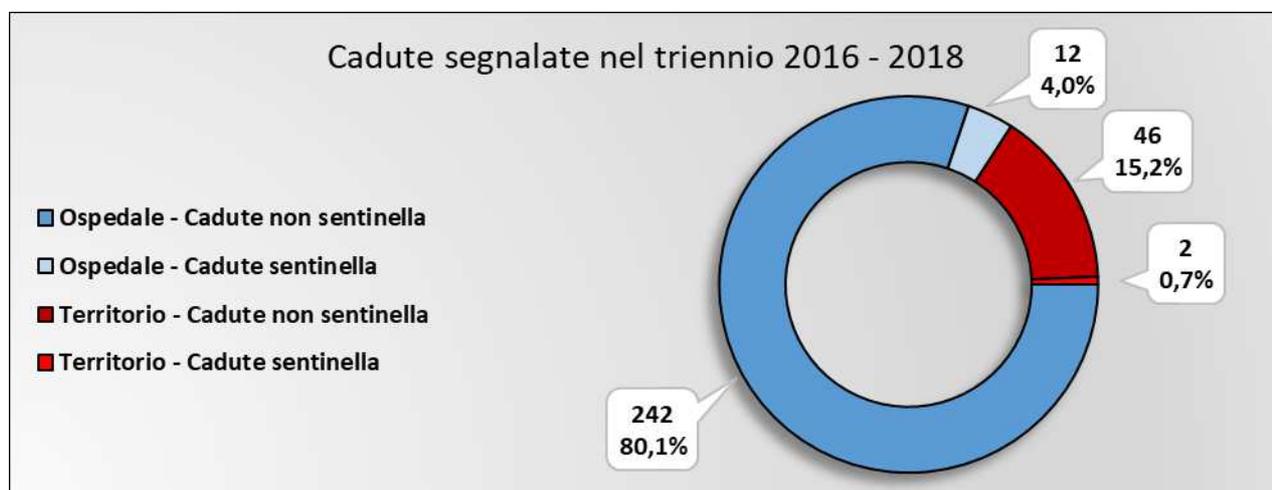
**Direzione Medica P.O. Alto Tevere
AFI Risk Management**

mediante un modello cartaceo *ad hoc* allegato alla procedura aziendale [PGA 24 PREVENZIONE RISCHIO CADUTE ASSISTITI E GESTIONE EVENTO](#) presente nel sito intranet dell'Azienda. Le segnalazioni sono poi raccolte ed inserite manualmente all'interno di un *database* informatizzato.

Le cadute rappresentano l'evento segnalato più frequentemente, con un totale di 302 eventi (pari al 70,6% del totale degli eventi segnalati). La maggior parte di queste ha dato come esito un danno lieve o di modesta entità e non sono rientrate tra le segnalazioni di eventi sentinella (288 pari al 95,4% del totale delle cadute); 242 di queste sono state segnalate dai vari P.O. (80,1% del totale delle cadute), mentre 46 sono avvenute sul territorio e sono state segnalate dai rispettivi Distretti (15,2% del totale delle cadute).

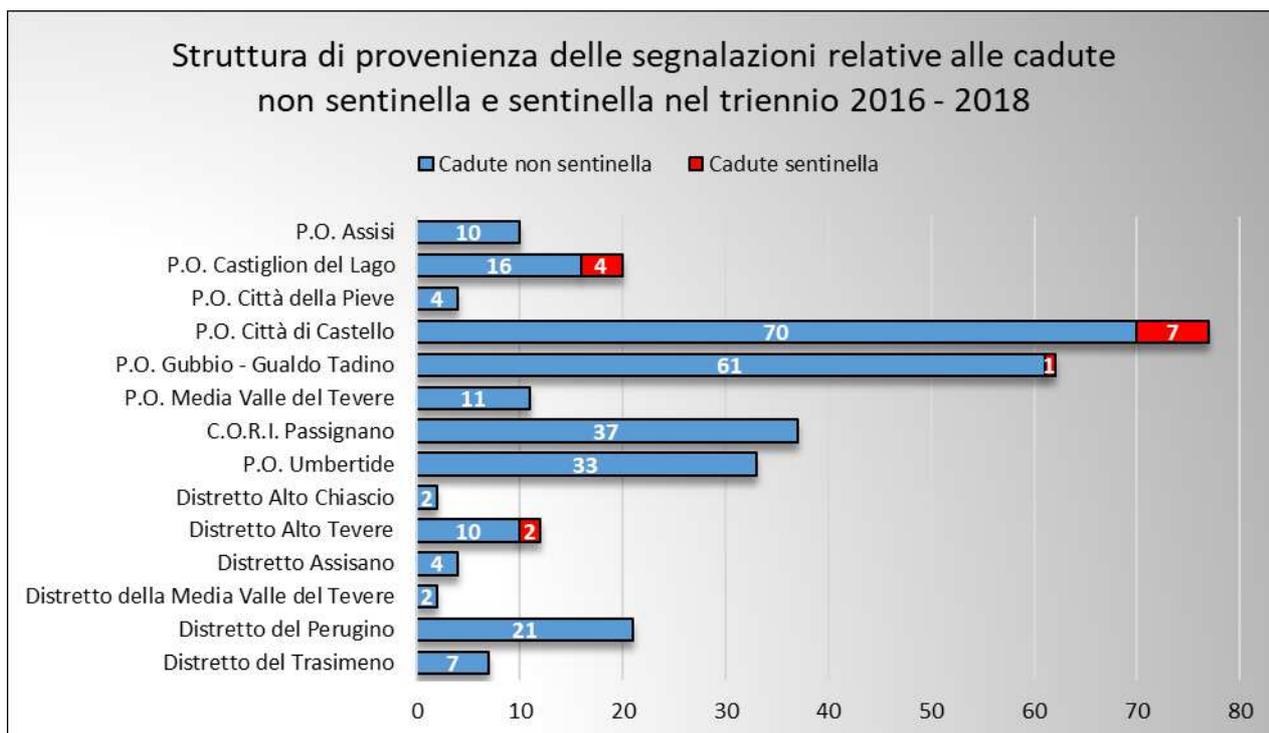
A queste 288 cadute se ne aggiungono 14 (4,6% del totale delle cadute) la cui gravità è stata tale da rientrare tra gli eventi sentinella (12 avvenute nei P.O. e 2 sul territorio, pari rispettivamente al 4% e 0,7% del totale delle cadute). Le informazioni dettagliate sulle cadute sono illustrate in Fig. 6 e 7.

Figura 6 Volume complessivo delle cadute (sia lievi che eventi sentinella) segnalate nel triennio 2016 - 2018 nella USL Umbria 1



Direzione Medica P.O. Alto Tevere
AFI Risk Management

Figura 7 Struttura di provenienza delle segnalazioni relative alle cadute non sentinella e sentinella nel triennio 2016 - 2018



3.1 Implementazione delle Azioni di Miglioramento

Per ogni tipologia di evento segnalato è stata proposta l'implementazione di misure correttive al fine di individuare efficaci azioni di miglioramento per i processi analizzati.

Sono stati organizzati corsi formativi per il personale sanitario riguardo l'importanza e le modalità di utilizzo delle corrette procedure aziendali con l'obiettivo di ridurre il numero di segnalazioni appartenenti alla categoria **"Omissione, ritardo o inesattezza nell'esecuzione di una procedura assistenziale"**.

Direzione Medica P.O. Alto Tevere
AFI Risk Management

Nei confronti dell'evento **"Atti di violenza a danno degli operatori sanitari"** sono state intraprese più azioni di miglioramento:

- È stata revisionata la procedura aziendale specifica "[PGA 08 PREVENZIONE ATTI DI VIOLENZA CONTRO OPERATORI - Racc. n.8](#)" disponibile nel portale *intranet* aziendale.
- Con il supporto e la collaborazione della Direzione Medica del Presidio Ospedaliero Altotevere, delle psicologhe afferenti al Presidio ed al Distretto Altotevere e con l'Area Funzionale di *Risk Management*, è stato organizzato un progetto pilota dal titolo "[Promozione di una organizzazione lavorativa in salute](#)" che prevedeva una serie di incontri, con la costituzione di gruppi tipo *Balint*, coordinati da due psicologhe al fine di rielaborare il vissuto lavorativo degli operatori sanitari, migliorando lo stato d'animo e quindi la capacità produttiva.
- L'AFI *Risk Management*, con il supporto dell'AFI di Psicologia Aziendale, dopo l'esperienza del progetto pilota di cui sopra, ha organizzato un corso formativo accreditato ECM intitolato "[Come prevenire, riconoscere e gestire atti di violenza nei confronti degli operatori sanitari](#)"; il corso è stato articolato su più incontri, ognuno con un tema specifico relativo alla prevenzione e alla gestione degli episodi di violenza.
- Uno dei risultati dei corsi di cui sopra è stata la definizione di un decalogo, che verrà presto diffuso, relativo alla gestione e prevenzione degli atti di violenza prodotto dall'AFI di Psicologia Aziendale e dall'AFI Rischio Clinico dal titolo "[Tecniche verbali di de-escalation per disinnescare o abbassare il livello di una situazione esplosiva](#)".
- È stato organizzato anche un corso sperimentale sull'apprendimento di [tecniche base di difesa personale](#) per il personale sanitario in collaborazione con il Comando dei Carabinieri di Città di Castello e la locale palestra di Judo, a cui sono stati invitati a partecipare in via preliminare gli operatori del Pronto Soccorso e della Direzione Medica del P. O. Altotevere.
- È stato organizzato un corso in collaborazione con lo staff Comunicazione "[PREVENIRE, RICONOSCERE E GESTIRE ATTI DI VIOLENZA NEI CONFRONTI DEGLI OPERATORI SANITARI ATTRAVERSO LA COMPETENZA COMUNICATIVA E RELAZIONALE](#)" con l'obiettivo di fornire agli operatori competenze anche comunicative per la gestione di situazioni ad alta tensione.

Direzione Medica P.O. Alto Tevere
AFI Risk Management

Al fine di ridurre gli errori legati alla categoria **“Problema con attrezzature sanitarie, economici o materiali di consumo”**, è stata elaborata dalla UOC Patrimonio (servizio di Ingegneria Clinica) una nuova procedura **“Gestione delle Apparecchiature Elettromedicali”**, che è disponibile nel portale *intranet* dell’Azienda USL Umbria 1.

Nei confronti dell’evento **“Cadute”** evidenziamo le tre principali iniziative intraprese:

- 1) Introduzione di una procedura aziendale specifica ([PGA 24 PREVENZIONE RISCHIO CADUTE ASSISTITI E GESTIONE EVENTO](#));
- 2) Programmazione di [corsi di formazione per gli operatori sanitari](#) al fine di sensibilizzarli sull’importanza del tema e aumentare la consapevolezza degli stessi nei confronti della prevenzione e dei comportamenti corretti da adottare per ridurre la frequenza;
- 3) Organizzazione di [incontri specifici](#) per gli operatori sanitari del comparto, effettuati dall’AFI Rischio Clinico in collaborazione con il SITRO.
- 4) Introduzione nuova scala di valutazione del rischio caduta (scala di Conley)

Per migliorare la sicurezza nell’erogazione della **terapia farmacologica nonché per favorire la corretta identificazione del paziente**, considerata l’implementazione della Cartella Clinica Elettronica “Galileo” e l’introduzione del braccialetto, è stata elaborata la procedura che codifica appunto l’utilizzo del braccialetto identificativo e la modalità di prescrizione/somministrazione della terapia informatizzata ([PGA 70 IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE MEDIANTE APPLICAZIONE DEL BRACCIALETTO Rev 00/19](#)). Prima di somministrare la terapia, avviene la corretta identificazione del paziente e del farmaco mediante un lettore ottico *wireless* in dotazione all’infermiere che procede a scansionare il braccialetto identificativo fornito al paziente in fase di ricovero ed il codice a barre presente sulla scatola del farmaco da somministrare (*Match* braccialetto – scatola farmaco).

Direzione Medica P.O. Alto Tevere
AFI Risk Management

Al fine di ridurre il numero di segnalazioni afferenti alla categoria **"Altro"** ed ottenere quindi un quadro maggiormente dettagliato degli eventi che avvengono all'interno della USL Umbria 1, verranno aggiunte ulteriori opzioni al sistema informatizzato di *Incident Reporting* tramite l'introduzione di un menù a tendina da cui poter scegliere meglio la categoria di segnalazione idonea.

Nei confronti dei **rischi legati alle procedure chirurgiche** è stata messa in atto una revisione delle procedure sulla Gestione del Blocco Operatorio; la versione revisionata è già disponibile nel portale *intranet* dell'Azienda.

4. OBIETTIVI ED AZIONI

Mediante la realizzazione del presente piano ci si propone di raggiungere i seguenti *obiettivi generali*:

1. promuovere la cultura della sicurezza attraverso lo sviluppo di conoscenze e competenze rispetto all'importanza della prevenzione degli eventi avversi e della gestione del rischio clinico nella pratica professionale quotidiana e consolidamento del sistema locale di segnalazione e apprendimento;
2. attivare processi strutturati di analisi volti all'identificazione dei fattori contribuenti e determinanti per l'accadimento degli eventi sentinella o di eventi significativi, alla definizione delle azioni correttive, preventive o di miglioramento al fine di ridurre il rischio di accadimento di eventi simili;
3. individuare i principali pericoli, valutare i rischi, definire le aree di possibile intervento e le strategie per il loro trattamento;
4. supportare i professionisti nel trasferire le evidenze nella pratica clinica, nell'applicazione delle linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, check list ed altri strumenti per la prevenzione degli errori e monitorarne l'applicazione;
5. garantire un'informazione trasparente rispetto alle politiche aziendali per la gestione del rischio clinico e favorire il coinvolgimento di pazienti e familiari nella promozione della sicurezza delle cure.

Direzione Medica P.O. Alto Tevere
AFI Risk Management

In base alle fonti informative prese in esame e la mappatura del rischio clinico si definiscono gli ambiti prioritari di intervento per il controllo e il contenimento del rischio clinico, le azioni da mettere in atto e i risultati attesi.

4.1 AZIONI UTILI ALLA REALIZZAZIONE E ALL'IMPLEMENTAZIONE DEGLI OBIETTIVI GENERALI:

A. PROGRAMMAZIONE E REALIZZAZIONE DI EVENTI FORMATIVI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Razionale: la formazione continua degli operatori è essenziale per la promozione della cultura della sicurezza, per sviluppare le conoscenze e le competenze rispetto all'importanza della prevenzione degli eventi avversi e della gestione del rischio clinico nella pratica professionale quotidiana.

Azioni e risultati attesi:

• **Realizzazione dei corsi inseriti nel Piano Formativo Aziendale 2019 e da inserire come didattica permanente:**

1. *"Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente"*, corso base del rischio clinico in cui vengono illustrati i principi e le metodologie del risk management.
2. *"Risk management: DALLA SEGNALEZIONE ALLA GESTIONE DELL'EVENTO"*, corso teorico-pratico in cui viene effettuata la presentazione di un caso clinico e attraverso la scomposizione dei discenti in gruppi, viene effettuata la simulazione della segnalazione dell'evento e della gestione comprendente l'esecuzione del *Significant Event Audit (SEA)*, con discussione in plenaria da parte di un rappresentante per gruppo degli elementi individuati come critici e possibilmente migliorabili.
3. *"Rischio clinico, gestione sinistri e Relazioni con il pubblico: DALLA TASSONOMIA ALL'ANALISI DEI DATI"*, incontro per la diffusione dei dati che riguardano la gestione del Rischio Clinico, i dati relativi alle segnalazioni URP e quelli riferibili al Comitato Gestione Sinistri.
4. Corso in collaborazione fra L'AFI *Risk Management* e l'AFI di Psicologia Aziendale *"Come prevenire, riconoscere e gestire atti di violenza nei confronti degli operatori sanitari"*, il corso è

Direzione Medica P.O. Alto Tevere
AFI Risk Management

articolato su più incontri, ognuno con un tema specifico relativo alla prevenzione e alla gestione degli episodi di violenza.

5. Corso sulla comunicazione con il paziente difficile. *"Prevenire, riconoscere e gestire atti di violenza nei confronti degli operatori sanitari attraverso la competenza comunicativa e relazionale"* Come azione di miglioramento a molti eventi di aggressione fisica e verbale nei confronti degli operatori sanitari occorsi nel passato triennio, si è deciso di organizzare con il prezioso aiuto dello Staff Comunicazione, un corso specifico sulla comunicazione con l'utente. Nel corso relaziona anche il Dr. Nicola Donti, filosofo specialista in comunicazione, con l'obiettivo di fornire agli operatori che lavorano nei *setting considerati* a più alto rischio, strumenti utili alla gestione della comunicazione al fine di contrastare e prevenire gli atti di violenza/aggressione verbale, da parte dei pazienti/utenti. Durante il corso, organizzato in due giornate per edizione, oltre la relazione del Dr. Donti sul tema specifico, saranno presentati i dati sugli eventi violenza agli operatori sia nazionali che locali e la procedura per la prevenzione atti di violenza in auge presso la nostra azienda.

Indicatore: % corsi realizzati/ programmati; % partecipanti / partecipanti massimi previsti

B. CONSOLIDAMENTO DELLE ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO E GESTIONE DEGLI EVENTI AVVERSI

Razionale: il sistema locale di segnalazione e apprendimento (*reporting and learning system*) si basa sulla comunicazione degli eventi avversi e dei *near miss* che offrono un'opportunità di riflessione sulla pratica clinica e di apprendimento dall'esperienza. L'attuazione di concrete e tempestive azioni correttive o preventive riduce il rischio di riaccadimento di eventi simili.

Azioni:

- Coordinamento, supporto metodologico e monitoraggio delle attività di analisi degli eventi segnalati

Direzione Medica P.O. Alto Tevere
AFI Risk Management

- Realizzazione di analisi strutturate e documentate degli eventi sentinella e degli eventi avversi significativi con identificazione dei fattori contribuenti e/o determinanti e delle azioni correttive, preventive o di miglioramento.
- Conferimento dei dati previsti dal SIMES (Sistema Monitoraggio Errori in Sanità)
- Elaborazione della procedura aziendale "Gestione e comunicazione degli eventi avversi" in collaborazione con lo Staff aziendale di Comunicazione e l'Ufficio Affari generali.

Risultati attesi:

- Mantenimento della tendenza crescente nella segnalazione degli eventi avversi e quasi eventi.
- Attivazione di azioni correttive, preventive o di miglioramento.
- Elaborazione dei report annuali degli eventi avversi.
- Approvazione e diffusione della procedura generale "Incident reporting".

Indicatori: % eventi sentinella (ID Simes) con fattori individuati e azioni per la riduzione del rischio definiti (scheda B compilata);

% azioni definite per la riduzione del rischio e tempi di verifica stabiliti/totale schede inserite;

Report annuale degli eventi avversi.

C. PREVENZIONE DEGLI ERRORI DI IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE

Razionale: gli errori di identificazione del paziente si verificano in tutte le fasi della diagnosi e del trattamento e dall'analisi degli eventi avversi segnalati emerge che l'errata identificazione del paziente rappresenta uno dei principali fattori critici che aumenta il rischio di errore.

Azioni:

- applicare la PGA 70 "identificazione del paziente mediante braccialetto"
- estendere l'uso del braccialetto identificativo a tutte le strutture ospedaliere
- rafforzare le raccomandazioni per l'identificazione attiva e corretta del paziente

Risultati attesi:

- utilizzo del braccialetto identificativo in tutte le strutture di ricovero e nei pronto soccorso (limitatamente all'OBI);

Direzione Medica P.O. Alto Tevere
AFI Risk Management

- ridurre gli errori di identificazione del paziente.

Indicatore: % strutture con utilizzo del braccialetto identificativo/totale delle strutture di degenza e OBI.

D. PREVENZIONE DEGLI ERRORI IN TERAPIA FARMACOLOGICA

Razionale: gli errori in terapia farmacologica sono tra gli eventi avversi più frequentemente segnalati e la loro prevenzione necessita un'attenzione permanente. Il Ministero della Salute ha sviluppato un sistema di Buone Pratiche e Raccomandazioni rivolte alla gestione dei farmaci, che individuano le situazioni a elevato rischio di errore e sono volte a promuovere la realizzazione di azioni mirate a raggiungere maggiori livelli di sicurezza.

Tra le azioni universalmente riconosciute come più efficaci per la contenzione del rischio vi è l'informatizzazione della terapia farmacologica.

Azioni:

- attivazione, in tutti presidi ospedalieri, delle tecnologie informatizzate per la sicurezza nella prescrizione, preparazione e somministrazione dei farmaci;
- informatizzazione della scheda di ricognizione e riconciliazione dei farmaci;
- verifica del corretto uso della terapia e della scheda ricognizione riconciliazione informatizzata o dell'utilizzo della Scheda Unica di terapia cartacea e della scheda ricognizione riconciliazione nelle strutture non informatizzate;
- verifica periodica e rafforzamento dell'implementazione delle Raccomandazioni ministeriali N. 1, 7, 12, 14, 17 e 18.
- Definizione del sistema di verifica e di monitoraggio relativo al processo di gestione del farmaco antitumorale.
- Ottimizzazione e potenziamento dell'utilizzo del software Log 80 per nella gestione clinica dei farmaci antitumorali.
- Aggiornamento delle procedure aziendali per la gestione clinica dei farmaci alla luce delle raccomandazioni per la prevenzione degli errori e la sicurezza del paziente.

Direzione Medica P.O. Alto Tevere
AFI Risk Management

- Realizzazione di eventi formativi e di confronto rivolti ai professionisti sanitari per consentire una capillare diffusione di conoscenze e cultura sulla sicurezza e sugli strumenti proposti.

Risultato atteso:

- applicazione delle corretto uso degli strumenti volti alla riduzione degli errori e degli eventi avversi correlati alla terapia farmacologica

Indicatore: % Cartelle Cliniche con Scheda di Riconciliazione presente e correttamente compilata/totale delle cartelle cliniche,

% cartelle cliniche contenenti scheda di terapia informatizzata/totale delle cartelle cliniche .

E. PROMOZIONE DELLA SICUREZZA DEL PROCESSO CHIRURGICO

Razionale: la sicurezza del processo chirurgico si contraddistingue per la complessità intrinseca caratterizzante tutte le procedure chirurgiche, anche quelle più semplici: numero di persone e professionalità coinvolte, condizioni acute dei pazienti, quantità di informazioni richieste, l'urgenza con cui i processi devono essere eseguiti, l'elevato livello tecnologico, molteplicità di punti critici del processo che possono provocare gravi danni ai pazienti (dalla identificazione del paziente alla correttezza del sito chirurgico, alla appropriata sterilizzazione dello strumentario, all'induzione dell'anestesia, ecc.). Particolare rilevanza assumono i processi di comunicazione all'interno dell'équipe operatoria, nella quale il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere non lavorano isolatamente l'uno dall'altro e devono assicurare un clima di collaborazione tra le diverse professionalità, indispensabile per prevenire l'occorrenza di incidenti peri-operatori e per la buona riuscita dell'intervento.

Azioni:

- implementazione della check list informatizzata per la sicurezza in sala operatoria
- implementazione Linee Guida OMS per la prevenzione delle infezioni del Sito Chirurgico
- verifica dell'applicazione delle Procedure di gestione del Blocco Operatorio
- verifica della corretta compilazione della check list per la sicurezza in sala operatoria

Risultato atteso: corretta applicazione delle Raccomandazioni per la sicurezza in sala operatoria.

Direzione Medica P.O. Alto Tevere
AFI Risk Management

Indicatore: % Cartelle Cliniche con *check list* per la sicurezza sala operatoria compilata/totale delle cartelle cliniche chirurgiche.

F. PROMOZIONE DELLA SICUREZZA DURANTE L'ASSISTENZA AL TRAVAGLIO E AL PARTO

Razionale: l'assistenza al travaglio e parto rappresenta un'area di grande vulnerabilità per la sicurezza delle cure e di grande impatto emotivo e mediatico. Il verificarsi di complicanze e/o eventi avversi gravi espone ad una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti della struttura, dell'organizzazione e dei professionisti. Implementare le Raccomandazioni *evidence based* per la prevenzione delle complicanze legate alla gravidanza e per la riduzione della morbidità e mortalità perinatale è indispensabile nella gestione del rischio clinico durante la gravidanza e nell'assistenza al travaglio e parto.

Azioni:

- ridefinizione delle strategie di implementazione delle raccomandazioni per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto e per la prevenzione della morte o disabilità permanente del neonato nei punti nascita aziendali previa individuazione dei fattori favorevoli o ostacolanti l'adozione delle raccomandazioni;
- Implementazione delle Linee di Indirizzo per la prevenzione delle complicanze legate alla gravidanza, al parto e al puerperio (2018)
- monitoraggio della corretta applicazione e gli esiti delle procedure per la gestione del trasporto assistito materno e neonatale (STAM e STEN Regione Umbria)

Risultato atteso: ridurre gli eventi avversi gravi correlati al travaglio e parto

Indicatori: % casi di mortalità e morbidità materna/totale parti,
% eventi avversi perinatali/ totale parti.

G. PROMOZIONE DELLA SICUREZZA IN PRONTO SOCCORSO

Uno dei momenti che espone a maggior rischio il paziente in Pronto Soccorso è l'errata attribuzione del codice di gravità al momento dell'accesso al triage. Esistono sistemi informatizzati di gestione dell'intera attività di Pronto Soccorso (dal *triage* alla visita specialistica alla definizione dell'esito) che

Direzione Medica P.O. Alto Tevere
AFI Risk Management

coadiuvano anche l'attività infermieristica di inquadramento del paziente limitando le possibilità di sottostima che spesso determinano il verificarsi di un evento a carico del paziente.

Razionale:

Il verificarsi dell'evento indica un malfunzionamento del sistema di triage a causa di una scarsa condivisione e conoscenza dei protocolli da parte del personale coinvolto o a causa di un cattivo adattamento locale dei protocolli usati presso la struttura oppure una condizione di carente addestramento e formazione del personale infermieristico assegnato. Il riconoscimento dell'evento è importante per procedere alla revisione dei protocolli di triage o per avviare un'attività di formazione e addestramento del personale.

Azioni:

- monitoraggio dell'adozione delle raccomandazioni ministeriali e delle procedure per la corretta attività di triage e, quindi, per l'identificazione certa del paziente/utente e per l'ideale attribuzione del codice di priorità per i pazienti/utenti che richiedono un intervento del 118 o accedono al Pronto soccorso;

Risultati attesi:

- rafforzamento del processo di implementazione della raccomandazione n. 15 per la corretta attribuzione del codice triage in tutti i punti di primo soccorso e nei pronto soccorso.

Indicatori: aggiornamento della PGA 66 Triage Ospedaliero e verifica dell'applicazione

H. PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DEI PAZIENTI NELLE STRUTTURE SANITARIE

Razionale: Le cadute rappresentano l'evento avverso più frequentemente segnalato. Anche se nella maggioranza dei casi le cadute dei pazienti non portano a danno il numero delle cadute con conseguente danno grave tende ad aumentare. Per minimizzare il rischio cadute e la gravità dei possibili danni è necessario implementare misure preventive anche nei percorsi ambulatoriali che sono sempre più complessi ed a rischio, proseguire con le verifiche periodiche del grado di applicazione

Direzione Medica P.O. Alto Tevere
AFI Risk Management

delle raccomandazioni di buona pratica e della procedura aziendale e programmare rilevazioni periodiche dei fattori di rischio ambientali.

Azioni:

- implementare misure preventive anche nei percorsi ambulatoriali
- revisione ed aggiornamento della PGA 24 "PREVENZIONE RISCHIO CADUTE"
- rilevazioni periodiche dei fattori di rischio ambientali negli stabilimenti ospedalieri e nelle strutture residenziali tramite estrazione dati dal supporto informatizzato di "Incident Reporting".

Risultati attesi: verifica dei fattori di rischio ambientali e adozione delle misure correttive o preventive necessarie.

Indicatori: aggiornamento della PGA 24 "PREVENZIONE RISCHIO CADUTE",
% azioni correttive o preventive attivate/totale eventi segnalati.

I. RIDUZIONE DEL RISCHIO DI INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA) E USO RESPONSABILE DEGLI ANTIBIOTICI

Razionale: tra i potenziali rischi per la sicurezza dei pazienti, le infezioni correlate all'assistenza sono tra le più frequenti. Fondamentale per ogni azienda è disporre di un piano programmatico che codifichi azioni utili da mettere in campo per contrastare il fenomeno.

Obiettivo generale del Piano aziendale per la prevenzione e il controllo delle ICA è assicurare che vengano adottate, a tutti i livelli e da tutti gli operatori, le pratiche assistenziali dimostrate efficaci a ridurre il rischio di trasmissione di microrganismi durante l'assistenza e che venga promosso l'uso responsabile degli antibiotici.

Azioni e risultati attesi:

- realizzazione e conseguimento degli obiettivi del Piano aziendale per la prevenzione e il controllo delle ICA
- incremento del grado di adesione alle corrette pratiche di antibiotico profilassi perioperatoria (APP) e del consumo del gel alcolico per l'igiene delle mani;

Direzione Medica P.O. Alto Tevere
AFI Risk Management

- realizzazione dell'evento formativo "La prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza";
- contestualizzazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali per i pazienti con sepsi/shock settico e predisposizione dei relativi di poster e schemi sinottici.

Indicatori: % di APP somm. entro 60 min. prima dell'incisione/totale interventi in cui è prevista la somministrazione,

% APP non continuato dopo 24 ore dall'intervento/totale interventi in cui è prevista la prosecuzione;

Consumo in litri di gel alcolico anno corrente /anno precedente

L gel/1000 gg di degenza.

L. DEFINIZIONE DI APPROCCI STANDARDIZZATI PER IL TRASFERIMENTO DELLE INFORMAZIONI CLINICHE, LA GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA E DELL'ACQUISIZIONE DEL CONSENSO

Razionale: La documentazione clinica rappresenta uno strumento fondamentale per la trasmissione delle informazioni tra gli operatori e, viceversa, la non corretta tenuta non consente l'adeguata evidenza documentale delle cure fornite al paziente ed espone gli operatori a contenzioso legale.

Migliorare la leggibilità della cartella clinica,

intesa come facilità di reperimento delle informazioni ricercate e la rapida comprensione dell'iter diagnostico-terapeutico, è essenziale per la sicurezza delle cure. Il processo comunicativo attraverso il quale il medico fornisce al paziente notizie sulla diagnosi e sull'atto sanitario accompagna e sostiene il paziente nel percorso di cura e promuove una scelta pienamente autonoma e consapevole.

Azioni:

- valutazione periodica della completezza e leggibilità della documentazione sanitaria;
- verifica periodica delle modalità di informazione del paziente e di raccolta del consenso informato;
- recepimento linee di indirizzo regionali per l'informazione del paziente e l'acquisizione del consenso informato all'atto sanitario.

Risultati attesi: corretta tenuta della documentazione sanitaria e utilizzo diffuso della comunicazione strutturata.

Direzione Medica P.O. Alto Tevere
AFI Risk Management

Indicatori: Recepimento della Linea Guida Regionale

M. MONITORAGGIO DELLA IMPLEMENTAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI PER LA PREVENZIONE DEGLI EVENTI SENTINELLA

- Razionale: gli eventi sentinella sono considerati per la loro gravità ed il loro significato un problema prioritario per la sicurezza dei pazienti ed hanno importanti ripercussioni sulle organizzazioni sanitarie, sui professionisti e sulle amministrazioni locali e regionali.

Nell'ambito delle metodologie e degli strumenti del Governo Clinico, il Ministero della Salute, in collaborazione con esperti di Regioni e Province Autonome, è impegnato fin dal 2005 nella stesura e diffusione di "Raccomandazioni" per la prevenzione di eventi sentinella.

Risultano ad oggi pubblicate dal Ministero della Salute diciotto Raccomandazioni.

Le Raccomandazioni ministeriali sono quindi da considerarsi o, comunque, da fare rientrare ai fini della legge 24/2017 nel novero delle buone pratiche per la sicurezza. L'Agenas ha sviluppato un sistema dinamico di monitoraggio dell'applicazione di tali raccomandazioni che acconsente la conoscenza del livello di implementazione di ciascuna con lo scopo di gestirne il progressivo miglioramento anche a garanzia degli adempimenti dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Azioni e risultato atteso:

- adesione al monitoraggio annuale dell'implementazione delle raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella attraverso la compilazione di un questionario;

Indicatore: % delle Raccomandazioni Ministeriali implementate.

N. PROGRAMMAZIONE E REALIZZAZIONE DI INIZIATIVE PER L'INFORMAZIONE, LA COMUNICAZIONE E LA PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI

Razionale: fornire ai cittadini informazioni sulle buone pratiche per la sicurezza dei pazienti e sulle attività per la gestione del rischio clinico, coinvolgere i pazienti e i loro familiari nella promozione della sicurezza delle cure e fornire un'informazione trasparente rispetto alle politiche aziendali per la gestione del rischio clinico rappresentano caratteristiche fondamentali per l'umanizzazione delle strutture sanitarie e per adempiere ad atti normativi.

Direzione Medica P.O. Alto Tevere
AFI Risk Management

Azioni e risultati attesi:

- aggiornamento periodico dello spazio informativo dedicato nel sito istituzionale della USL Umbria 1 (art.2 comma 5 L. N.24, 08/03/2017);
 - pubblicazione della relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi
 - aggiornamento dello spazio dedicato alla Gestione del Rischio Clinico sul sito della Usl Umbria 1
- Indicatore: spazio web aggiornato, relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi pubblicata.

O. LOTTA ALLA VIOLENZA NEI CONFRONTI DEGLI OPERATORI SANITARI

- Razionale:

Nel corso dell'attività lavorativa gli operatori sanitari delle strutture ospedaliere e territoriali sono esposti a numerosi fattori che possono essere dannosi sia per la salute sia per la sicurezza. Tra questi assume particolare rilevanza il rischio di affrontare un'esperienza di violenza che può consistere in aggressione, omicidio o altro evento criminoso risultante in lesioni personali importanti o morte.

Per altro questi eventi inquadabili come vere e proprie aggressioni verbali e/o fisiche sono in netto aumento in tutto il territorio nazionale e stanno diventando un vero e proprio problema di natura anche sociale.

La Regione Umbria ha redatto delle Linee di indirizzo per la prevenzione degli atti di violenza nei confronti degli operatori sanitari per definire possibili strategie utili al contenimento di tali episodi.

-Azioni e risultato atteso:

Recepimento delle Linee di Indirizzo Regionale per la prevenzione degli atti di violenza nei confronti degli operatori sanitari

Istituzione gruppo aziendale contro la violenza

Indicatore: revisione procedura aziendale sulla prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari, costituzione del gruppo aziendale.

Direzione Medica P.O. Alto Tevere
AFI Risk Management

Gli obiettivi e le attività previste dal presente piano dovranno essere implementate secondo una programmazione pluriennale per il triennio 2019-2021.

Il piano potrà essere modificato con cadenza annuale in relazione agli obiettivi strategici ed operativi definiti in sede di programmazione annuale, è soggetto ad eventuali modifiche del contesto interno ed esterno di riferimento o modifica della struttura organizzativa e, più in generale, delle modalità di organizzazione e funzionamento dell'Azienda.

Nella tabella seguente sono elencati gli obiettivi del piano, le azioni individuate per il loro raggiungimento, le strutture coinvolte e gli indicatori di valutazione.

Direzione Medica P.O. Alto Tevere
AFI Risk Management

Obiettivi	Aree di intervento / Azioni	Strutture responsabili e coinvolte	Indicatori	Tempi
1.Promuovere la cultura della sicurezza attraverso lo sviluppo di conoscenze e competenze rispetto all'importanza della prevenzione degli eventi avversi e della gestione del rischio clinico nella pratica professionale quotidiana e consolidamento del sistema locale di segnalazione e apprendimento;	Programmazione e realizzazione di eventi formativi per la gestione del rischio clinico (4.1.A)	Gestione Rischio Clinico, Formazione, Comunicazione e relazioni esterne	% corsi realizzati / programmati	2019 – 2021
			% partecipanti /n. partecipanti massimi previsti	
2.attivare processi strutturati di analisi volti all'identificazione dei fattori contribuenti e determinanti per l'accadimento degli eventi sentinella o di eventi significativi, alla definizione delle azioni correttive, preventive o di miglioramento al fine di ridurre il rischio di accadimento di eventi simili;	Consolidamento delle attività di monitoraggio e gestione degli eventi avversi (4.1.B)	Gestione Rischio Clinico,	% eventi sentinella (ID Simes) con fattori individuati e azioni per la riduzione del rischio definiti (scheda B compilata);	2019 – 2021
			% azioni definite per la riduzione del rischio e tempi di verifica stabiliti/totale schede	

Direzione Medica P.O. Alto Tevere
AFI Risk Management

			inserite	
			Report annuali degli eventi avversi	
	Monitoraggio della implementazione delle raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella (4.1.M)	Gestione Rischio Clinico	% delle Raccomandazioni Ministeriali implementate	2019 – 2021
3. individuare i principali pericoli, valutare i rischi, definire le aree di possibile intervento e le strategie per il loro trattamento;	Prevenzione degli errori di identificazione del paziente (4.1.C)	Gestione Rischio Clinico, Direzione di presidio, UU.OO. coinvolte, SITRO	% strutture con utilizzo del braccialetto identificativo / totale delle strutture di degenza e OBI.	2019 – 2021
	Prevenzione degli errori in terapia farmacologica (4.1.D)	Gestione Rischio Clinico, Direzione di presidio, UU.OO. coinvolte, SITRO	% Cartelle Cliniche con Scheda di Riconciliazione presente e correttamente compilata/totale delle cartelle cliniche	

Direzione Medica P.O. Alto Tevere
AFI Risk Management

			% Cartelle Cliniche contenenti scheda di terapia informatizzata / totale delle cartelle cliniche	
Prevenzione e gestione delle cadute dei pazienti nelle strutture sanitarie (4.1.H)	Gestione Rischio Clinico, Direzione di presidio, UU.OO. coinvolte, SITRO		Aggiornamento della PGA 24 "PREVENZIONE RISCHIO CADUTE"	2019 – 2021
			% azioni correttive o preventive attivate / totale eventi segnalati	
Lotta alla violenza nei confronti degli operatori sanitari (4.1.O)	Gestione Rischio Clinico, Direzione di presidio,		Revisione procedura aziendale sulla prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari,	2019 – 2021
			Costituzione del gruppo aziendale	

Direzione Medica P.O. Alto Tevere
AFI Risk Management

4. supportare i professionisti nel trasferire le evidenze nella pratica clinica, nell'applicazione delle linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, check list ed altri strumenti per la prevenzione degli errori e monitorarne l'applicazione;	Promozione della sicurezza del processo chirurgico (4.1.E)	Gestione Rischio Clinico, Direzione di presidio, UU.OO. coinvolte, SITRO	% Cartelle Cliniche con <i>check list</i> per la sicurezza sala operatoria compilata/totale delle cartelle cliniche chirurgiche.	2019 – 2021
	Promozione della sicurezza durante l'assistenza al travaglio e al parto (4.1.F)	Gestione Rischio Clinico, Direzione di presidio, UU.OO. coinvolte, SITRO	% casi di mortalità e morbidità materna / totale parti	2019 – 2021
			% eventi avversi perinatali / totale parti	
Promozione della sicurezza in pronto soccorso (4.1.G)	Gestione Rischio Clinico, Direzione di presidio, UU.OO. coinvolte,	Aggiornamento della PGA 66 Triage Ospedaliero e verifica dell'applicazione	2019 – 2021	

Direzione Medica P.O. Alto Tevere
AFI Risk Management

	Riduzione del rischio di infezioni correlate all'assistenza (ICA) e uso responsabile degli antibiotici (4.1.I)	% di Antibiotico-profilassi preoperatoria somministrata entro 60 minuti prima dell'incisione/totale interventi in cui è prevista la somministrazione	
		% Antibiotico-profilassi preoperatoria non continuato dopo 24 ore dall'intervento / totale interventi in cui è prevista la prosecuzione;	
		Consumo in litri di gel alcolico anno corrente / anno precedente.	
		L gel/1000 gg di degenza	

Direzione Medica P.O. Alto Tevere
AFI Risk Management

	Definizione di approcci standardizzati per il trasferimento delle informazioni cliniche, la gestione della documentazione clinica e dell'acquisizione del consenso (4.1.L)		Recepimento della linea guida regionale	2019 – 2021
5. garantire un'informazione trasparente rispetto alle politiche aziendali per la gestione del rischio clinico e favorire il coinvolgimento di pazienti e familiari nella promozione della sicurezza delle cure.	Programmazione e realizzazione di iniziative per l'informazione, la Comunicazione e la partecipazione dei cittadini (4.1.N)		Spazio web aggiornato Relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi pubblicata	2019 – 2021