

Servizio Sanitario Regionale - Azienda USL Umbria n.1

Delibera del Direttore Generale n. 306 del 16/03/2015

Oggetto: Adozione del Piano di Attività Risk Management 2015- 2017 e presa atto attività 2014

Proponente: STAFF Risk Management

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la proposta di delibera in oggetto di cui al num. Provv. 1529 del 13/03/2015 contenente:

il Parere del Direttore Amministrativo - Dr. Domenico BARZOTTI

il Parere del Direttore Sanitario - Dr. Diamante PACCHIARINI

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 DIRETTORE GENERALE
(Dott. Giuseppe LEGATO)*

* Questo documento è firmato digitalmente, pertanto ha lo stesso valore legale dell'equivalente documento cartaceo firmato autografo. I documenti perdono ogni valore legale quando vengono stampati, pertanto, nel caso fosse necessario inoltrare il documento ad un altro destinatario, è necessario copiarlo su supporto magnetico oppure inviarlo per posta elettronica.

STRUTTURA PROPONENTE: SS RISK MANAGEMENT

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

RICHIAMATI GLI ATTI

- 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, di riordino del Servizio Sanitario regionale Umbro a seguito del quale è stata istituita la Azienda USL Umbria n.1, risultante dall'accorpamento della ex Asl n.1 di Città di Castello ed ex Usl n. 2 di Perugia ;
- Delibera del Direttore Generale n.139 del 21 Febbraio 2013, mediante la quale viene dato atto che la Struttura Semplice Aziendale “*Risk Management*”, presente nel modello organizzativo della ex Usl n.2 , è mantenuta con attività estesa a tutta la nuova Azienda USL Umbria n.1;
- DGR Regione Umbria n. 1007 del 4/8/2014 “ Osservanza indirizzi Regionali per appropriatezza organizzativa sanitaria e clinica. Azione prevista: sviluppo ed implementazione attività di Risk Management” , il cui indicatore è rappresentato dall'attuazione indirizzi per DGR Regione Umbria 88/2014, adozione piano attività Risk management e mappatura dei rischi.

CONSIDERATO CHE:

- Il raggiungimento di un elevato livello di qualità nell'erogazione dei servizi richiede necessariamente l'adozione di una corretta e valida metodologia di gestione del rischio;
- l'efficace gestione del rischio clinico favorisce una più approfondita conoscenza degli eventi dannosi che si verificano e consente di porre in atto soluzioni correttive e preventive;

Tutto ciò premesso

Si propone di adottare la seguente delibera:

- recepire il documento relativo al Piano di Attività annuale per la Gestione del Rischio Clinico;
- trasmettere questo atto, per il seguito di competenza, ai Dirigenti/Responsabili dei Presidi Ospedalieri, dei Distretti, dei Dipartimenti di Prevenzione, dei Dipartimenti Ospedalieri, dei Servizi, degli Staff della Direzione Aziendale, dei Servizi di Area Centrale.
- Dare atto che il presente atto è soggetto a pubblicazione integrale ai sensi delle vigenti disposizioni normative in materia.

Il Resp SS Risk Management

Dr. Silvio Pasqui



SS Aziendale Rischio Clinico

e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

INDICE

- PREMESSA
- OBIETTIVI 2014 (ALLEGATO 1)
- PRESA D'ATTO DEL PIANO DELLE ATTIVITA' SVOLTE NEL 2014
- PIANO RISK MANAGEMENT 2015-2017
 1. Strategia e politica aziendale
 2. Strumenti utilizzati per la mappatura del rischio aziendale
 3. Obiettivi Generali
 4. Obiettivi Specifici
 5. Cronoprogramma degli obiettivi
- Mappatura del rischio aziendale 2014 (ALLEGATO 2)

**SS Aziendale Rischio Clinico**

e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

PREMESSA

La gestione del rischio clinico è uno degli interventi del “GOVERNO CLINICO” per il miglioramento della qualità delle prestazioni attraverso un processo sistematico, comprendente sia la dimensione clinica che quella gestionale, che impiega un insieme di metodi, strumenti e azioni che consentono di identificare, analizzare, valutare, trattare e monitorare i rischi al fine di migliorare la sicurezza dei pazienti e degli operatori.

L’Intesa, ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la

sicurezza dei pazienti e delle cure – Rep. Atti n. 116/CSR del 20 marzo 2008 - ha previsto che “...le Regioni, nel perseguimento della miglior tutela dell’interesse pubblico rappresentato dal diritto alla salute e della garanzia della qualità del sistema sanitario, si impegnano a promuovere, presso le Aziende Sanitarie pubbliche e le strutture private accreditate, l’attivazione di una funzione aziendale permanentemente dedicata alla Gestione del Rischio Clinico ed alla sicurezza dei pazienti e delle cure, incluso il monitoraggio e l’analisi degli eventi avversi e l’implementazione di buone pratiche per la sicurezza...”.

Il D.L. 13 settembre 2012 n. 158, convertito in legge, con modificazioni, dall’art. 1, comma 1, L. 8 novembre 2012 n. 189, all’art. 3 bis prevede altresì che “al fine di ridurre i costi connessi al complesso dei rischi relativi alla propria attività, le aziende sanitarie, nell’ambito della loro organizzazione e senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, ne curano l’analisi, studiano e adottano le necessarie soluzioni per la gestione dei rischi medesimi, per la prevenzione

del contenzioso e la riduzione degli oneri assicurativi. Il Ministero della salute e le Regioni monitorano, a livello nazionale e a livello regionale, i dati relativi al rischio clinico”.

**SS Aziendale Rischio Clinico**

e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

Gli Atti Regionali in materia di gestione

del rischio clinico, succedutisi in questi ultimi anni, hanno

portato alla **costruzione di un Sistema Regionale secondo un modello a Rete** nonché alla messa a punto di taluni strumenti operativi per la promozione ed il consolidamento delle buone pratiche.

Gli atti Regionali, declinando quelli Nazionali, sono finalizzati al raggiungimento e alla diffusione della cultura del rischio al fine di creare un Sistema Sanitario che promuova e persegua la sicurezza del paziente.

La sicurezza dei pazienti è infatti uno dei fattori determinanti la qualità delle cure e pertanto è uno degli obiettivi prioritari che il Servizio Sanitario Nazionale si pone. Lo sviluppo di interventi efficaci è strettamente correlato alla comprensione delle criticità dell'organizzazione e dei limiti individuali, richiedendo una cultura diffusa che consenta di superare le barriere per l'attuazione di misure organizzative e di comportamenti volti a promuovere l'analisi degli eventi avversi e a raccogliere gli insegnamenti che da questi possono derivare.

Punto preliminare per un sereno approccio al problema è pertanto quello relativo al principio secondo cui **la gestione dell'errore è un'attività professionale in senso stretto**, e che l'errore dichiarato può essere incentivo al miglioramento dell'attività professionale, ricollegandosi ad un concetto di governo clinico come impulso a migliorare l'organizzazione anche attraverso l'utilizzazione di più idonee procedure professionali.

Diventa sempre più urgente *l'esigenza di una mappatura degli errori a livello nazionale e regionale*, possibile unicamente attraverso procedure codificate, e che diventino parte caratterizzante ed irrinunciabile della propria funzione professionale, di **rilevazione e segnalazione degli errori da parte dei professionisti**.

Per molti anni si è tentato di trasferire in Sanità le procedure di sicurezza, di impronta meccanicistica, ma in ambito sanitario prevale il **"fattore umano"**, nel contempo RISORSA E CRITICITÀ. Infatti, se da una parte l'adattabilità dei comportamenti, la dinamicità e la complessità delle relazioni interpersonali sono prerogative fondamentali delle risorse umane all'interno del sistema, esse costituiscono, nello stesso tempo, un fattore critico, perché le dinamiche di lavoro



SS Aziendale Rischio Clinico

e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

sono complesse, la “performance” individuale variabile e, soprattutto, i risultati dei processi non sempre sono prevedibili e riproducibili.

Vanno pertanto progettati specifici modelli di controllo del rischio clinico, con l’obiettivo di prevenire il verificarsi di un errore e, qualora questo accada, contenerne le conseguenze.

Spesso la possibilità che si verifichi un evento avverso dipende dalla presenza, nel sistema, di **“insufficienze latenti”**, ovvero insufficienze o errori di progettazione, organizzazione e controllo, che restano silenti nel sistema, finché un fattore scatenante non li rende manifesti in tutta la loro potenzialità, causando danni più o meno gravi. Infatti, è per lo più individuabile, come causa diretta e immediata di un evento avverso, una **“insufficienza attiva”**, un errore umano, una procedura non rispettata, una distrazione o un incidente di percorso che ha direttamente consentito il verificarsi dell’evento stesso. Tuttavia l’individuazione dell’errore “attivo” non esonera dalla ricerca degli errori “latenti” (quelli che supportati da fortuna determinano i cosiddetti *near miss*), perché sono le insufficienze del sistema che devono essere rimosse se si vuole raggiungere un efficace controllo del rischio, in altre parole ridurre la probabilità che si verifichi un errore (*attività di prevenzione*) e contenere le conseguenze dannose degli errori comunque verificatisi (*attività di protezione*).

Le politiche di gestione del rischio, **volte sia alla prevenzione degli errori evitabili che al contenimento dei loro possibili effetti dannosi**, e, quindi, in ultima analisi, alla garanzia della sicurezza dei pazienti, costituiscono, il fondamento del **“ Piano DI ATTIVITA’ ”** della SS Aziendale di **RISK MANAGEMENT**.

OBIETTIVI 2014 (ALLEGATO1)

SS Aziendale Rischio Clinico

e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

PIANO D'ATTIVITA' E OBIETTIVI

RAGGIUNTI DALLA SS RISK MANAGEMENT NELL'ANNO 2014

CONSENSO INFORMATO

1 Realizzazione di un evento formativo aziendale sull'importanza di una corretta raccolta del consenso informato

In data 23/6/2014 è stato organizzato, in collaborazione con la U.O. Formazione e la società scientifica AIPaCMeM, il Convegno "*Ragioni e questioni in tema di Consenso Informato*" presso la Sala dei Fasti, Palazzo Vitelli a Città di Castello.

Hanno aderito e relazionato nel corso della giornata formativa numerosi esperti del tema e del settore fra cui il **Professor Giuseppe Severini**, Giudice Presidente di Sezione del Consiglio di Stato, con il quale è stato possibile un confronto diretto attraverso una tavola rotonda durante la quale molti dei partecipanti hanno posto domande specifiche sulla materia.

2 Implementazione della procedura aziendale sulla raccolta del consenso informato e revisione del relativo modulo multilingue

In collaborazione con la UO Sviluppo Qualità e Comunicazione è stata redatta la procedura PGA GESTIONE DEL CONSENSO INFORMATO, approvata con delibera DG n.55 del 22/01/2015.

CARTELLA CLINICA

1. Definizione ed Implementazione di procedura aziendale di gestione della cartella clinica e revisione della parte comune della modulistica (compresa lettera di dimissione standard)

In collaborazione con la UO Sviluppo Qualità e Comunicazione è stata redatta la procedura PGA GESTIONE DELLA CARTELLA CLINICA, approvata con delibera DG n.55 del 22/01/2015.

**SS Aziendale Rischio Clinico**

e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

INFEZIONI OSPEDALIERE**1. Effettuazione di 2 indagini di Prevalenza delle infezioni Ospedaliere In 2 giorni indice**

Ogni P.O. Aziendale ha effettuato la prima indagine di Prevalenza delle Infezioni Ospedaliere in data 8/05/2014 e la seconda in data 6/ 11/2014 cioè nei giorni indicati come indice per lo studio dalla SSA Rischio Clinico. Sono state prese in esame tutte le cartelle di tutti i pazienti degenti in tutte le strutture ospedaliere della Ausl da almeno 48 ore, ed è stato utilizzato per il raccoglimento dati, il Software INFO-NOSS implementato tramite corso di formazione lo scorso anno, che permette archiviazione ed elaborazione dei dati registrati nei singoli ospedali.

2. Implementazione della Procedura Aziendale sui criteri per la terapia antibiotica empirica nei pazienti ospedalizzati

La Procedura Aziendale PGA 26 "Criteri per la terapia antibiotica empirica in pazienti ospedalizzati", è stata deliberata con DRG 226 del 26/02/2015 e valida per tutti gli Ospedali dell'Azienda.

APPROPRIATEZZA E SICUREZZA DELLE CURE ATTRAVERSO STUDI EPIDEMIOLOGICI, PROTOCOLLI E PROCEDURE OPERATIVE**1. Realizzazione di uno studio epidemiologico sulla variabilità del ricorso al taglio cesareo presso la AUSL Umbria 1 con valutazione di appropriatezza**

Nell'ultimo decennio, da parte degli enti governativi e del mondo scientifico, vi è stata una crescente attenzione verso il parto cesareo, il cui tasso di utilizzo, in alcuni Paesi ed in certe Regioni in particolare, si è via via incrementato. Valori così elevati non sembrano giustificati da una maggiore frequenza di quelle condizioni cliniche che possono rappresentare un'indicazione ad assistere il parto con taglio cesareo. E' quindi necessario valutare anche il contributo svolto da fattori "non clinici" nella scelta del tipo di parto.



SS Aziendale Rischio Clinico

e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

Tuttavia per l'analisi del presente studio, si è logicamente evitato ogni pregiudizio, seguendo la logica scientifica e partendo dall'assunto che il tasso di parto cesareo non dovrebbe essere giudicato semplicisticamente come troppo alto o troppo basso, ma piuttosto dovrebbe essere analizzato in relazione all'appropriatezza della scelta di effettuarlo o meno sulla base di criteri condivisi, basati sulle evidenze, sulla conoscenza delle caratteristiche cliniche della popolazione afferente, del contesto organizzativo e sulla esperienza dei professionisti.

Tutto ciò perché l'evento nascita rappresenta uno degli interventi assistenziali più frequenti delle strutture sanitarie; i punti nascita pertanto devono rappresentare quei luoghi in cui madre e nascituro devono godere delle adeguate tutele e cure ed essere dotati di idonee attrezzature per gli interventi ordinari e di emergenza che possono necessitare in occasione del parto. Allo stesso tempo dovrebbe essere garantito personale specializzato e qualificato affinché il parto possa avvenire in sicurezza.

Disegno dello studio e metodologia

Nel presente report vengono illustrati i dati relativi all'attività dei 5 punti nascita dell'Azienda UsL Umbria 1, ricavati dall'analisi del *flusso CedAP Certificato di Assistenza al Parto, validato a livello Ministeriale* e pertanto riferito ai soli dati certificati per il 2013.

Per ciascuno dei 5 punti nascita della Ausl (Assisi nel 2013 era ancora attivo) è stata calcolata la percentuale di ricorso al Taglio Cesareo e la frequenza per classe di Robson. Si è proceduto all'analisi degli stessi dati anche per l'intera Regione Umbria al fine di valutare eventuali diversità macroscopiche ed indagarne la motivazione. Usando la classificazione di Robson, la frequenza di tc può essere descritta in maniera piuttosto analitica e riproducibile perché in tale classificazione i tc vengono distinti in base alle caratteristiche della popolazione e distribuiti in 10 classi definite in relazione alla parità, alla durata della gravidanza, alla modalità di travaglio, al parto semplice o multiplo e alla presentazione del neonato (Fig. 1).

L'età materna, la cittadinanza o gruppo etnico non sono prese in considerazione.

La nulliparità e la multiparità non possono essere calcolate.

SS Aziendale Rischio Clinico

e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

Uno stesso gruppo comprende sia le donne con induzione del travaglio sia quelle con tc prima dell'inizio del travaglio.

Il gruppo di donne con gravidanza multipla o presentazione podalica può comprendere anche quelle con precedente tc e, in questi casi, tale informazione viene perduta.

I nati pre-termine in presentazione cefalica sono tutti considerati nella classe 10, ma non sono distinti in epoca gestazionale o peso neonatale, indebolendo la validità di un confronto tra Punti Nascita di analoghe dimensioni.

Le informazioni raccolte forniscono elementi interessanti circa la variabilità della pratica clinica nell'ambito di una popolazione standard di pazienti, come definita da Robson. Le classi così composte sono mutualmente esclusive, totalmente inclusive e semplici da utilizzare (Fig. 1)

Fig. 1 Classificazione di Robson

CLASSE	CARATTERISTICHE DELLA POPOLAZIONE
1	Donne nullipare, parto a termine, travaglio spontaneo, feto singolo, presentazione cefalica
2a	Donne nullipare, parto a termine, travaglio indotto, feto singolo, presentazione cefalica
2b	Donne nullipare, parto a termine, cesareo elettivo, feto singolo, presentazione cefalica
3	Donne pluripare, parto a termine, travaglio spontaneo, feto singolo, presentazione cefalica
4a	Donne pluripare, parto a termine, travaglio indotto, feto singolo, presentazione cefalica
4b	Donne pluripare, parto a termine, cesareo elettivo, feto singolo, presentazione

**SS Aziendale Rischio Clinico**

e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

	cefalica
5	Pregresso t.c., parto a termine, feto singolo, presentazione cefalica
6	Donne nullipare, feto singolo, presentazione podalica
7	Donne pluripare, feto singolo, presentazione podalica
8	Gravidanze multiple
9	Feto singolo, presentazione anomala
10	Feto singolo, presentazione cefalica, pre-termine

Risultati

Dalle analisi effettuate risulta che dal 1 gennaio al 31 dicembre 2013 sono stati eseguiti **1977** parti in tutta la Ausl Umbria 1 suddivisi per singola struttura come da tabella sottostante (Tab. 1).

Tabella 1- Tot. Parti strutture Ausl1 2013- Dati CeDap 2013.

	CDC	CDL	ASSISI	MVT	G-GT	num.parti tot.
num. parti per singola struttura	715	323	200	323	416	1977

Di tutti i parti eseguiti **nell'anno 2013**, il **30%** è avvenuto con ricorso al taglio cesareo e confrontando le singole frequenze di ricorso delle strutture rispetto al 2012 è emerso che (Tab.2):

- L'Ospedale di Assisi per l'anno 2013 ha avuto una percentuale di ricorso al taglio cesareo pari al 27%, **+ 3 %** rispetto al 2012

**SS Aziendale Rischio Clinico**

e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

- L'Ospedale di Castiglione del

Lago per l'anno 2013 ha avuto una percentuale di ricorso al taglio cesareo pari al 38%, + 4.4 % rispetto al 2012

- L'Ospedale di Città di Castello per l'anno 2013 ha avuto una percentuale di ricorso al taglio cesareo pari al 30%, + 0.5% rispetto al 2012
- L'Ospedale di Gubbio- Gualdo Tadino per l'anno 2013 ha avuto una percentuale di ricorso al taglio cesareo pari al 31%, - 3.8 % rispetto al 2012
- L'Ospedale della Media Valle del Tevere per l'anno 2013 ha avuto una percentuale di ricorso al taglio cesareo pari al 23%, - 0.9% rispetto al 2012

Tabella 2 Frequenza di TC per singola struttura 2013 vs 2012.

STRUTTURA	CDC	CDL	ASS	MVT	GGT
FREQUENZA TC PER STRUTTURA 2013	30%	38%	27%	23%	31%
FREQUENZA TC PER STRUTTURA 2012	29.5%	33.6%	24%	24.1%	35.2%

Estrapolando dai dati complessivi solo quelli riferiti al parto eseguito con taglio cesareo programmato o in urgenza, codificato nel *CeDap* come tipologia 2 e 3, si evince che per la nostra Ausl il dato complessivo di ricorso al parto cesareo è del **30 %**, un punto percentuale inferiore rispetto al dato regionale **31%** per lo stesso periodo, ma + 5% rispetto all'obiettivo di sicurezza e salute fissato dall'OMS del **25%**. (Tab. 3 e 4).

Tabella 3 Frequenza di TC per singola struttura e per Ausl 1- Dati CeDap 2013

STRUTTURA	CDC	CDL	ASS	MVT	GGT	FREQUENZA RICORSO AL TC AUSL 1
FREQUENZA RICORSO TC	30%	38%	27%	23%	31%	30%

**SS Aziendale Rischio Clinico**

e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

Stante la diversa condizione di rischio

che caratterizza le classi di Robson, la frequenza di parti cesarei è diversa nelle diverse classi (Tab. 4 e 5) .

Tabella 4- Frequenza di TC Regione Umbria per singola classe di Robson- Dati CeDap 2013

ROBS ON	Frequenza tc Regione Umbria
1	18,68%
02a	32%
02b	100%
3	6%
04a	7%
04b	100%
5	83%
6	100%
7	96%
8	87%
9	83%
10	43%
NC	40%
TOTAL E umbria	31%

Tabella 5- Frequenza di TC Ausl Umbria1 per singola classe di Robson- Dati CeDap 2013

ROBSON	FREQUENZA DI TC Ausl Umbria 1
1	22%
02a	35%
02b	100%

**SS Aziendale Rischio Clinico**

e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

3	7%
04a	8%
04b	100%
5	72%
6	100%
7	94%
8	84%
9	88%
10	53%
NC	71%
TOTALE	30%

Sia per quanto riguarda il dato Regionale che quello della Ausl Umbria 1, la frequenza di TC risulta particolarmente elevata in alcune classi di Robson : la 6 e la 7 (presentazione podalica), la classe 8 (gravidanza plurima) e la classe 5 (pregresso tc).

Complessivamente analizzando le frequenze per singola classe tra la Ausl Umbria 1 e il dato Regionale si evidenzia che la percentuale di informazioni non rilevate (NC), derivanti da incompleta compilazione del Cedap, è maggiore **+30%** rispetto al dato Regionale.

Discussione

La classificazione di Robson risulta essere al momento la più accreditata a livello internazionale per la valutazione dell'appropriatezza del ricorso al taglio Cesareo, sebbene fornisca mere indicazioni sulla presenza e le dimensioni della variabilità nel ricorso al TC in sottopopolazioni di donne che hanno partorito. Nella decisione relativa all'esecuzione del tc in donne appartenenti alla classi 1 e 3 apparentemente a basso rischio di tc, i professionisti, come più volte sottolineato dalla struttura effettuante il presente studio e come riportato dalle maggiori evidenze scientifiche, dovrebbero tenere conto di tutti gli effetti indesiderati legati all'atto chirurgico sia per quanto riguarda la salute della donna che quella del neonato.

Si sottolinea che tutti gli interventi effettuati per ridurre la frequenza di tc nelle pazienti classe 6 (feto presentazione podalica) agiscono riducendo il peso non solo delle classi 6 e 7 di Robson ma prevenendo il Taglio cesareo, sono in grado di agire anche nelle gravidanze successive,



SS Aziendale Rischio Clinico

e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

riducendo la percentuale delle donne in

classe 5 (precedente tc).

La valutazione del ricorso al tc nelle classi dalla 6 alla 10 è di minor importanza essendo riferite a situazioni poco modulabili, nelle quali l'esecuzione al parto operativo è meno evitabile.

Complessivamente il dato della Ausl Umbria 1 rispecchia il dato Regionale, mostrandosi poco al di sotto di del valore Regionale ma ancora distante dal target di riferimento stabilito dall'OMS come obiettivo di sicurezza e salute.

L'elevata percentuale riscontrata per la classe NC è da indagarsi per valutare eventuali azioni da intraprendere per favorire la corretta compilazione dei CeDaP da parte di tutti gli operatori coinvolti.

2. Adozione e implementazione di una procedura per la gestione pz per ERCP

La "PROCEDURA PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI DA SOTTOPORRE AD ERCP" (PGA03),

è stata formalmente presentata al personale sanitario presso l'Ospedale di Città di Castello in data 29 Luglio e, successivamente, resa operativa.

3. Adozione e implementazione di una procedura per la gestione armadi farmaceutici

La procedura è stata approvata con delibera DG n.113 del 04/02/2015.

GESTIONE DEGLI EVENTI AVVERSI E DEGLI EVENTI SENTINELLA

1. Creazione Rete Referenti del Rischio Clinico

Al fine di facilitare la diffusione della cultura del rischio clinico e di porre in essere azioni efficaci e diffuse in tutta l'Azienda oltre che di poter monitorare con maggiore facilità tutti i Servizi anche Territoriali della Ausl Umbria 1, con **Delibera del Direttore Generale num. 1173 del 29/12/2014**, è stata istituita la **Rete Aziendale del Rischio Clinico**, insediatasi e riunitasi per la prima volta in

SS Aziendale Rischio Clinico

e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

data 6/11/2014, costituita da operatori

affidenti ad ogni Dipartimento / Presidio/ Servizio Territoriale.

2. Elaborazione Procedura Incident Reporting

La Procedura "Incident Reporting" PGA 25 è stata deliberata con delibera 226/2015.

3. Creazione del supporto informatico disponibile online per la segnalazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella

La S.S. R.M. ha elaborato una schema informatizzata e una Istruzione Operativa che ne codifica l'utilizzo, per la segnalazione degli eventi avversi che consente non solo l'invio immediato delle segnalazioni da tutti i P.O. e Servizi Territoriali della Ausl Umbria 1, ma anche la creazione di una banca dati utile per una agevole e mirata elaborazione dei dati. Tale Istruzione è stata deliberata con Delibera num. 226 ed inserita nella Procedura Aziendale PGA 25 "INCIDENT REPORTING".

Nelle giornate del 02/02/2015 e del 09/02/2015 presso il Centro di Formazione Aziendale di Perugia, si è tenuto il corso di formazione per i Referenti della Rete del Rischio Clinico per illustrare come si accede alla scheda, come deve avvenire la compilazione e quali report si possono effettuare per monitorare gli eventi avvenuti in ogni UO, Servizio Territoriale, Dipartimento e/o singolo Ospedale.

Grazie a quanto emerso dai report effettuabili sia a livello centrale (dalla SSRM) che a livello periferico (da parte di tutti i Responsabili sia di Dipartimento- Dipartimenti Territoriali e Ospedalieri- che di Presidio che di Distretto) sarà possibile pianificare interventi mirati dopo individuazione degli ambiti più critici. Si tratta pertanto di un sistema sia **reattivo**, perché una volta segnalato l'evento è obbligatoria l'organizzazione di un audit di tipo SEA o RCA a seconda della tipologia dell'evento (illustrato nella procedura), che **proattivo** perché la archiviazione dei dati permette l'elaborazione di statistiche per individuare gli ambiti più critici dove implementare azioni di miglioramento.

4. Elaborazione Procedura Gestione del sangue cordonale



SS Aziendale Rischio Clinico

e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

La PGA20 è stata deliberata con relativi

allegati con DG num. 226/2015.

5. Elaborazione Procedura prevenzione delle cadute

La PGA24 è stata deliberata con relativi allegati con DG num. 271/2015.

MIGLIORARE LA SICUREZZA IN SALA OPERATORIA

1. Elaborazione di una FMEA del Blocco Operatorio

Al fine di applicare la metodologia *FMEA* nel modo più funzionale, utile ed operativo possibile, tale strumento è stato utilizzato nell'ambito di un nuovo progetto già sperimentato all'interno del blocco operatorio dell' Azienda Ospedaliera Di Perugia e di Terni ossia un *Laboratorio formativo* accreditato ecm, denominato “*palestra di miglioramento rapido del blocco operatorio : Le competenze per lo sviluppo organizzativo secondo le logiche della LEAN ORGANIZATION*”.

Il modello organizzativo chiamato “organizzazione snella” o “lean organization”, sperimentato nella settimana del 24-28 novembre 2014 con personale afferente da vari Presidi dell' Ausl Umbria 1 nel Blocco Operatorio di Città di Castello, consiste nell'implementazione del “miglioramento rapido”, ovvero, in azioni di sviluppo organizzativo mirate e circoscritte ad un determinato ambito.

Nell'ambito del progetto pilota, è stata effettuata una prima giornata di preparazione (11 novembre presso la Sala della Direzione Generale dell' Osp. Di Città di Castello) seguita da una settimana di realizzazione proprio all'interno del blocco operatorio di Città di Castello.

La tecnica, già sperimentata e validata a livello internazionale, è stata applicata inizialmente nel blocco operatorio dell'Ospedale di Città di Castello, ma ogni singolo rappresentante del gruppo di lavoro, costituito da operatori di diversa estrazione territoriale, potrà apportare tale modalità in tutti i blocchi operatori aziendali.

Nella giornata di presentazione del progetto, che si terrà il 30/3/2015 a Villa Umbra verranno presentati i risultati della sperimentazione.

SS Aziendale Rischio Clinico

e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

2. Realizzazione di un Corso di

Formazione sulla esecuzione di una FMEA

Il Corso è stato progettato ed Inserito nel Piano Formazione 2014, rivolto a Coordinatori Infermieristici della Ausl e si è articolato nelle seguenti edizioni :

- 3/12/2014 presso Sala Coli di Città di Castello
- 25/11/2014 presso l'Auditorium Gubbio- Gualdo Tadino

Grazie alle competenze acquisite durante il corso tutti gli operatori potranno effettuare una FMEA ognuno nel proprio ambito di pertinenza.

PIANO D'ATTIVITA' RISK MANAGEMENT 2015-2017

1. Strategia e politica aziendale

L'AUSL UMBRIA 1 con DG num. 139 del 2013 ha istituito la *SS Aziendale di Risk Management* garantendo la prosecuzione delle attività di gestione del Rischio Clinico precedentemente svolte in modo separato nelle due Asl. La creazione della nuova struttura ha permesso di migliorare le politiche e le strategie di gestione dei rischi anche tramite l'Istituzione del **Comitato di Controllo delle Infezioni ospedaliere** nato con *DG 870/2013* e l'Istituzione della **Rete Aziendale dei Referenti del Rischio Clinico** nata con *DG 1173/2014*.

La strategia definita si rifà alla necessità di passare da un sistema che gestisce gli eventi sfavorevoli ad un sistema che gestisce i rischi cioè il passaggio **da un sistema unicamente reattivo ad un sistema pro-attivo e preventivo**. Il contributo delle diverse discipline professionali e il coinvolgimento dei diversi livelli organizzativi e gestionali, sta alla base della corretta politica da perseguire. Strategicamente, si è optato per un approccio volto ad una reale integrazione del Risk Management con gli altri sistemi gestionali presenti: da questo punto di

**SS Aziendale Rischio Clinico**

e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

vista, ciò che è stato perseguito è il disegno di un sistema di Risk Management che contemperasse organicamente tutte le aree e le strutture aziendali.

Un importante obiettivo è ed è stato quello di diffondere la visione dell'errore come un'occasione di apprendimento e di miglioramento abbandonando il comune atteggiamento colpevolizzazione. Questo non significa dimenticare le responsabilità davanti agli eventi avversi ma spostare l'attenzione sulle cause profonde che, se analizzate e affrontate, possono evitare il ripetersi dell'evento in futuro.

La realizzazione di questa visione strategica è possibile se viene definita una politica chiara ed illuminata che si basa su valori fondamentali quali:

- *la trasparenza;*
- *la collaborazione fra operatori;*
- *la comunicazione con il paziente e fra il personale;*
- *l'impegno per il miglioramento continuo della qualità;*
- *la disponibilità a mettere in discussione le proprie convinzioni e il proprio operato.*

Le strategie d'intervento contenute nel presente Piano di Attività valido per il biennio 2015 - 2017 sono il risultato della mappatura del rischio aziendale 2014 (*prot. Num 19537/2015*) elaborata dalla *SS Risk Management* e parte integrante del presente documento (Allegato 2).

2. Strumenti utilizzati per la mappatura del rischio aziendale

I dati di partenza (fonti) per l'analisi del rischio sono stati:

- 1) conoscenza diretta di eventi da parte del referente aziendale per la gestione del rischio clinico (Risk Manager);
- 2) comunicazioni informali e/o formali da parte di operatori sanitari al referente aziendale per il rischio clinico;



SS Aziendale Rischio Clinico

e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

- 3) schede di incident reporting;
- 4) segnalazioni informali da parte di pazienti e parenti (stakeholders);
- 5) dati/segnalazioni/informazioni derivanti dalle relazioni prodotte durante eventi formativi, congressi, convegni;
- 7) segnalazioni URP;
- 8) sinistri trattati in sede di CO.GE.SI.

3. Obiettivi Generali

Gli obiettivi generali che sono stati declinati dalla strategia e dalla politica intraprese per la gestione del rischio sono:

- aumentare la sicurezza e la soddisfazione del paziente;
- aumentare la sicurezza di tutti gli operatori sanitari e non;
- ridurre le possibilità di contenzioso tra il paziente e l'azienda;
- dare sostegno all'attività professionale di tutti gli operatori;
- migliorare l'immagine dell'azienda e la fiducia del cliente.

Nel corso del 2014 sono state realizzate una serie di attività, che proseguiranno anche per il biennio 2015-2017, che hanno permesso all'azienda di intraprendere un cammino che nei prossimi anni aumenterà decisamente la consapevolezza e la gestione degli errori favorendo modalità efficaci di **correzione e prevenzione**.

Le attività di Risk Management, s'inseriscono nel più ampio campo del Governo Clinico il quale prevede l'impiego dei seguenti strumenti:

- Verifica delle attività cliniche;
- Verifica degli outcome;
- Evidence Based Medicine;

SS Aziendale Rischio Clinico

e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

- Linee guida e protocolli;
- Piani della formazione;
- Processi di accreditamento;
- Feedback dal cliente;
- Risk Management.

4. Obiettivi Specifici

1. Ricognizione, catalogazione ed implementazione delle **Procedure Aziendali**:

- o Vista l'enorme estensione territoriale della Azienda Sanitaria, nonché la molteplicità di Presidi e Servizi Territoriali che ad essa fanno capo con conseguente difficoltà del corretto passaggio di tutte le informazioni, si ravvede l'assoluta necessità di proseguire nell'inserimento all'interno del sito intranet di tutte le procedure:
 - o vigenti ma elaborate e formalizzate prima della fusione delle due ASL perciò non validate a livello aziendale (valutando la possibilità di adottare l'una o l'altra e validarla a livello aziendale)
 - o già presenti e formalizzate all'interno dell'Azienda,
 - o già elaborate all'interno dell'Azienda, ma non ancora completate o formalizzate, che andranno anche implementate
 - o contenute all'interno del Documento di Valutazione dei Rischi.

Si ritiene infatti che la possibilità di poter disporre di tutte le procedure in un unico **DATABASE**, favorisca il dipendente nella conoscenza di tutti i protocolli vigenti all'interno della azienda.

2. Monitoraggio e Diffusione capillare fra tutti gli operatori della cultura della **segnalazione volontaria** di *eventi avversi, eventi sentinella e near miss*:

- o Tramite **scheda informatizzata** accessibile a tutti i Referenti della Rete del Rischio

SS Aziendale Rischio Clinico

e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

Clinico come da *PGA 25*

e relativa *IST 01-PGA 25*

- o Per il **Dipartimento della Salute Mentale e delle Dipendenze** la scheda di segnalazione è la stessa, ed è prevista la collaborazione per l'elaborazione di procedure specifiche "ad hoc" qualora se ne ravveda la necessità in base alle segnalazioni effettuate.
3. Attuazione dei sistemi utili a prevenire gli **errori nella somministrazione dei farmaci**:
- o Procedura Aziendale per la gestione dei farmaci LASA (LOOK ALIKE/SOUND ALIKE) come da Raccomandazione Ministeriale n.12/2010
 - o Procedura Aziendale per la gestione degli stupefacenti
 - o Procedura Aziendale per la preparazione e la somministrazioni dei farmaci.
4. Attuazione dei sistemi atti a prevenire **incidenti/danni a carico dei pazienti**:
- o Procedura Aziendale per la prevenzione di suicidio come da Raccomandazione Ministeriale n.4/2008.
5. Corretta gestione e tenuta della **documentazione sanitaria**:
- o Monitoraggio, Adozione e corretta applicazione da parte di tutte le UUOO della PGA 06 Gestione della Cartella Clinica.
6. Studio epidemiologico sulla variabilità del **ricorso al Taglio Cesareo** con valutazione dell'appropriatezza nel Dipartimento Materno Infantile.
7. Implementazione dei sistemi di contenimento delle **infezioni ospedaliere**:
- o Studio di fattibilità ed eventuale cronoprogramma per valutare la possibilità di implementare in tutta l'Azienda il Sistema di Sorveglianza Microbiologica Regionale



SS Aziendale Rischio Clinico

e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

Vigiguard, software già

utilizzato nell'Area Nord della Ausl

- o Procedura Aziendale sul lavaggio delle mani (sociale, chirurgico, antisettico in relazione delle attività esplicate)
- o Procedura Aziendale per la gestione dei pazienti affetti da germi multi resistenti
- o Procedura Aziendale per la sanitizzazione e la corretta tenuta dei gorgogliatori

8. Implementazione di procedure per il contenimento delle infezioni ospedaliere in Chirurgia:

- o Procedura Aziendale per l'Antibiotico Profilassi in chirurgia

9. Attività di Audit Clinico per segnalazioni di *eventi avversi/eventi sentinella*:

- RCA per eventi sentinella (documentazione e responsabilità a carico del Risk Manager Come da PGA 25)
- SEA per eventi avversi (documentazione e responsabilità a carico del Referente di Rete in collaborazione con la SS Risk Manager Come da PGA 25)

10. Formazione degli operatori relativamente alla Gestione del Rischio:

- o Organizzazione di eventi formativi ed informativi (anche non accreditati ECM) in collaborazione con i *Referenti della Rete del Rischio Clinico*, per la diffusione della cultura del rischio, la condivisione delle procedure elaborate e l'analisi delle aree critiche sulle quali pianificare azioni di intervento/miglioramento.

11. Elaborazione e pubblicazione del Rapporto Annuale Sul Profilo Di Rischio per l'anno 2015 e per l'anno 2016

**SS Aziendale Rischio Clinico**

e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

5. CRONOPROGRAMMA DEGLI OBIETTIVI

Attività	Mese/Anno							
	03-04- 05/2015	06-07- 08/2015	09-10- 11/2015	12/2015 01/2016	02-03- 04/2016	05-06- 07/2016	08-09- 10/2016	11- 12/2016
Ricognizione, catalogazione ed implementazione delle Procedure Aziendali								
Monitoraggio e Diffusione capillare fra tutti gli operatori della cultura della segnalazione volontaria di <i>eventi avversi, eventi sentinella e near miss</i>								
Attuazione dei sistemi atti a prevenire incidenti/danni a carico dei pazienti : <ul style="list-style-type: none">• Procedura Aziendale per la prevenzione di suicidio come da Raccomandazione Ministeriale n.4/2008.								



SS Aziendale Rischio Clinico

e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

<ul style="list-style-type: none"> Procedura Aziendale per la gestione degli stupefacenti 								
<ul style="list-style-type: none"> Procedura Aziendale per la preparazione e la somministrazioni dei farmaci. 								
Attività	Mese/Anno							
	03-04-05/2015	06-07-08/2015	09-10-11/2015	12/2015-01/2016	02-03-04/2016	05-06-07/2016	08-09-10/2016	11-12/2016
Corretta gestione e tenuta della documentazione sanitaria: <ul style="list-style-type: none"> Monitoraggio, Adozione e corretta applicazione da parte di tutte le UUOO della PGA 06 Gestione della Cartella Clinica 								
Studio epidemiologico sulla variabilità del ricorso al Taglio Cesareo con valutazione dell'appropriatezza nel Dipartimento Materno Infantile.								
Implementazione dei sistemi di contenimento delle infezioni ospedaliere: <ul style="list-style-type: none"> Studio di fattibilità ed eventuale cronoprogramma per valutare la possibilità di implementare in tutta l'Azienda il Sistema di Sorveglianza Microbiologica Regionale Vigiguard, software già utilizzato nell'Area Nord della Aus 								
<ul style="list-style-type: none"> Procedura Aziendale sul lavaggio delle mani (sociale, chirurgico, antisettico in relazione delle attività esplicate) 								
<ul style="list-style-type: none"> Procedura Aziendale per la gestione dei pazienti affetti da germi multi resistenti 								
<ul style="list-style-type: none"> Procedura Aziendale per la sanitizzazione e la corretta tenuta dei gorgogliatori 								
Implementazione di procedure per il contenimento delle infezioni ospedaliere in Chirurgia: <ul style="list-style-type: none"> Procedura Aziendale per l'Antibiotico Profilassi in chirurgia 								



SS Aziendale Rischio Clinico

e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

Attività di Auditing Clinico per segnalazioni di eventi avversi/eventi sentinella:								
<ul style="list-style-type: none">RCA per eventi sentinella (documentazione e responsabilità a carico del Risk Manager Come da PGA 25)								
<ul style="list-style-type: none">SEA per eventi avversi (documentazione e responsabilità a carico del Referente di Rete in collaborazione con la SS Risk Manager Come da PGA 25)								
Formazione degli operatori relativamente alla Gestione del Rischio: <ul style="list-style-type: none">Organizzazione di eventi formativi ed informativi (anche non accreditati ECM) in collaborazione con i <i>Referenti della Rete del Rischio Clinico</i>, per la diffusione della cultura del rischio, la condivisione delle procedure elaborate e l'analisi delle aree critiche sulle quali pianificare azioni di intervento/miglioramento								
Elaborazione e pubblicazione del Rapporto Annuale Sul Profilo Di Rischio per l'anno 2015 e per l'anno 2016								

Scheda A di Budget - Programma di Attività: Anno 2014
 Area dei Servizi Centrali - U.O. Risk Management

OBIETTIVI DI ATTIVITA'

Obiettivo	Indicatore	Valore negoziato	Range		Peso OBT
			0%	100%	
Promuovere cultura e prassi del Risk Management attraverso il miglioramento dell'informazione al paziente e la corretta compilazione della documentazione clinica e l'adesione a procedure ospedaliere di MQ e GRC	1) Realizzazione di un evento formativo aziendale sull'importanza di una corretta raccolta del consenso informato	Esito positivo	Esito negativo	Esito positivo	5,00
	2) Definizione ed implementazione di procedura aziendale sulla raccolta del consenso informato e revisione del relativo modulo multilingue	Esito positivo	Esito negativo	Esito positivo	8,00
	3) 1° Report Qualità C.C., entro settembre 2014, con dettaglio per UO e Dipartimento della corretta compilazione/presenza di: diario clinico, CI, scheda valut. rischio cadute, scheda prof. rischio gravid., partogramma, scheda postoperatoria, CI radiol.	Esito positivo	Esito negativo	Esito positivo	6,00
	4) 2° Report Qualità C.C., entro gennaio 2015, con dettaglio per UO e Dipartimento della corretta compilazione/presenza di: diario clinico, CI, scheda valut. rischio cadute, scheda prof. rischio gravid., partogramma, scheda postoperatoria, CI radiol.	Esito positivo	Esito negativo	Esito positivo	6,00
	5) Definizione ed implementazione di procedura aziendale di gestione della cartella clinica e revisione della parte comune della modulisica (compresa lettera di dimissione standard)	Esito positivo	Esito negativo	Esito positivo	8,00

Peso obiettivo: 33

Scheda A di Budget - Programma di Attività: Anno 2014

Area dei Servizi Centrali - U.O. Risk Management

OBIETTIVI DI ATTIVITA'

Obiettivo	Indicatore	Valore negoziato	Range		Peso OBT
			0%	100%	
Promuovere il miglioramento della qualità delle prestazioni di ricovero e cura attraverso lo sviluppo di iniziative di prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere	1) Effettuare almeno 2 indagini di Prevalenza delle Infezioni Ospedaliere in 2 giorni indice	Esito positivo	Esito negativo	Esito positivo	8,00
	Peso obiettivo: 13				
Promuovere l'appropriatezza e la sicurezza delle cure attraverso l'implementazione di linee guida, protocolli diagnostico-terapeutici, procedure operative	2) Implementazione della Procedura Aziendale sui criteri per la terapia antibiotica empirica nei pazienti ospedalizzati	Esito positivo	Esito negativo	Esito positivo	5,00
	1) Realizzazione di uno studio epidemiologico sulla variabilità del ricorso al taglio cesareo presso la AUSL Umbria I con valutazione di appropriatezza	Esito positivo	Esito negativo	Esito positivo	5,00
	2) Predisposizione ed implementazione procedura aziendale gestione emergenza urgenza	Esito positivo	Esito negativo	Esito positivo	8,00
	3) Adozione e implementazione di una procedura per la gestione pz per ERCP	Esito positivo	Esito negativo	Esito positivo	4,00
4) Adozione e implementazione di una procedura per la gestione armadi farmaceutici	Esito positivo	Esito negativo	Esito positivo	8,00	
Peso obiettivo: 25					

Scheda A di Budget - Programma di Attività: Anno 2014
 Area dei Servizi Centrali - U.O. Risk Management

OBIETTIVI DI ATTIVITA'

Obiettivo	Indicatore	Valore negoziato	Range		Peso OBT
			0%	100%	
Sviluppare una strategia volta a promuovere la prevenzione e la gestione degli eventi avversi e degli eventi sentinella	1) Creazione del supporto informatico disponibile online per la segnalazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella	Esito positivo	Esito negativo	Esito positivo	6,00
	2) Redazione e formalizzazione della procedura aziendale per la gestione degli eventi avversi e degli eventi sentinella: Atto deliberativo che approva formalmente la procedura	Esito positivo	Esito negativo	Esito positivo	7,00
Peso obiettivo: 13					
Migliorare la sicurezza in sala operatoria	1) Elaborazione di una FMEA del Blocco Operatorio	Esito positivo	Esito negativo	Esito positivo	5,00
	2) Realizzazione di un Corso di Formazione sulla esecuzione di una FMEA	Esito positivo	Esito negativo	Esito positivo	3,00
Peso obiettivo: 8					

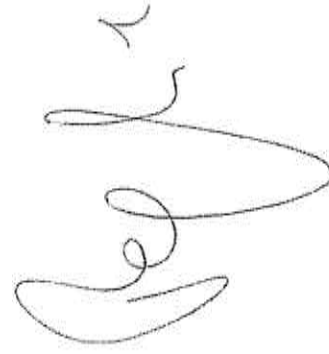
4



Scheda A di Budget - Programma di Attività: Anno 2014
 Area dei Servizi Centrali - U.O. Risk Management

OBIETTIVI DI TIPO ORGANIZZATIVO

Obiettivo	Indicatore	Valore negoziato	Range	Peso OBT
Sviluppare il sistema aziendale per la gestione del rischio clinico	1) Redazione del rapporto annuale sul profilo di rischio Aziendale	Esito positivo	0% Esito negativo 100% Esito positivo	8,00
Peso obiettivo:				8
Totale Pesi:				100

SS Aziendale Rischio Clinico
e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

prot. N°
19537/2015

Alla Cortese Attenzione:

Dott. ssa Paola Peirone
Responsabile UO Programmazione,
Controllo e Sistema Informativo

Città di Castello, 26/2/2015

Oggetto: Obiettivi di budget 2014 S.S. Aziendale "Risk Management"

Redazione rapporto annuale sul profilo di rischio Aziendale

Il Responsabile S.S. Aziendale Risk Management
Dott. Silvio Pasqui



**SS Aziendale Rischio Clinico**

e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

Il presente rapporto costituisce una sintesi delle informazioni relative al profilo di rischio provenienti dalle fonti informative disponibili in Azienda, finalizzata ad identificare le aree di attività caratterizzate da un rischio maggiore, contribuendo così alla scelta delle strategie di intervento che saranno delineate nel **PIANO DI ATTIVITÀ ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO 2015**.

Nel corso del 2014, così come successo per il 2013, sono state effettuate attività in vari ambiti, svolgendo un lavoro caratterizzato dalla forte collaborazione ed integrazione con altre U.O. che agiscono in staff alla Direzione Aziendale, quali la U.O. Sviluppo Qualità e Comunicazione, la U.O. Formazione e la S.S. Coordinamento Servizi di Staff. Mossi soprattutto dalla convinzione che la collaborazione tra i diversi staff sia il presupposto indispensabile per il governo clinico delle strutture sanitarie e per una ottimale gestione dei rischi insiti nelle attività delle aziende sanitarie. Si è deciso di intervenire agendo a livelli diversi, principalmente le azioni hanno riguardato i seguenti ambiti individuati come maggiormente critici ai fini del contenimento dei rischi :

1. Gestione degli eventi avversi e degli eventi sentinella.

Come ribadito dalla specifica linea guida emanata dal Ministero della Salute *nel 2011*, la presenza di una procedura aziendale che espliciti le corrette modalità di segnalazione degli eventi avversi, indicando la tipologia di eventi da segnalare, le responsabilità della segnalazione e gli strumenti da utilizzare (cosa, chi, a chi, come), deve considerarsi un requisito imprescindibile per la corretta gestione degli eventi avversi. Pertanto, in accordo con le disposizioni Ministeriali, le modalità per la segnalazione degli eventi avversi , gli strumenti utilizzabili , le azioni da intraprendere in conseguenza delle segnalazioni, sono state ampiamente socializzate tramite alcuni incontri e con la elaborazione di una specifica procedura e di una Istruzione Operativa dettagliata che codifica passo per passo la modalità di segnalazione degli eventi fornendo a tutti i Servizi uno strumento unico da utilizzare (PGA 23 "Incident Reporting"). La necessità della creazione di un supporto unico e condiviso da tutti i Servizi Territoriali ed Ospedalieri è stata confermata dalla disomogeneità delle segnalazioni pervenute durante tutto l'anno 2014.

La segnalazione infatti è avvenuta ancora su supporto cartaceo ed in maniera poco omogenea sul territorio della AUSL; sono stati utilizzati moduli diversi da parte delle diverse strutture, con una

SS Aziendale Rischio Clinico

e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

conseguente variabilità della tipologia di informazioni fornite e forti ritardi tra l'accadimento dell'evento e l'arrivo della segnalazione con conseguente difficoltà nella pianificazione di azioni correttive e di miglioramento.

Sono giunte in totale 54 segnalazioni di eventi avversi/near misses, di cui:

- 45 riferiti a cadute,
- 3 relativi alla gestione dei farmaci (near miss),
- 1 lesione da decubito,
- 1 legato all' "abbandono" di un paziente barellato in attesa dell'effettuazione di esami di imaging (near miss),
- 1 relativo ad un paziente con intenzioni suicide intercettato da una operatrice vicino ad una finestra aperta (near miss)
- 3 eventi sentinella (2 eventi num. 12 - violenza su operatori, 1 evento num. 16- ogni altro evento che causa morte o grave danno)

I dati, abbastanza esigui per una azienda come la nostra, ribadisce ancora l'importanza di aver implementato e di far funzionare, un sistema in grado di garantire la segnalazione tempestiva ed esauriente della maggior parte degli eventi che si verificano; a tale scopo, l' apposito software creato, di facile e rapido utilizzo sia per gli operatori che segnalano che per coloro che ricevono ed elaborano le segnalazioni, rappresenterà un indispensabile strumento di orientamento per la gestione degli eventi avversi. Costituirà inoltre una valida banca dati che permetterà anche l'archiviazione e la conservazione di quanto segnalato. In tal modo sarà inoltre favorita sia la qualità che la completezza delle segnalazioni ciò determinerà una rapida ed efficace elaborazione dei dati e l'individuazione delle aree critiche sulle quali intervenire.

2. Creazione della Rete dei referenti per il Rischio Clinico

Al fine di facilitare la diffusione della cultura del rischio clinico e di porre in essere azioni efficaci e diffuse in tutta l'Azienda oltre che di poter monitorare con maggiore facilità tutti i Servizi anche Territoriali della Ausl Umbria 1, con **Delibera del Direttore Generale num. 1173 del 29/12/2014**, è stata istituita la Rete Aziendale del Rischio Clinico, insediatasi e riunitasi per la

**SS Aziendale Rischio Clinico**

e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

prima volta in data 6/11/2014, costituita da operatori afferenti ad ogni Dipartimento / Presidio/
Servizio Territoriale come di seguito riportati :

Alessandra Buscosi	Distretto Alto Tevere
Annarita Comodi	Distretto Alto Chiascio
Michela Cardamone Lidia Maculan Stefania Fiorucci	Distretto del Perugino
Stefano Righi Ivana Basigliani	Distretto Mvt
Maria Chiara Lucifora Mario Santelli	Distretto del Trasimeno
Antonio Criscuolo	Distretto Assisano
Fausto Breccolotto	Dipartimento Chirurgia Generale
Paolo Pupita	Dipartimento Materno Infantile
Bruno Gastone Francesco Iannelli	Dipartimento Chirurgia specialistica
Fabrizio Peccini	Dipartimento Medico Oncologico
Alessandro Leveque	Dipartimento Medicine Specialistiche
Federica Miccadei	Dipartimento Emergenze e Accettazione
Teresa Tedesco	Presidio Alto Chiascio
Maria Antonietta De Santis Simona Castoldi	P.O.U. Direzione POU
Cecilia Montefusco Anna Venza	Ospedale di Assisi
Luigi Sicilia Carla Ranieri Fausta Moroni	Ospedale MVT
Maria Rossi Anna Socciarelo Vania Fanfano Umbro Risiniferi Paola Rossi	Ospedale del Trasimeno
Daniela Ranocchia	Sviluppo Qualità e Comunicazione
Valter Papa	Dipartimento dei Servizi

**SS Aziendale Rischio Clinico**

e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

Carlo Bigi Angela Dello Mastro Fabiola Fabi	Dipartimento della Salute Mentale
Michela Dini Paola Mariotti	Presidio Alto Tevere
Antonio Rignanese Paola Carletti	Dipartimento delle Dipendenze

I nominativi dei Referenti sono stati individuati dai Responsabili di ogni struttura.

La creazione e la formalizzazione di una rete di referenti/facilitatori per il rischio clinico in ogni U.O./Servizio dell'Azienda permette di avere "a livello periferico" operatori motivati ed adeguatamente formati anche per la gestione degli eventi avversi, e ogni facilitatore, pur collaborando con la S.S. "Risk Management", sarà in grado di agire autonomamente, entro limiti e ad ambiti specifici individuati anche nella specifica procedura.

I referenti/facilitatori sono responsabili con il coordinamento della S.S "Risk Management" e in collaborazione con lo staff Qualità e Comunicazione, del compito di creare un proprio gruppo multiprofessionale e multidisciplinare all'interno dell' area di pertinenza, per la proposizione e definizione di linee guida, protocolli, procedure e percorsi diagnostico-terapeutici aziendali sulle principali tematiche relative alla gestione del rischio clinico. Inoltre contribuiscono a garantire le attività di incident reporting tramite anche il supporto informatizzato accessibile ai Referenti che fungeranno da canale preferenziale di passaggio delle comunicazioni, in senso bidirezionale, tra la S.S. Risk Management e la Struttura Operativa di appartenenza. Rivestono, infine, un ruolo di collaborazione con i Dirigenti incaricati per l'acquisizione di informazione inerenti casi trattati dal Comitato Gestione Sinistri nonché contribuiscono alla corretta applicazione di quanto individuato nelle procedure stilate con la loro collaborazione dalla S.S "Risk Management".

3. Lotta alle infezioni ospedaliere**STUDIO DI INCIDENZA DELLE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO E DELLA PROFILASSI ANTIBIOTICA**

Sono in corso di elaborazione da parte dell'Università di Catania, Centro di riferimento Nazionale per lo studio, i dati relativi ai due studi di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico in

SS Aziendale Rischio Clinico

e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

chirurgia generale e negli interventi di artroprotesi, la cui partecipazione era stata formalizzata con ***Delibera n. 580 del 25/07/2013***. Al termine della elaborazione che dovrebbe concludersi nei prossimi mesi con l'uscita di un report nazionale, sarà possibile, tramite codice di assegnazione iniziale, individuare i nostri risultati valutando l'eventuale esigenza di messa in atto di azioni per contenere le infezioni e/o favorire l'aderenza alle linee guida di profilassi antibiotica.

STUDIO DI PREVALENZA DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE

Il software "Info-noss", utilizzato per l'elaborazione dei dati, è stato installato gratuitamente in tutti i Presidi della nuova Azienda ed è stato utilizzato per la prima volta nell'anno 2014 per il monitoraggio delle infezioni nosocomiali. Sono state eseguite due indagini di prevalenza in due giorni indice individuati dalla SS R.M. nelle giornate di 8/5/2014 e 6/11/2014 cioè in primavera e in autunno come da letteratura.

Attualmente ogni Presidio sta elaborando i dati, la scrivente struttura è in attesa dei risultati in modo da poter pianificare eventuali necessarie azioni di miglioramento.

TERAPIA ANTIBIOTICA EMPIRICA NEI PAZIENTI OSPEDALIZZATI

Altro importante elemento sul quale si è lavorato e che si ritiene tra le priorità anche per il 2015, è costituito dalla necessità di specificare e rendere omogenei i comportamenti relativi all'uso degli antibiotici nei reparti ospedalieri. Si è proceduto pertanto alla elaborazione di una specifica procedura Aziendale "Criteri per la terapia antibiotica empirica in pazienti ospedalizzati", deliberata con DRG num. 226 del 26/02/2015 e valida per tutti gli Ospedali dell'Azienda. Sarà necessario un monitoraggio stringente anche da parte dei referenti per la rete del rischio clinico, per verificare l'adesione agli schemi proposti.

Inoltre è stato organizzato un corso di formazione accreditato ecm che si è tenuto presso la Sala Coli dell'Ospedale di Città di Castello nelle giornate di 27/11/2014 e 18/12/2014 "***Criteri per il corretto utilizzo della terapia antibiotica empirica: come sconfiggere le multiresistenze***" al fine di favorire un consumo appropriato e moderato degli antibiotici e contenere il fenomeno delle multiresistenze.



SS Aziendale Rischio Clinico

e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

Tale argomento rimane di particolare rilievo anche per l'anno 2015 essendo di fondamentale importanza sia per la tutela della salute dei cittadini che parallelamente per la corretta allocazione delle risorse pubbliche investite in salute.

(Allegato 1 locandina corso)

4. Sicurezza nel Blocco Operatorio

È stata terminata la procedura unica Aziendale "Gestione del Blocco Operatorio", per l'elaborazione della quale la S.S. "Risk Management" ha fornito il proprio supporto e che regola l'intero percorso chirurgico, dalle liste di attesa al post-operatorio.

Al fine di contribuire al miglioramento della qualità e della sicurezza in ambito chirurgico, la metodica "**FMEA/FMECA**", individuata nel corso del precedente anno come strumento per la mappatura dei rischi in sala operatoria e per l'individuazione delle aree con priorità di intervento, è stata applicata nell'ambito di uno specifico progetto la cui partecipazione è stata favorita dalla Direzione Generale : la "**palestra di miglioramento rapido del blocco operatorio : Le competenze per lo sviluppo organizzativo secondo le logiche della LEAN ORGANIZATION**".

Il miglioramento rapido si attua in base a 3 logiche di azione:

1. Veloce e grezzo non lento ed elegante

È un modo originale e potente di concepire l'azione: realizzare i cambiamenti rapidamente e con grande dinamismo senza andare tanto per il sottile, ma puntando al risultato, attraverso analisi rapidissime e coinvolgimento diretto del personale interno.

2. Fare, fare e fare subito

Questo slogan rafforza quello precedente ed è un preciso richiamo all'azione. Si scopre così che il "trystorming" (try: provare) o tempesta di prove è ancora più potente del "brainstorming" o tempesta di idee.

Rimandare un'azione impedisce di fare la cosa più importante per avere successo: fare esperienza, mettendo in conto anche gli errori.

3. Se non vedi uno spreco stai sbagliando qualcosa

**SS Aziendale Rischio Clinico**

e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

Molte volte non si vedono gli sprechi perché si pensa che sia impossibile avere dei miglioramenti immediati e a costo zero e non perché essi siano davvero assenti.

Nella logica di quanto detto è stata sperimentata una **SETTIMANA DI MIGLIORAMENTO RAPIDO** sotto la guida di un esperto, durante la quale sono state individuate ed analizzate le criticità più rilevanti nei processi che costituiscono complessivamente l'intera attività del Blocco Operatorio (*metodologia FMEA/FMECA*) studiando soluzioni di facile e reale applicazione.

Lo scopo e l'idea di base è stata la convinzione che mediante la realizzazione di tante settimane di miglioramento sarà possibile passare da una struttura organizzata tradizionalmente ad una più "snella" nella quale si attiva una continua caccia agli sprechi.

Grazie al corso effettuato tutti gli operatori che hanno partecipato, afferenti da tutti i Presidi della Ausl, potranno implementare efficacemente quanto appreso durante l'intero corso nei blocchi di propria competenza.

5. Appropriatelyzza delle prescrizioni soggette a classe di priorità (RAO)

La non corretta applicazione delle Classi di Priorità (RAO) sta determinando un aumento diffuso e generalizzato delle liste d'attesa con gravi disagi per i cittadini/utenti e per gli operatori sanitari e amministrativi. Pertanto la SSRM ha organizzato un Corso di formazione accreditato ecm e tenutosi in tre edizioni presso la Sala della Direzione Generale di Città di Castello nelle giornate di 20/09/2014, 18/10/2014, 22/11/2014 intitolato : "L'appropriatelyzza prescrittiva alla luce delle classi di priorità: Come far funzionare i RAO". Tale corso, che ha visto la partecipazione anche di Medici di Medicina Generale, ha permesso un confronto diretto tra medici ospedalieri e territoriali grazie al quale sono emerse interessanti aree di intervento sulle quali agire stimolando, da una parte la corretta applicazione del Decalogo da parte dei professionisti ospedalieri, dall'altra favorendo l'appropriatelyzza delle richieste da parte dei medici territoriali.

(Allegato2 locandina)

6. Appropriatelyzza del ricorso al taglio cesareo

SS Aziendale Rischio Clinico
e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

Facendo seguito allo studio effettuato per l'anno 2012, anche per l'anno 2013 è stato elaborato uno Studio epidemiologico sulla variabilità del ricorso al taglio cesareo presso la AUSL Umbria 1 analizzando l'appropriatezza in relazione alle classi di Robson; considerando il non ottimale livello di appropriatezza riscontrato e l'elevata disomogeneità dei comportamenti adottati nei vari punti nascita, si ribadisce l'assoluta necessità di mantenere un attento e costante monitoraggio del ricorso al taglio cesareo presso la nostra AUSL.

(Allegato 3 studio)

7. Corretta tenuta della documentazione clinica e corretta compilazione del Consenso Informato

La documentazione sanitaria è un elemento essenziale per la qualità e la sicurezza del processo clinico/assistenziale e deve essere redatta nel rispetto delle regole della buona pratica clinica.

Pertanto, si impone la necessità di attuare azioni finalizzate al miglioramento della tenuta, della compilazione e della conservazione. A tal proposito, la S.S. Az.le "Risk Management" ha supportato la U.O. "Sviluppo Qualità e Comunicazione" nella stesura della procedura per il controllo di accettabilità della Cartella Clinica, che prevede il controllo su un campione di cartelle cliniche pari al 7% dei ricoveri, da effettuare su supporto informatico in collaborazione tra il personale delle Direzioni di Stabilimento e quello delle U.O..

Inoltre, in considerazione dell'assetto organizzativo della nostra Ausl e dei pool itineranti di professionisti che si spostano prestando la propria opera nelle varie strutture aziendali, si è ravveduta l'assoluta ed improrogabile necessità di unificare tutta la documentazione creando un format unico e condiviso. Pertanto, la SSRM ha collaborato con lo staff Sviluppo Qualità e Comunicazione alla elaborazione della Procedura PGA 06 GESTIONE DELLA CARTELLA CLINICA OSPEDALIERA deliberata con Delibera del DG num. 55 del 22/1/2015 e alla PGA07 GESTIONE DEL CONSENSO INFORMATO deliberata nella medesima data.

Inoltre, ritenendo di grande rilevanza la questione relativa alla raccolta del consenso la S.S.RM ha organizzato, in collaborazione con la U.O. Formazione e la società scientifica AIPaCMEM, un evento formativo specifico sul tema: "*Ragioni e questioni in tema di Consenso Informato*" presso la Sala dei Fasti, Palazzo Vitelli a Città di Castello.



USL Umbria 1

Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1
www.auslumbria1.it

SS Aziendale Rischio Clinico
e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

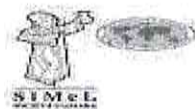
(Allegato 4 brochure)



Associazione Italiana
di Patologia Clinica e
Medicina Molecolare
A.I.P.a.C.M.e.M.



In collaborazione con
SIMeL



Il Corso è inserito nel programma Educazione Continua in Medicina secondo i termini vigenti ed il Piano Formativo dell'AIPaCMeM, Provider provvisorio n. 445, ed ha ottenuto crediti formativi

*Il Corso è riservato a:
Medici, Biologi, Chimici,
Tecnici Sanitari di Laboratorio
Biomedico ed
Infermieri*

Segreteria Scientifica:
AIPaCMeM Sezione Umbria

Responsabile Scientifico:
Dott.ssa Simonetta Morlunghi

Ragioni e questioni in tema di Consenso Informato

Sala dei Fasti Palazzo Vitelli

**23 Giugno 2014
Piazza Garibaldi
Città di Castello**

PROGRAMMA

- 14.30** Registrazione dei partecipanti
14.45 Apertura dei lavori
Prof. Roberto Verna, Presidente Nazionale AIPaCMeM
Saluti
Dott. Giuseppe Legato, Direttore Generale USL Umbria 1
Dott. Diamante Pacchiarini, Direttore Sanitario USL Umbria 1
Dott. Bruno Biasioli, Presidente SIMeL
15.00 **Ragioni e questioni in tema di Consenso Informato**
Dott. Giuseppe Severini, Presidente di Sezione del Consiglio di Stato
16.30 Pausa
17.00 **Question Time**
Il Giudice Severini risponde alle domande dei presenti
19.00 **Tavola Rotonda**
La corretta raccolta del Consenso Informato: un impegno di tutti
Dott. Antonio Bodo, Responsabile S.S. Az.le Medicina Legale
Dott. Diamante Pacchiarini, Direttore Sanitario USL Umbria 1
Dott. Silvio Pasqui, Responsabile S.S. Az.le Risk Management
Dott.ssa Daniela Ranocchia, Responsabile U.O. Sviluppo Qualità e Comunicazione
19.30 **Conclusioni**
Prof. Roberto Verna, Presidente Nazionale AIPaCMeM
19.45 **Test di valutazione ECM**
20.00 **Chiusura del Corso**

Evento organizzato con il Partner



USL Umbria 1

Con il ringraziamento della Fondazione Cassa di Risparmio di Città di Castello



INFORMAZIONI GENERALI

Per informazioni ed iscrizioni rivolgersi alla Dott.ssa Simonetta Morlunghi:
3482504274, e-mail: simonetta.morlunghi@uslumbria1.it

Modalità di partecipazione

Il Corso è a numero chiuso e possono parteciparvi un numero massimo di 100 partecipanti.

130-1512/14

**L'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA ALLA LUCE
DELLE
CLASSI DI PRIORITA': COME FAR FUNZIONARE I RAO**

U.O.
RISK MANAGER
P.O. CITTA' DI CASTELLO

EDIZIONI N.:3

Sede:
Città di Castello
SALA DIREZIONE GENERALE

Date:
EDIZIONE 0 20/09/2014
EDIZIONE 1 18/10/2014
EDIZIONE 2 22/11/2014

Partecipanti per edizione: n. 45
suddivisi tra le professioni come
segue:

MMG
INFERMIERI: n°25
MEDICI: n° 15
OSTETRICHE: n° 5
MMG PLS: n° 5

R.S. SILVIO PASQUI
DOCENTI
ARCURI GENNARO
FELICIONI DANIELA
LOMBARDI TIZIANA
MANCINI ENZO
PALADINO CARLO
PALIANI UGO
PASQUI SILVIO
RICCI STEFANO
SONAGLIA CLAUDIO

Resp.Coord.Progetto
PATRIZIA VINCIARELLI

Resp. SOL
GIOIA CALAGRETI

Programma				
ORA DI INIZIO	ORA DI FINE	DOCENTE/I	SOSTITUTO/I	TITOLO RELAZIONE
8.30	9	PASQUI SILVIO	CALAGRETI GIOIA	INTRODUZIONE AL CORSO
9	10	FELICIONI DANIELA	CALAGRETI GIOIA	IL SISTEMA REGIONALE RAO: LUCI ED OMBRE
10	10.30	SONAGLIA CLAUDIO	CALAGRETI GIOIA	COME ADEGUARE LE AGENDE CUP PER FAVORIRE L'APPROPRIATEZZA
10.30	11	RICCI STEFANO	CENCIARELLI SILVIA	APPLICAZIONE DEI RAO ALLA PATOLOGIA NEUROLOGICA
11	11.30	MANCINI ENZO	RICCI RICCARDO	L'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA NELLE RICHIESTE DI ESAMI DI IMAGING
11.30	12	ARCURI GENNARO	MISURI SERGIO	UTILITÀ DEI RAO IN CARDIOLOGIA
12	12.30	PALIANI UGO	SERENA RICOTTA	RAO IN DIAGNOSTICA VASCOLARE
12.30	13	LOMBARDI TIZIANA	AIUTI SILVI	I RAO COME STRUMENTO PER LA CORRETTA GESTIONE DELLA SENOLOGIA CLINICA E DEI PROGRAMMI DI SCREENING
13	13.30	PALADINO CARLO	CONTI GRAZIANO	COSA COMPORTA L'ATTESA PER I MMG
13.30	14.30	FELICIONI DANIELA	CALAGRETI GIOIA	DIBATTITO SUL TEMA QUESTIONARIO ECM

TEST DI VERIFICA ECM

FR 6 ORE

PRESENZE 100%

Per le iscrizioni:
Contattare via mail il RESP. SOL
patrizia.vinciarelli@uslumbria1.it

Si prega di concordare con il proprio coordinatore/responsabile le date di partecipazione per renderle compatibili con le attività.

PER LA FREQUENZA ALL'EVENTO TIMBRARE IN CODICE 85

SS Aziendale Rischio Clinico
e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

Studio epidemiologico sulla variabilità del ricorso al taglio cesareo presso la AUSL Umbria 1 con valutazione di appropriatezza mediante classificazione di Robson

Nell'ultimo decennio, da parte degli enti governativi e del mondo scientifico, vi è stata una crescente attenzione verso il parto cesareo, il cui tasso di utilizzo, in alcuni Paesi ed in certe Regioni in particolare, si è via via incrementato. Valori così elevati non sembrano giustificati da una maggiore frequenza di quelle condizioni cliniche che possono rappresentare un'indicazione ad assistere il parto con taglio cesareo. E' quindi necessario valutare anche il contributo svolto da fattori "non clinici" nella scelta del tipo di parto.

Tuttavia per l'analisi del presente studio, si è logicamente evitato ogni pregiudizio, seguendo la logica scientifica e partendo dall'assunto che il tasso di parto cesareo non dovrebbe essere giudicato semplicisticamente come troppo alto o troppo basso, ma piuttosto dovrebbe essere analizzato in relazione all'appropriatezza della scelta di effettuarlo o meno sulla base di criteri condivisi, basati sulle evidenze, sulla conoscenza delle caratteristiche cliniche della popolazione afferente, del contesto organizzativo e sulla esperienza dei professionisti.

Tutto ciò perché l'evento nascita rappresenta uno degli interventi assistenziali più frequenti delle strutture sanitarie; i punti nascita pertanto devono rappresentare quei luoghi in cui madre e nascituro devono godere delle adeguate tutele e cure ed essere dotati di idonee attrezzature per gli interventi ordinari e di emergenza che possono necessitare in occasione del parto. Allo stesso tempo dovrebbe essere garantito personale specializzato e qualificato affinché il parto possa avvenire in sicurezza.

Disegno dello studio e metodologia

Nel presente report vengono illustrati i dati relativi all'attività dei 5 punti nascita dell'Azienda Usi Umbria 1, ricavati dall'analisi del *flusso CedAP Certificato di Assistenza al Parto, validato a livello Ministeriale* e pertanto riferito ai soli dati certificati per il 2013.

SS Aziendale Rischio Clinico

e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

Per ciascuno dei 5 punti nascita della Ausl (Assisi nel 2013 era ancora attivo) è stata calcolata la percentuale di ricorso al Taglio Cesareo e la frequenza per classe di Robson. Si è proceduto all'analisi degli stessi dati anche per l'intera Regione Umbria al fine di valutare eventuali diversità macroscopiche ed indagarne la motivazione. Usando la classificazione di Robson, la frequenza di tc può essere descritta in maniera piuttosto analitica e riproducibile perché in tale classificazione i tc vengono distinti in base alle caratteristiche della popolazione e distribuiti in 10 classi definite in relazione alla parità, alla durata della gravidanza, alla modalità di travaglio, al parto semplice o multiplo e alla presentazione del neonato (Fig. 1).

L'età materna, la cittadinanza o gruppo etnico non sono prese in considerazione.

La nulliparità e la multiparità non possono essere calcolate.

Uno stesso gruppo comprende sia le donne con induzione del travaglio sia quelle con tc prima dell'inizio del travaglio.

Il gruppo di donne con gravidanza multipla o presentazione podalica può comprendere anche quelle con precedente tc e, in questi casi, tale informazione viene perduta.

I nati pre-termine in presentazione cefalica sono tutti considerati nella classe 10, ma non sono distinti in epoca gestazionale o peso neonatale, indebolendo la validità di un confronto tra Punti Nascita di analoghe dimensioni.

Le informazioni raccolte forniscono elementi interessanti circa la variabilità della pratica clinica nell'ambito di una popolazione standard di pazienti, come definita da Robson. Le classi così composte sono mutualmente esclusive, totalmente inclusive e semplici da utilizzare (Fig. 1)

**SS Aziendale Rischio Clinico**

e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

Fig. 1 Classificazione di Robson

CLASSE	CARATTERISTICHE DELLA POPOLAZIONE
1	Donne nullipare, parto a termine, travaglio spontaneo, feto singolo, presentazione cefalica
2a	Donne nullipare, parto a termine, travaglio indotto, feto singolo, presentazione cefalica
2b	Donne nullipare, parto a termine, cesareo elettivo, feto singolo, presentazione cefalica
3	Donne pluripare, parto a termine, travaglio spontaneo, feto singolo, presentazione cefalica
4a	Donne pluripare, parto a termine, travaglio indotto, feto singolo, presentazione cefalica
4b	Donne pluripare, parto a termine, cesareo elettivo, feto singolo, presentazione cefalica
5	Pregresso t.c., parto a termine, feto singolo, presentazione cefalica
6	Donne nullipare, feto singolo, presentazione podalica
7	Donne pluripare, feto singolo, presentazione podalica
8	Gravidanze multiple
9	Feto singolo, presentazione anomala
10	Feto singolo, presentazione cefalica, pre-termine

Risultati

Dalle analisi effettuate risulta che dal 1 gennaio al 31 dicembre 2013 sono stati eseguiti **1977** parti in tutta la Ausl Umbria 1 suddivisi per singola struttura come da tabella sottostante (Tab. 1).

Tabella 1- Tot. Parti strutture Ausl1 2013- Dati CeDap 2013.

	CDC	CDL	ASSISI	MVT	G-GT	num.parti tot.
num. parti per singola struttura	715	323	200	323	416	1977

**SS Aziendale Rischio Clinico**

e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

Di tutti i parti eseguiti **nell'anno 2013**, il **30%** è avvenuto con ricorso al taglio cesareo e confrontando le singole frequenze di ricorso delle strutture rispetto al 2012 è emerso che (Tab.2):

- L'Ospedale di Assisi per l'anno 2013 ha avuto una percentuale di ricorso al taglio cesareo pari al 27%, **+ 3 %** rispetto al 2012
- L'Ospedale di Castiglione del Lago per l'anno 2013 ha avuto una percentuale di ricorso al taglio cesareo pari al 38%, **+ 4.4 %** rispetto al 2012
- L'Ospedale di Città di Castello per l'anno 2013 ha avuto una percentuale di ricorso al taglio cesareo pari al 30%, **+ 0.5%** rispetto al 2012
- L'Ospedale di Gubbio-Gualdo Tadino per l'anno 2013 ha avuto una percentuale di ricorso al taglio cesareo pari al 31%, **- 3.8 %** rispetto al 2012
- L'Ospedale della Media Valle del Tevere per l'anno 2013 ha avuto una percentuale di ricorso al taglio cesareo pari al 23%, **- 0.9%** rispetto al 2012

Tabella 2 Frequenza di TC per singola struttura 2013 vs 2012.

STRUTTURA	CDC	CDL	ASS	MVT	GGT
FREQUENZA TC PER STRUTTURA 2013	30%	38%	27%	23%	31%
FREQUENZA TC PER STRUTTURA 2012	29.5%	33.6%	24%	24.1%	35.2%

Estrapolando dai dati complessivi solo quelli riferiti al parto eseguito con taglio cesareo programmato o in urgenza, codificato nel *CeDap* come tipologia 2 e 3, si evince che per la nostra Ausl il dato complessivo di ricorso al parto cesareo è del **30 %**, un punto percentuale inferiore rispetto al dato regionale **31%** per lo stesso periodo, ma + 5% rispetto all'obiettivo di sicurezza e salute fissato dall'OMS del **25%**. (Tab. 3 e 4).

Tabella 3 Frequenza di TC per singola struttura e per Ausl 1- Dati CeDap 2013

STRUTTURA	CDC	CDL	ASS	MVT	GGT	FREQUENZA RICORSO AL TC AUSL 1
FREQUENZA RICORSO TC	30%	38%	27%	23%	31%	30%

**SS Aziendale Rischio Clinico**

e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

Stante la diversa condizione di rischio che caratterizza le classi di Robson, la frequenza di parti cesarei è diversa nelle diverse classi (Tab. 4 e 5) .

Tabella 4- Frequenza di TC Regione Umbria per singola classe di Robson- Dati CeDap 2013

ROBSON	Frequenza tc Regione Umbria
1	18,68%
02a	32%
02b	100%
3	6%
04a	7%
04b	100%
5	83%
6	100%
7	96%
8	87%
9	83%
10	43%
NC	40%
TOTALE umbria	31%

Tabella 5- Frequenza di TC Ausl Umbria1 per singola classe di Robson- Dati CeDap 2013

ROBSON	FREQUENZA DI TC Ausl Umbria 1
1	22%
02a	35%
02b	100%
3	7%
04a	8%
04b	100%
5	72%
6	100%
7	94%
8	84%

**SS Aziendale Rischio Clinico**

e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

9	88%
10	53%
NC	71%
TOTALE	30%

Sia per quanto riguarda il dato Regionale che quello della Ausl Umbria 1, la frequenza di TC risulta particolarmente elevata in alcune classi di Robson : la 6 e la 7 (presentazione podalica), la classe 8 (gravidanza plurima) e la classe 5 (pregresso tc).

Complessivamente analizzando le frequenze per singola classe tra la Ausl Umbria 1 e il dato Regionale si evidenzia che la percentuale di informazioni non rilevate (NC), derivanti da incompleta compilazione del Cedap, è maggiore **+30%** rispetto al dato Regionale.

Discussione

La classificazione di Robson risulta essere al momento la più accreditata a livello internazionale per la valutazione dell'appropriatezza del ricorso al taglio Cesareo, sebbene fornisca mere indicazioni sulla presenza e le dimensioni della variabilità nel ricorso al TC in sottopopolazioni di donne che hanno partorito. Nella decisione relativa all'esecuzione del tc in donne appartenenti alla classi 1 e 3 apparentemente a basso rischio di tc, i professionisti, come più volte sottolineato dalla struttura effettuante il presente studio e come riportato dalle maggiori evidenze scientifiche, dovrebbero tenere conto di tutti gli effetti indesiderati legati all'atto chirurgico sia per quanto riguarda la salute della donna che quella del neonato.

Si sottolinea che tutti gli interventi effettuati per ridurre la frequenza di tc nelle pazienti classe 6 (feto presentazione podalica) agiscono riducendo il peso non solo delle classi 6 e 7 di Robson ma prevenendo il Taglio cesareo, sono in grado di agire anche nelle gravidanze successive, riducendo la percentuale delle donne in classe 5 (precedente tc).

La valutazione del ricorso al tc nelle classi dalla 6 alla 10 è di minor importanza essendo riferite a situazioni poco modulabili, nelle quali l'esecuzione al parto operativo è meno evitabile.

Complessivamente il dato della Ausl Umbria 1 rispecchia il dato Regionale, mostrandosi poco al di sotto di del valore Regionale ma ancora distante dal target di riferimento stabilito dall'OMS come obiettivo di sicurezza e salute.



SS Aziendale Rischio Clinico

e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

L'elevata percentuale riscontrata per la classe NC è da indagarsi per valutare eventuali azioni da intraprendere per favorire la corretta compilazione dei CeDaP da parte di tutti gli operatori coinvolti.

CRITERI PER IL CORRETTO UTILIZZO DELLA TERAPIA ANTIBIOTICA EMPIRICA: COME SCONFIGGERE LE MULTIRESISTENZE

RISK MANAGMENT

EDIZIONI N.: 2

Sede:
CITTA' DI CASTELLO
SALA DIREZIONE GENERALE
Data:

EDIZIONE 0 27/11/2014
EDIZIONE 1 18/12/2014

Partecipanti per edizione: n.50
suddivisi tra le professioni come
segue:

ASSISTENTE SANITARIO
BIOLOGO
FARMACISTA
INFERMIERE
MEDICO
OSTETRICA
MMG
PLS

R.S. SILVIO PASQUI

DOCENTI

BACCHETTA ROBERTO
BENEDETTI ALESSANDRO
FELICIONI DANIELA
MARTINELLI LAURA
NICASI AURELIA
PALADINO CARLO
PASQUALE PARISE
PASQUI SILVIO
PENNONI GUIDO

Resp.Coord.Progetto
PATRIZIA VINCIARELLI

Resp. SOL
GIOIA CALAGRETI

CON L'INVIO DELLA MAIL SI
CONSIDERA L'ISCRIZIONE
ACCETTATA

Programma

GIORNO 1				
ORA DI INIZIO	ORA DI FINE	DOCENTE/I	SOSTITUTO/I	TITOLO RELAZIONE
8.30	9	Silvio Pasqui	Gioia Calagreti	Introduzione al corso
9	10	Parise Pasquale	Stefano Bravi	Antibiotici: consapevolezza, comportamenti e linee guida
10	10.30	Laura Martinelli	Federica Piccioni	La resistenza agli antibiotici in Italia: le nostre linee guida
10.30	11	Benedetti Alessandro	Giovanna Garinei	Uso dei farmaci antibiotici in Italia e in Europa
11	11.30	Aurelia Nicasi	Paolo Menichetti	Il ruolo dei laboratori di microbiologia nel controllo dell'antibiotico resistenza
11.30	12	Guido Pennoni	Nicola Palladino	L'antibiotico terapia in età pediatrica
12	12.30	Roberto Bacchetta	Michela Dini	Preparazione, somministrazione e registrazione della terapia antibiotica
12.30	13	Daniela Felicioni	Gioia Calagreti	Quanto costa l'antibiotico-terapia e la multiresistenza nel territorio?
13	13.30	Carlo Paladino	Gioia Calagreti	Come impostare l'antibiotico terapia empirica nel territorio
13.30	14.30	Silvio Pasqui	Gioia Calagreti	Dibattito sul tema questionario ECM

TEST DI VERIFICA ECM

FR 6 ORE

PRESENZE 100%

Si prega di concordare con il proprio coordinatore/responsabile le date di partecipazione per renderle compatibili con le attività.

PER LA FREQUENZA ALL'EVENTO TIMBRARE IN CODICE 85

Per le iscrizioni:
Contattare via mail
sandra.pascucci@uslumbria1.it

1474/14