



Servizio Sanitario Nazionale - Regione dell'Umbria  
**AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE UMBRIA N. 2**  
Sede Legale Provvisoria: Viale Donato Bramante 37 – Terni  
Codice Fiscale e Partita IVA 01499590550

### **Delibera del Commissario Straordinario n. 448 del 26/06/2019**

**Oggetto:** PIANO TRIENNALE DI ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO (PAGR) 2019- 2021

#### **IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

VISTA la proposta di delibera in oggetto di cui al num. Provv. 5836 del Servizio Proponente, S.S. RISK MANAGEMENT

*Hash documento formato .pdf (SHA256):*

dc2c8e707cbf99c2d789d54e50c2ee7b7005c7c139e188c3f71170c82333304c

*Hash documento formato .p7m (SHA256):*

96d128a5bbd205e3869145d502e056e29bf5583e9eee3198481e656e3b240444

*Firmatari:* Margarete Tockner, Margarete Tockner, ENRICO MARTELLI, PIETRO MANZI

ACQUISITI i pareri del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo come di seguito indicato:

Direttore Sanitario: Dr. Pietro Manzi - parere: FAVOREVOLE

Direttore Amministrativo: Dott. Enrico Martelli - parere: FAVOREVOLE

#### **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 (\*)  
(Dr. Imolo Fiaschini)

# DOCUMENTO ISTRUTTORIO

## ALLEGATO ALLA DELIBERA DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

N. 448 DEL 26/06/2019

### **Normativa di riferimento:**

- Delib. DG n. 901 del 09/10/2013: “Area Qualità e accreditamento, Verifica delle strutture socio sanitarie con accordo contrattuale e Gestione del Rischio clinico”
- L. 70 del 2 aprile 2015 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi , strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera.”
- Delib. DG n. 1009 del 31/12/2016: “Piano di riorganizzazione degli ospedali dell’Azienda Usl Umbria2-adozione ai sensi della DGR 212 del 2016.
- 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)”.

### **Motivazioni:**

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 da 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;
- il Direttore Generale con la Delib. n. 901 del 09/10/2013 attribuisce al Servizio Gestione Rischio Clinico le funzioni per mettere in atto le attività, i metodi e gli strumenti volti a identificare, valutare, monitorare e correggere il rischio clinico per garantire maggiore sicurezza ai pazienti.

***Esito dell'istruttoria:***

per le motivazioni espresse in premessa, si propone il seguente dispositivo di deliberazione:

- adottare il “**PIANO TRIENNALE DI ATTIVITA' 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.

L'Addetto all'Istruttoria

Dr.ssa Margarete Tockner

Resp.le Servizio Gestione Rischio Clinico



**PIANO TRIENNALE  
DI ATTIVITA' PER  
LA GESTIONE DEL  
RISCHIO CLINICO  
(PAGR)**

**2019- 2021**

## INDICE

	Pag.
1. Premesse e inquadramento normativo.....	3
2. Descrizione del contesto di riferimento.....	4
3. Mappatura del rischio clinico.....	5
4. Risultati raggiunti.....	6
5. Obiettivi ed azioni .....	18

## 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 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.

Nella sua *mission* la Direzione dell'Azienda USL Umbria 2 afferma di voler garantire l'efficacia degli interventi in un contesto di rispetto della privacy, di umanizzazione dei servizi e di sicurezza delle procedure assistenziali e degli ambienti di lavoro e declina nel Piano della Performance 2019-2021 gli obiettivi strategici aziendali tra cui la promozione della cultura del risk management e della gestione del rischio clinico per identificare i potenziali rischi e le risposte adeguate. Per perseguire tali obiettivi viene strutturato il programma annuale delle attività delle Macroarticolazioni che comprende gli obiettivi specifici del rischio clinico.

La definizione del Piano triennale per la Gestione del Rischio Clinico 2019-2021 dell'Azienda USL Umbria 2 avviene in continuità con i precedenti Piani di attività (delib. DG n.1107 del 30/12/2014, delib. DG n.913 del 04/02/2016, delib. DG N. 511 del 07/05/2017, delib. DG n. 593 del 19/04/2018) 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 2 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 Unità Sanitaria Locale Umbria n.2 opera su un territorio composto da 54 Comuni, con una superficie di 4.152 Km<sup>2</sup>, una densità media di 93,65 abitanti per Km<sup>2</sup>. La popolazione complessiva assistita è pari a 386.215 abitanti (dati Istat al 01/01/2016). L'assistenza Distrettuale svolta dai 6 distretti sanitari Terni, Foligno, Spoleto, Orvieto, Narni-Amelia, Valnerina che sono le strutture attraverso cui l'azienda sanitaria assicura nel territorio una risposta coordinata e continuativa ai bisogni della popolazione attraverso l'erogazione dell'assistenza sanitaria primaria. Il numero di utenti con assistenza domiciliare è stato di 14353 e sono state erogate 207977 prestazioni infermieristiche domiciliari. Nella rete dei servizi per le cure palliative sono compresi due Hospice (Terni e Spoleto) e l'assistenza domiciliare. Gli utenti seguiti dalle cure palliative domiciliari sono 650, mentre 398 pazienti sono stati assistiti negli Hospice. Il totale delle prestazioni specialistiche erogate nell'anno 2016 sono 4651126, di cui 3760641 (81%) esami e prelievi di laboratorio analisi, 181418 (4%) diagnostica per immagini, 709067(15%) da altre prestazioni (visite specialistiche, esami strumentali).

L'attività di prevenzione rivolta alla persona viene erogata dal Dipartimento di Prevenzione. Sono stati somministrati 7411 vaccini per l'infanzia; 15760 donne hanno aderito all'invito dello screening mammografico e 15548 donne hanno aderito allo screening per la prevenzione del tumore del collo dell'utero (pap-test HPV test). L'assistenza ospedaliera alla popolazione è assicurata dagli Ospedali di Foligno, Spoleto, Narni, Amelia, Orvieto e Norcia. Gli Ospedali di Foligno, Spoleto, Orvieto fanno parte della rete regionale della emergenza urgenza come DEA di I livello e garantiscono l'attività in regime di ricovero ordinario, di Day Hospital, Day Surgery ed ambulatoriale. Gli Ospedali di Norcia, Narni, Amelia garantiscono l'attività in regime di ricovero ordinario, di Day Hospital, Day Surgery ed ambulatoriale; Trevi, Cascia e la Domus Gratiae sono dedicati esclusivamente a ricoveri di riabilitazione funzionale. L'assistenza psichiatrica in regime di ricovero è garantita attraverso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC). Nei Punti Nascita di 1° Livello (Foligno, Spoleto, Orvieto) nel 2016 sono stati garantiti 2139 parti, di cui 1140 nel punto nascita di Foligno, 530 nel punto nascita di Spoleto e 469 nel punto nascita di Orvieto. La dotazione dei posti letto della USL Umbria 2 (come da Mod. Ministeriale HSP 12) sono pari a 863, di cui 724 di degenza ordinaria e 139 di Day Hospital/Day Surgery con un'attività di ricovero complessiva di 36128 ricoveri. L'analisi dei dati per tipologia di assistenza evidenzia che il 95,5% afferisca ad un'attività per acuti, il 3,9% alla riabilitazione e lo 0,6% alla lungodegenza. La degenza media complessiva è pari a 6,21 giorni per i ricoveri ordinari per acuti.

### 3. Mappatura del rischio clinico

La mappatura del rischio clinico identifica le condizioni di pericolo ed i rischi per possibili danni al paziente e fornisce informazioni utili per programmare le misure di prevenzione e le barriere protettive a maggiore impatto in termini di sicurezza per il paziente. La prima mappatura del rischio clinico della USL Umbria 2 è stata presentata a gennaio 2016 ed aggiornata nel 2018. Le fonti prese in esame al fine di trarre elementi informativi utili all'individuazione delle vulnerabilità dell'organizzazione e all'identificazione dei possibili rischi sono gli eventi sentinella, gli eventi avversi ed i quasi eventi segnalati, i Safety Walk Round svolti nei presidi ospedalieri, i reclami presentati dagli utenti, le richieste di risarcimento, i dati di sorveglianza delle Infezioni ospedaliere e i dati di monitoraggio dell'igiene delle mani. La valutazione del rischio clinico nei processi di cura tiene conto della probabilità di accadimento dell'evento e della gravità del danno associato in termini quantitativi e qualitativi individuando le aree più esposte a rischi e possibili danni per i pazienti.

- Il PROCESSO CHIRURGICO è ad alto rischio poiché le complicanze e le lesioni da intervento chirurgico rappresentano rispettivamente il 16 e il 6% delle richieste di risarcimento, le infezioni del sito chirurgico il 3%; la chirurgia ortopedica totalizza il maggior numero di richieste di risarcimento seguita dalla chirurgia generale. Il processo chirurgico è implicato nel 19 % degli eventi sentinella.
- LE CADUTE rappresentano l'evento avverso più segnalato ( 64% degli eventi avversi nel 2018), il 44 % degli eventi sentinella ( 16 cadute con seguente danno grave per 36 eventi sentinella dal 2016 al 2018) il 9% delle richieste di risarcimento. I pazienti ricoverati nelle strutture di riabilitazione, di medicina e gli ospiti delle residenze per anziani presentano un rischio caduta maggiore legato all'età avanzata, la presenza di pluripatologia, la tipologia di trattamento e la durata della degenza.
- L'ERRATA O RITARDATA DIAGNOSI raggiunge il 27% dei risarcimenti e si verifica soprattutto in PRONTO SOCCORSO (15 richieste di indennizzo, 3 eventi sentinella nel periodo 2016-2018) dove l'inquadramento e la gestione del caso richiedono il coinvolgimento di diverse specialità con aumentato rischio di errore o ritardo.
- L' ASSISTENZA AL TRAVAGLIO E PARTO rappresenta un'area di grande vulnerabilità per la sicurezza delle cure, con grande impatto emotivo e mediatico compresa la perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del sistema sanitario e dell'organizzazione; gli eventi avversi correlati all'assistenza al travaglio e parto sono causa del 2% delle richieste di risarcimento e di 3 eventi sentinella (triennio 2016-2018)
- LA GESTIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA E L'IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE sono i processi con il maggior numero di segnalazioni volontarie (al netto delle cadute). Alla luce della elevata frequenza di queste attività, tenuto conto anche della sotto segnalazione degli eventi evitati e delle situazioni



pericolose, gli errori in questi ambiti continuano a raffigurare una minaccia per la sicurezza del paziente.

- LE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA) rappresentano un'area critica in quanto mostrano un trend epidemiologico in aumento a livello mondiale; i dati di sorveglianza locali del 2016 mostrano una prevalenza del 7.4% (IC 5.3-10.3) poco superiore al valore di prevalenza delle ICA riscontrato nell'ultimo studio nazionale (6.3%) con una notevole variabilità tra gli ospedali sia nella prevalenza sia nella effettiva capacità operativa di prevenzione e controllo nonché nelle risorse impiegate. I dati di monitoraggio sull'applicazione delle precauzioni standard quali il lavaggio delle mani, la principale pratica preventiva per le ICA, mostrano valori inferiori allo standard e ampi margini di miglioramento. Le ICA sono state motivo di richiesta di risarcimento nel 6%.

#### 4. Risultati raggiunti

A partire dal 2014 il servizio GRC definisce il PIANO ANNUALE DELLE ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO che crea le basi per la realizzazione delle azioni, dei metodi e degli strumenti volti ad identificare, valutare, monitorare e correggere il rischio clinico per garantire la sicurezza delle cure. La collaborazione e l'impegno degli esercenti le professioni sanitarie nelle strutture assistenziali ospedaliere e territoriali così come il lavoro in sinergia con i servizi di staff della Direzione contribuiscono all'attuazione degli interventi per la riduzione del rischio clinico. Il compimento degli obiettivi e delle attività definiti nei Piani di attività dal 2014 al 2018 ha portato al raggiungimento dei risultati sotto elencati:

**4.1 Costituzione della rete dei referenti per la qualità e il rischio clinico con delib. dg n. 80 del 30/01/2015:** la Rete Aziendale dei Referenti per la Qualità e il Rischio Clinico viene istituita al fine di realizzare, all'interno dei servizi, l'integrazione e la collaborazione nell'ottica del miglioramento continuo e della sicurezza del paziente, facilitare la realizzazione delle attività programmate per la qualità e la sicurezza delle cure e la verifica dei risultati raggiunti. I referenti coadiuvano l'equipe di riferimento nell'implementare le raccomandazioni, le buone pratiche e le procedure per la sicurezza del paziente, sensibilizzano gli operatori alla segnalazione ed analisi degli eventi avversi, partecipano alla realizzazione di progetti di miglioramento della qualità e della sicurezza.

**4.2 Programmazione e realizzazione di eventi formativi per la gestione del rischio clinico:** ogni anno mediante i Piani di Formazione vengono programmati e realizzati i corsi con l'obiettivo formativo di sistema " la sicurezza del paziente e risk management" che mirano a promuovere la cultura della sicurezza attraverso lo sviluppo di conoscenze e competenze rispetto:

- alle motivazioni per l'impegno nei confronti della prevenzione degli eventi avversi e della gestione del rischio clinico nella pratica professionale quotidiana;

- alle metodologie e strumenti per identificare i pericoli ed i relativi determinanti nella pratica clinica per individuare ed applicare le azioni preventive più efficaci;
- ai sistemi di segnalazione degli incidenti e degli eventi avversi e dell'opportunità di imparare dagli eventi, quasi eventi (*near misses*) e errori in un contesto non punitivo;
- ai metodi e strumenti per prevenire gli errori e le abilità tecniche e cognitive-comportamentali per migliorare la sicurezza
- la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.

A partire dal 2014 ai corsi con l'obiettivo formativo di sistema la sicurezza del paziente e risk management hanno partecipato complessivamente 2271 professionisti di cui 358 neoassunti. I corsi realizzati:

- *La prevenzione e gestione delle cadute del paziente nelle strutture sanitarie*
- *La promozione della sicurezza e la gestione del rischio clinico*
- *la segnalazione e l'analisi degli eventi avversi e degli eventi evitati- " dall'informazione all'azione"*
- *La prevenzione degli episodi di aggressione contro gli operatori sanitari e l'importanza di una corretta comunicazione tra operatori ed utenti*
- *La prevenzione degli errori in terapia farmacologica*
- *Corso obbligatorio per i neoassunti: la sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico nella USL Umbria2*
- *"Hand over" efficace e sicuro.*

#### **4.3 Implementazione e consolidamento delle attività di monitoraggio e gestione degli eventi avversi:**

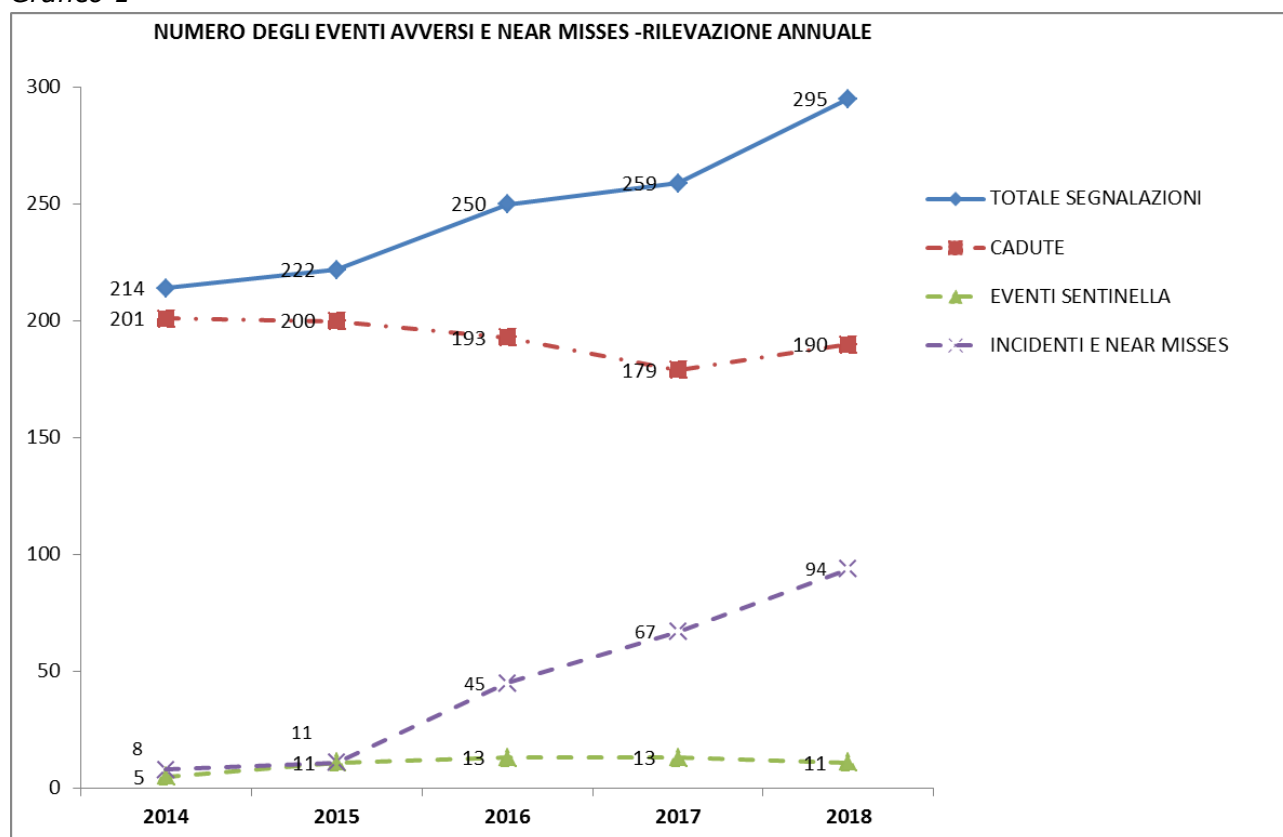
Con l'obiettivo di sviluppare la cultura della sicurezza creando negli operatori una maggiore propensione alla comunicazione degli eventi avversi e dei quasi eventi, offrire l'opportunità di riflessione sulla pratica clinica e di apprendimento dall'esperienza sono stati redatti, approvati e diffusi i seguenti documenti :

- *PROCEDURA AZIENDALE " GESTIONE E MONITORAGGIO DEGLI EVENTI SENTINELLA" (PG GRC EVENTI-SENTINELLA REV. 00 DEL 13/02/2014 )*
- *PROCEDURA GENERALE " GESTIONE DEGLI EVENTI AVVERSI ED INCIDENT REPORTING " (PG GRC REV. 00 DEL 11/03/2014)*
- *"ADOZIONE DEL PIANO DI APPLICAZIONE DEL SAFETY WALK ROUND NEL USLUMBRIA2" (DELIBERA DG N.527 DEL 27/05/2015).*

La segnalazione degli eventi che mettono a rischio la sicurezza del paziente rappresenta il primo passo verso lo sviluppo di un Reporting and Learning System (RLS ) locale che si propone di analizzare e valutare i rischi presenti all'interno delle strutture sanitarie, di imparare dall'errore e dall'esperienza e di incrementare la cultura della sicurezza.

Come illustrato nel grafico 1 i dati di monitoraggio mostrano un incremento costante del numero complessivo delle segnalazioni; questo incremento è principalmente a carico degli eventi avversi e dei *near misses*, mentre il numero degli eventi sentinella e delle cadute rimane sostanzialmente invariato negli anni (*Evento sentinella: evento avverso di particolare gravità, che comporta morte o grave danno alla persona e/o perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario nazionale e dei professionisti. Al seguito del suo verificarsi è necessaria un'indagine immediata per accertare possibili fattori eliminabili o riducibili che lo abbiano causato o vi abbiano contribuito con la successiva implementazione di adeguate misure protettive e il loro monitoraggio*).

Grafico 1



Dal 2014 al 2018 sono stati segnalati ed inseriti nel Sistema di Monitoraggio degli Errori in Sanità (SiMES) del Ministero della Salute complessivamente 53 eventi sentinella con l'evento n.9 Morte o grave danno per caduta di paziente al primo posto (n. 23 eventi, 43%).

Tabella 1

TIPOLOGIA EVENTI SENTINELLA 2014-2018	Numero
1. Procedura in paziente sbagliato	0
2. Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)	0

3. Errata procedura su paziente corretto	0
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure	2
5. Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO	1
6. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	2
7. Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto	2
8. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita	3
9. Morte o grave danno per caduta di paziente	23
10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale	2
11. Violenza su paziente	0
12. Atti di violenza a danno di operatore	5
13. Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	2
14. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso	0
15. Morte o grave danno impreveduti conseguente ad intervento chirurgico	3
16. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente	8
<b>Totale</b>	<b>53</b>

Per gli eventi segnalati è stata svolta un'analisi in equipe o con il supporto del servizio GRC scegliendo la metodologia di analisi più opportuna per il caso specifico: Significant Event Audit (SEA), Root Cause Analysis (RCA), la Conferenza Morbidity Mortality (M&M). La discussione aperta ed il confronto interdisciplinare consente agli operatori di apprendere dall'esperienza, di rendere le pratiche cliniche ed assistenziali del team e dell'organizzazione sempre più sicure, di mettere in atto azioni correttive, preventive o di miglioramento e di minimizzare la possibilità che eventi o errori simili riaccadano in futuro. Dal 2014 al 2018 sono stati analizzati 105 eventi avversi con la partecipazione dei professionisti coinvolti e con l'attivazione di adeguate azioni preventive o di miglioramento. I report delle analisi sono stati inviati ai

Direttori/Responsabili delle Strutture/Servizi coinvolte, al Direttore Sanitario, ai Direttori di Macroarea, Direzioni Mediche di Presidio, ai responsabili del Servizio Qualità ed Accreditamento e del SITRO. In alcuni casi le segnalazioni hanno portato all'individuazione di nuovi e significativi pericoli, potenzialmente presenti in tutti i servizi e luoghi di cura, e alla stesura e diffusione di *Safety Alert* che includono specifiche raccomandazioni per la sicurezza:

Safety Alert 1- L'ACCURATEZZA NELLA IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE

Safety Alert 2- SOMMINISTRAZIONE CORRETTA DEI FARMACI

Safety Alert 3- CORRETTA COMUNICAZIONE DI PRESCRIZIONI O RISULTATI AL TELEFONO

Safety Alert 4- RARE COMPLICANZE NELLA RESEZIONE TRANSURETRALE DELLA PROSTATA (TURP)

Safety Alert 5- IL METODO SBAR PER UN *CLINICAL HANDOVER* EFFICACE E SICURO

Safety Alert 6- LA RICOGNIZIONE E RICONCILIAZIONE FARMACOLOGICA

Nelle tabelle 2 e 3 sono rappresentate la distribuzione per disciplina/area di assistenza e gli esiti degli eventi sentinella segnalati dal 2015 al 2018.

Tabella 2

<b>DISCIPLINA/AREA DI ASSISTENZA</b>	<b>ANNO 2015</b>	<b>ANNO 2016</b>	<b>ANNO 2017</b>	<b>ANNO 2018</b>
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	3	2	1	0
CHIRURGIA	2	4	3	1
MEDICINA GENERALE	2	2	2	1
RESIDENZA PER ANZIANI	0	1	3	3
ASSISTENZA PER DISABILI	0	0	0	0
ASSISTENZA AMBULATORIALE	1	0	0	0
PRONTO SOCCORSO	2	1	1	0
SALUTE MENTALE	1	2	0	0
RIABILITAZIONE	1	0	0	0
OCULISTICA	0	0	1	1
RADIOLOGIA	0	0	1	0
CARDIOLOGIA	0	0	1	0
CARCERE	0	0	0	1
SERVIZIO 118	0	0	0	1
ENDOSCOPIA DIGESTIVA	0	0	0	2
DISTRETTO	0	0	0	1
<b>TOTALE</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>11</b>

Tabella 3

<b>ESITO DELL'EVENTO SENTINELLA</b>	<b>ANNO 2015</b>	<b>ANNO 2016</b>	<b>ANNO 2017</b>	<b>ANNO 2018</b>
Decesso	3	4	3	4
Trauma maggiore conseguente a caduta di paziente	5	4	7	4
Trasferimento ad una unità semintensiva o di terapia intensiva	0	2	0	0

Reintervento chirurgico	0	1	2	0
Stato di malattia che determina prolungamento della degenza o cronicizzazione	0	0	1	0
Altro	4	1		3
<b>Totale</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>11</b>

Con lo scopo di promuovere la segnalazione degli eventi avversi che non portano ad un danno grave e dei quasi eventi (near misses), superare le barriere alla segnalazione e consolidare il sistema locale di incident reporting a tutte le macroaree è stato assegnato l'obiettivo budget specifico. La tabella sottostante mostra la distribuzione delle segnalazioni pervenute nel 2018 che rileva una diversa cultura rispetto alla consapevolezza dei rischi presenti e alla segnalazione come opportunità di apprendimento e miglioramento.

Tabella 4

<b>DIPARTIMENTO/MACROAREA</b>	<b>NUMERO SEGNALAZIONI</b>
<i>DISTRETTO TERNI</i>	23
<i>DIP. EMERGENZA URGENZA</i>	20
<i>DIP. RIABILITAZIONE</i>	9
<i>DIP. CHIRURGICO</i>	8
<i>DIP. MEDICINA</i>	7
<i>DIP. PATOLOGIA CLINICA</i>	5
<i>DIP. MATERNO INFANTILE</i>	5
<i>DISTRETTO ORVIETO</i>	4
<i>DIP. SALUTE MENTALE</i>	4
<i>DISTRETTO SPOLETO</i>	4
<i>DISTRETTO NARNI/AMELIA</i>	2
<i>DISTRETTO FOLIGNO</i>	2
<i>DIAGNOSTICA PER IMMAGINI</i>	1
<i>TOTALE</i>	94

I *Safety walk round* - SWR- (*giri per la sicurezza*) forniscono informazioni complementari all'*Incident reporting* aprendo nuove prospettive sui rischi presenti nelle strutture visitate e nel sistema. I "*giri per la sicurezza*" aiutano a superare gli ostacoli alla segnalazione degli eventi avversi e degli eventi evitati sono graditi dagli

operatori e influenzano positivamente il clima organizzativo. Come illustrato nella tabella 5 A partire dal 2016 ad oggi si sono svolti 11 SWR coinvolgendo reparti e servizi nei presidi ospedalieri aziendali. Sono stati intervistati 84 operatori che hanno permesso di raccogliere 547 voci analitiche, espressioni verbali informali di criticità o insufficienze percepite dagli operatori; le stesse sono state decodificate e riordinate per fattori e sub fattori contribuenti in base alla tassonomia di Vincent. Per intervenire sui principali fattori di criticità emersi, recepire i suggerimenti formulati dagli operatori si sono individuate 61 proposte da mettere in atto nel breve tempo per migliorare ulteriormente la sicurezza delle cure nei repatri coinvolti.

Tabella 5

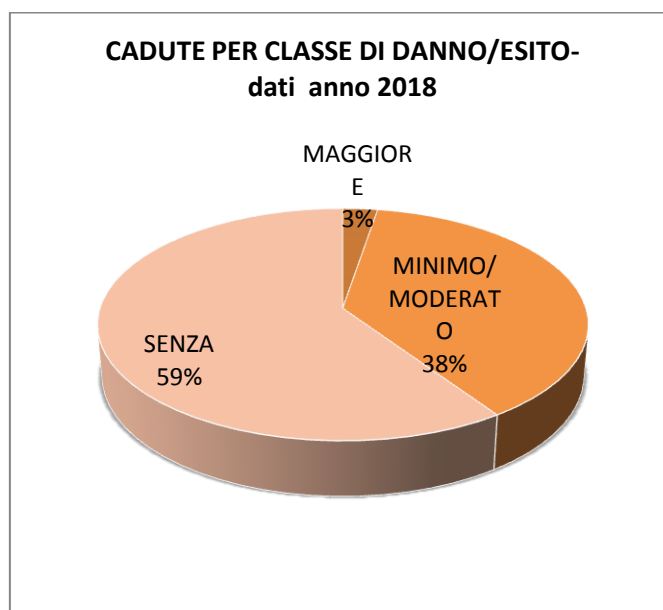
ANNO	PRESIDIO OSP.	REPARTO SERVIZIO	OPERATORI INTERVISTATI	VOCI DI CRITICITA'	FATTORI CONTRIBUENTI	AZIONI DI MIGLIORAMENTO
2016	SPOLETO	RIANIMAZIONE	6	51	75	6
	NARNI AMELIA	ORTOPEDIA	7	59	95	5
	ORVIETO	PEDIATRIA	8	31	120	4
2017	SPOLETO	MEDICINA	6	40	127	5
	NARNI AMELIA	RIABILIT. CARD.	7	48	128	4
	ORVIETO	MEDICINA URG.	7	31	82	4
	FOLIGNO	MEDICINA URG.	6	28	87	5
2018	SPOLETO	PS	8	79	237	8
	NARNI AMELIA	CHIR. GEN.	6	36	92	8
	ORVIETO	EMODIALISI	8	88	146	9
	FOLIGNO	SCRIN TREVI	15	56	143	4
TOT	4	11	84	547	1332	61

#### 4.4 Prevenzione e la gestione delle cadute dei pazienti nelle strutture sanitarie:

La segnalazione e gestione delle cadute dei pazienti nell' USL Umbria 2 avviene in applicazione della procedura generale aziendale " Prevenzione e gestione delle cadute della persona assistita" (PG GRC- REV. 00 del 21/01/2014) che prevede la segnalazione di tutte le cadute su apposita modulistica, indipendentemente dall'esito.

Il flusso delle segnalazione consente il monitoraggio costante del fenomeno e la verifica del grado di applicazione delle raccomandazioni di buona pratica e della procedura aziendale. Come rappresentato dal grafico 1 il numero delle cadute segnalate negli ultimi quattro anni è sostanzialmente costante così come l'incidenza delle cadute per 1000 giorni di degenza (0.7- 0.85). L'analisi delle cadute per classe di danno/esito evidenzia la maggioranza dei pazienti caduti non ha subito danno o ha riportato danni minori o moderati che non hanno richiesto un trattamento con osservazioni o monitoraggio extra o un ulteriore controllo medico (*Grafico 2*). Le cadute con conseguenti danni maggiori o severi rappresentano mediamente il 4% delle cadute dei pazienti, sono state classificate come eventi sentinella ed inserite nel portale Simes.

*Grafico 2*



Il rischio cadute risulta rilevato e registrato nel 76% dei pazienti ultrasessantacinquenni e l'attuazione degli interventi preventivi è annotato sulla documentazione sanitaria nel 66% dei pazienti a rischio. In tutti i presidi ospedalieri e nelle strutture residenziali sono state affisse le locandine con le raccomandazioni per la prevenzione delle cadute e sono stati distribuiti gli opuscoli per i pazienti e i familiari.

Sono stati redatti e diffusi nel 2015 i seguenti strumenti, da affiggere nelle stanze di degenza e da distribuire a pazienti e/o familiari:

- Locandina PREVENIRE LE CADUTE IN OSPEDALE 12 CONSIGLI PER I PAZIENTI ED I LORO FAMILIARI
- Opuscolo PREVENIRE LE CADUTE IN OSPEDALE Una guida per i pazienti e i loro familiari
- Locandina CONSIGLI UTILI PER PREVENIRE LE CADUTE DEI BAMBINI IN OSPEDALE.



**4.5 Attivazione di approcci standardizzati per il trasferimento delle informazioni cliniche:** con lo scopo di acquisire le conoscenze e gli strumenti per la comunicazione efficace delle informazioni cliniche e per implementare le buone pratiche per migliorare il passaggio delle consegne nell'operatività quotidiana è stato realizzato il corso di formazione "Hand over" efficace e sicuro" al quale hanno partecipato 91 operatori sanitari. In seguito all'analisi di eventi avversi e dei SWR sono stati attivati azioni di miglioramento per l'introduzione del metodo SBAR (Situation-Background-Assessment-Recommendation) per la comunicazione strutturata tra gli operatori nel Pronto soccorso di Spoleto e dello SCRIN Trevi anche attraverso la diffusione del Safety Alert 5- IL METODO SBAR PER UN *CLINICAL HANDOVER* EFFICACE E SICURO.

**4.6 Prevenzione degli errori di identificazione del paziente:** al fine di prevenire gli errori di identificazione dei pazienti nel 2018, congiuntamente all'estensione della gestione informatizzata della terapia farmacologia tramite la nuova versione BusterWeb in tutti i presidi ospedalieri, è stato diffuso l'uso del braccialetto identificativo con bar code. La verifica della corretta identificazione del paziente durante il percorso chirurgico avviene tramite la compilazione della check list per la sicurezza in sala operatoria. Al fine di prevenire gli errori di identificazione dei pazienti durante il processo trasfusionale in applicazione alla normativa nazionale per la sicurezza trasfusionale è stato introdotto, in tutti i presidi ospedalieri a partire dal 2017, il braccialetto identificativo e la check list pretrasfusionale. Inoltre, in seguito alla segnalazione ed all'analisi degli eventi avversi connessi ad errori di identificazione del paziente, si è proseguito nel rafforzamento delle raccomandazioni per la corretta identificazione del paziente tramite ulteriore diffusione del relativo Safety alert 1 .

**4.7 Prevenzione degli errori in terapia farmacologica:** per consolidare il processo di implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali sull'argomento (Raccomandazioni n. 1, 7, 12, 14 e 17) sono state messe in atto le seguenti azioni:

- aggiornamento della Procedura per la prevenzione degli errori associati ad un uso inappropriato delle soluzioni concentrate di KCl ( ottobre 2017);
- aggiornamento della Procedura Gestione dei farmaci look alike /sound alike (gennaio 2017)
- introduzione della Scheda per la Ricognizione/riconciliazione farmacologica da inserire nella Cartella clinica ( ottobre 2017) e diffusione del safety alert 6 (marzo 2018);
- applicazione del modello di assessment in autovalutazione per il soddisfacimento dei requisiti organizzativi- gestionali nell'ambito del programma UFA ONCO EMO per consolidare il processo di implementazione della Raccomandazione n. 14 per la Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici (2017)
- redazione e diffusione della Procedura "Gestione dello stravasato da farmaci antineoplastici" che definisce le modalità di intervento per la prevenzione e il

trattamento dello stravasamento da chemioterapici e si è acquistato dei farmaci antidoti (maggio 2018)

- analisi proattiva FMEA del processo di gestione clinica del farmaco antitumorale e terapia di supporto individuando i principali problemi/errori, i possibili effetti, le cause e le misure di controllo previste e le azioni di miglioramento;
- attivazione o aggiornamento della gestione informatizzata della terapia farmacologica in tutti i presidi ospedalieri.

In applicazione alla nuova normativa sulla farmacovigilanza si è reso necessario la revisione della procedura aziendale Farmacovigilanza (febbraio 2017) che definisce, tra altro, le modalità di integrazione dei due sistemi di segnalazione Farmacovigilanza ed Incident reporting. Inoltre, in seguito alla segnalazione e all'analisi degli eventi avversi o quasi eventi connessi alla gestione del farmaco sono state attivate azioni correttive o preventive rafforzando la *compliance* dei professionisti nell'applicazione delle raccomandazioni per la sicurezza nella gestione della terapia farmacologica e promuovendo l'integrazione con il sistema della farmacovigilanza.

#### **4.8 Promozione della sicurezza del processo chirurgico:**

In applicazione del Manuale per la Sicurezza in Sala operatoria, Ministero si è provveduto alla unificazione della modulistica della check list per la sicurezza in sala operatoria (gennaio 2016) e la definizione di una specifica check list sicurezza sala operatoria oculistica (febbraio 2016). In seguito alla segnalazione di due eventi sentinella "Strumento o altro materiale lasciato nel sito chirurgico" gli operatori hanno analizzato gli eventi e le attività di prevenzione in essere confrontandoli con le raccomandazioni di riferimento e definendo le opportune azioni correttive e/o preventive.

Per la verifica della corretta compilazione della check list per la sicurezza in sala operatoria, nel sistema informatico aziendale è stata attivata la registrazione del valore sulla SDO informatica tramite la compilazione del campo check list sul registro operatorio e registrazione parallela sulla SDO. L'estrazione di tutte le procedure chirurgiche di tipo AHRQ 4 eseguite in corso di ricovero nel 2018 mostra il relativo valore di Checklist impostato.

#### **4.9 Promozione della sicurezza durante l'assistenza al travaglio e parto:**

La segnalazione e l'analisi degli eventi avversi o quasi eventi accaduti durante il travaglio o parto hanno portato all'attivazione di azioni per la prevenzione delle complicanze legate alla gravidanza e per la riduzione della morbilità e mortalità perinatale ed ad una più attenta adesione alle Raccomandazioni ministeriali n. 6 (Prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto) e n. 16 (Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita). Dal 2014 al 2018 sono stati segnalati e gestiti 5 eventi sentinella, 2 correlati al travaglio e/o parto e 3 riguardante neonati.

In applicazione della D.G.R. n°1698 del 15/12/2014 ed in recepimento delle specifiche Linee di indirizzo ministeriali (19/12/2014) è stata elaborata la *Procedura Operativa per il Trasporto assistito materno, STAM del 05/11/2017* con lo scopo di fornire un'assistenza efficace e sicura alla donna e/o al neonato garantendo la continuità assistenziale di madre e feto durante il trasporto in caso di nascita prematura o in presenza di patologie materne che necessitino di interventi specifici. I dati di monitoraggio evidenziano la sua corretta applicazione a garanzia della continuità assistenziale di madre e feto durante il trasporto nel punto nascita di secondo livello

**4.10 Promozione della sicurezza dei percorsi diagnostici in pronto soccorso e gestione del paziente critico:** al fine di promuovere la sicurezza dei percorsi diagnostici in pronto soccorso e gestione del paziente critico e rafforzare il processo di implementazione della Raccomandazione n. 15 per la corretta attribuzione del codice triage in pronto soccorso il 16 ottobre u.s. si è svolto il SWR nel Pronto soccorso dell'ospedale di Spoleto dove sono state individuate le principali aree di rischio e le proposte per azioni di miglioramento rispetto al lavoro in team, all'ambiente di lavoro e all'organizzazione da realizzare a breve e medio termine.

**4.11 Riduzione del rischio di Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) e uso responsabile degli antibiotici:** per ridurre il rischio delle infezioni sono state redatte, diffuse ed implementate la Procedura generale "Igiene delle mani", validata dal C.I.O il 30/06/2015 e la *procedura generale "antibioticoprofilassi perioperatoria"*, validata dal C.I.O il 30/06/2015 ed annualmente viene svolta la verifica della loro applicazione. I dati di consumo del gel alcolico mostrano, complessivamente un costante incremento del consumo dei prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani tuttavia i consumi sono ancora inferiore allo standard OMS ( 20 l/1000 gg paziente) con valori che variano nei singoli ospedali e strutture riabilitative da 1.5 a 17 litri per 1000 giornate di degenza. Nelle strutture di ricovero e nelle strutture residenziali si è svolta l'osservazione all'adesione all'igiene delle mani utilizzando la strategia multimodale dell'OMS definita nel Manuale per gli osservatori, Centro Nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie. Ad eccezione dei reparti di rianimazione e terapia intensiva dove l'adesione è del 100%, i dati indicano notevoli margini di miglioramento.

Gli indicatori per la verifica dell'adesione alla procedura aziendale "Antibioticoprofilassi perioperatoria" non sempre raggiungono lo standard previsto.

E' stato redatto il Piano aziendale per la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza 2018-2020; il piano è stato validato dal C.I.O. ed approvato con Delibera del Direttore Generale n. 1754 del 05/12/2018.

**4.12 Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori:** le segnalazioni di episodi di violenza a danno degli operatori nel 2018 hanno registrato un notevole aumento (47 segnalazioni rispetto alle 17 nel 2017). In collaborazione con il servizio di Prevenzione e Protezione è stata redatta la SCHEDA AZIENDALE DI SEGNALAZIONE SPONTANEA DEGLI EPISODI DI VIOLENZA A DANNO DI OPERATORE e si sono svolte

le analisi degli eventi più significativi e sopralluoghi nel servizio sanitario della casa circondariale Terni e nel Pronto soccorso di Foligno dove si sono rilevati criticità strutturali ed organizzative e dove si è proceduto con la definizione dei Piani per le misure di prevenzione controllo del rischio violenza sugli operatori sanitari.

Al fine di saper identificare e riconoscere il rischio di violenza nel luogo di lavoro, di conoscere e saper applicare metodi e strumenti di precauzione e controllo degli episodi di aggressione e di violenza negli anni 2015 e 2016 hanno avuto luogo 8 edizioni del corso di formazione *"La prevenzione degli episodi di aggressione contro gli operatori sanitari e l'importanza di una corretta comunicazione tra operatori ed utenti"* con la partecipazione di 202 operatori.

**4.13 Promozione della corretta tenuta della documentazione clinica:** l'analisi della documentazione clinica dei pazienti che hanno subito errori o eventi avversi ha portato alla luce molti elementi indicativi di una tenuta non corretta o incompleta delle cartelle cliniche tra cui la scarsa leggibilità, la difficoltà nel reperimento delle informazioni cliniche, la comprensione rapida dell'iter diagnostico-terapeutico e l'incompleta registrazione della ricognizione e riconciliazione farmacologica con le proposte di specifiche azioni di miglioramento.

**4.14 Programmazione e realizzazione di iniziative per l'informazione, la comunicazione e la partecipazione dei cittadini:** per fornire ai cittadini informazioni sulle buone pratiche per la sicurezza dei pazienti e sulle attività per la gestione del rischio è a disposizione uno spazio informativo dedicato nel sito istituzionale della USL Umbria 2. Nel 2018 e 2019 lo spazio web è stato aggiornato con la pubblicazione della relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi come previsto dall' art.2 comma 5 delle L. N.24, 08/03/2017.

Al fine di approfondire e migliorare gli aspetti della **comunicazione dell'evento avverso nei confronti dei pazienti e dei familiari**, rafforzare la relazione di fiducia tra operatori sanitari e pazienti e diminuire i contenziosi sono state diffuse le Linee guida ministeriali per la gestione delle relazioni tra strutture sanitarie e pazienti e formati gli operatori nell'ambito dell'evento formativo *La segnalazione e l'analisi degli eventi avversi e degli eventi evitati: dall'informazione all'azione*.

#### **4.15 Prevenzione del rischio suicidio di paziente in ospedale**

In applicazione alla Raccomandazione n. 4 nel 2014 è stato definito il Piano di gestione del rischio suicidario in ambito ospedaliero; è stata elaborata e diffusa la Procedura generale "Gestione del paziente che accede in pronto soccorso con atto di autolesionismo o tentato suicidio", p.n. 131163 del 14/09/2015. Nel 2017, di concerto con le strutture tecniche, sono stati rilevati i principali rischi ambientali presenti negli stabilimenti ospedalieri aziendali ed individuate le misure preventive di possibile adozione. Le Direzioni Mediche hanno individuato ed approntato in ogni ospedale una stanza di degenza per l'area medica e una per l'area chirurgica con le caratteristiche strutturali di sicurezza per il ricovero di un paziente a rischio suicidio.

#### **4.16 Gestione dell'emergenza clinica intraospedaliera**

Con lo scopo di garantire un corretto percorso clinico-organizzativo al paziente con Arresto Cardio Respiratorio per evitare l'evoluzione dell'evento verso una fase più critica nel 2015 è stata redatta e diffusa la *Procedura generale "La gestione dell'emergenza clinica intraospedaliera e territoriale"*.

#### **4.17 Gestione ed acquisizione del consenso informato all'atto medico**

Con gli obiettivi specifici di unificare le modalità di acquisizione del consenso quale espressione di un processo informativo e comunicativo, di predisporre una modulistica standardizzabile che soddisfi i requisiti di validità in riferimento alle norme giuridiche e deontologiche, di fornire indicazioni per l'acquisizione del consenso in casi particolari (paziente minorenni, interdetto, ...) e per la gestione del dissenso o della revoca il 18 febbraio 2014 è stata approvata e diffusa la *Procedura generale "Gestione e acquisizione del consenso informato all'atto medico"*.

#### **4.18 Monitoraggio della implementazione delle raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella**

Adesione al monitoraggio annuale dell'implementazione delle raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella, realizzato da Agenas in collaborazione con il Ministero della Salute e con il Comitato Tecnico delle Regioni per la sicurezza del paziente, attraverso la compilazione di un questionario di valutazione del livello di implementazione di ciascuna raccomandazione e della check list per la sicurezza in sala operatoria.

### **5. Obiettivi ed azioni**

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

- I. 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;
- II. 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;
- III. promuovere la comunicazione a livello di sistema, renderla strumento professionale fondamentale per creare un rapporto di fiducia tra paziente e equipe assistenziale e un'alleanza terapeutica tra paziente ed operatori;
- IV. individuare i principali pericoli, valutare i rischi, definire le aree di possibile intervento e le strategie per il loro trattamento;
- V. 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;

VI. 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.

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.

### **5.1 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 del Piano Formativo Aziendale 2019:  
La sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico nella UsI Umbria 2, rivolto ai neoassunti di tutte le professioni.  
Lotta alla sepsi per la sicurezza del paziente: implementazione delle linee di indirizzo regionali, rivolto a medici chirurghi anestesisti farmacisti infermieri.  
La prevenzione delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA) rivolto a medici chirurghi anestesisti farmacisti infermieri.
- Programmazione degli eventi formativi per la gestione del rischio clinico ed inserimento nei Piani annuali aziendali.

Indicatori: % corsi realizzati/ programmati, n° operatori formati, % gradimento.

### **5.2 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 misses 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. Di uguale importanza è garantire a pazienti e familiari il diritto a ricevere una comunicazione trasparente e onesta, mitigare la loro sofferenza, rafforzare la relazione di fiducia e diminuire i contenziosi.

Azioni:

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

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 "Gestione e comunicazione degli eventi avversi".

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

% azioni definiti per la riduzione del rischio e tempi di verifica stabiliti;

Report annuali degli eventi avversi.

### **5.3 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:

- estendere l'uso del braccialetto identificativo alle strutture di pronto soccorso,
- 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;
- ridurre gli errori di identificazione del paziente.

Indicatore: % strutture con utilizzo del braccialetto identificativo.

### **5.4 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; le organizzazioni sanitarie e gli operatori sanitari sono chiamati ad adottare tutte le misure che concorrono a raggiungere la massima sicurezza nell'uso dei farmaci motivato anche dall'aumento del numero di persone in età avanzata e in politerapia farmacologica, dell'uso di farmaci a ridotto indice terapeutico e della complessità organizzativa.

Azioni:

- attivazione, in tutti presidi ospedalieri, delle tecnologie informatizzate per la sicurezza nella prescrizione, preparazione e somministrazione dei farmaci;
- informatizzazione della scheda ricognizione riconciliazione dei farmaci;
- verifica del corretto uso 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.
- 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.

### **5.5 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. Nella Usl Umbria 2 il processo chirurgico risulta quello a maggiore rischio in quanto implicato nel 44% delle richieste di risarcimento e nel 22% degli eventi sentinella.

Azioni:

- implementazione del sistema informatizzato per la gestione del percorso chirurgico
- verifica dell'applicazione delle Raccomandazioni del Manuale per la sicurezza in sala operatoria
- verifica della corretta compilazione della check list per la sicurezza in sala operatoria e la presenza in cartella clinica rappresentano standard normativi.

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

Indicatore: % Cartelle Cliniche con check list per la sicurezza sala operatoria compilata.

### **5.6 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 morbilità 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;
- monitoraggio della corretta applicazione e gli esiti delle procedure per la gestione del trasporto assistito materno e neonatale (STAM e STEN)
- definizione dei criteri per la identificazione tempestiva della sepsi materna ed implementazione del percorso sepsi regionale nei reparti di Ostetricia Ginecologia
- partecipazione al Progetto Sistema di Sorveglianza Ostetrica (ITOSS)
- attivare la discussione di casi clinici (anche in video conferenza) per promuovere un maggiore scambio tra i professionisti che operano nei punti nascita dell'Usl Umbria2.

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.

### **5.7 Promozione della sicurezza dei percorsi diagnostici in pronto soccorso e gestione del paziente critico**

Razionale: il 27% dei risarcimenti riguardano ritardo o omissione di diagnosi clinica e si sono verificati soprattutto in Pronto soccorso. L'inquadramento e la gestione dei casi clinici, a volte tempo dipendenti, richiedono il coinvolgimento di diverse specialità, talvolta anche esterne alla sede di accesso, con aumentato rischio di errore o ritardo. Per ridurre il rischio è necessario applicare i percorsi diagnostico-terapeutici ed identificare correttamente il grado di criticità e complessità del paziente. Il triage extraospedaliero ed ospedaliero è un processo articolato e critico che prevede una serie di attività con diversi gradi di complessità e come tale non scevro dalla possibilità che si verifichi un evento avverso. Si possono identificare essenzialmente tre ambiti di criticità che possono condurre a una non corretta attribuzione del codice di priorità e, quindi, al rischio che si verifichi un evento avverso: l'ambito strutturale/organizzativo, assistenziale e relazionale.

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'idonea 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 punti di primo soccorso e nei pronto soccorso;
- attuazione di appropriate misure organizzative ed assistenziali per il riconoscimento del grado di criticità e complessità del paziente in pronto soccorso e per la gestione del paziente critico.

Indicatore: Check list raccomandazione sulla errata attribuzione del codice triage compilate per tutti punti di primo soccorso e pronto soccorso aziendali.

## **5.8 Prevenzione e la 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 delle raccomandazioni di buona pratica e della procedura aziendale e programmare rilevazioni periodiche dei fattori di rischio ambientali.

Azioni:

- revisione ed aggiornamento della PG GRC- REV. 00 del 21/01/2014 "Prevenzione e gestione delle cadute della persona assistita"
- implementare misure preventive anche nei percorsi ambulatoriali
- rilevazioni periodiche dei fattori di rischio ambientali negli stabilimenti ospedalieri e nelle strutture residenziali con check list.

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

Indicatori: aggiornamento della PG GRC- REV. 00 del 21/01/2014, % strutture con fattori di rischio ambientali rilevate, % azioni correttive o preventive attivate.

## **5.9 Riduzione del rischio di Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) e uso responsabile degli antibiotici**

Razionale: tra i potenziali rischi per la sicurezza dei paziente le infezioni correlate all'assistenza sono tra le più frequenti. L'indagine di prevalenza effettuata nel 2016 individua le aree assistenziali e i reparti dove implementare le buone pratiche e le procedure volte a ridurre il rischio infettivo. Le verifiche svolte indicano inoltre che la quantità di consumo del gel idroalcolico per l'igiene delle mani è inferiore allo standard OMS. Le Linee d'indirizzo per la gestione della sepsi e dello shock settico (DGR Umbria n.754 del 09/07/2018 ) definiscono il Percorso sepsi di riferimento; anche se l'80% dei pazienti contraggono la sepsi fuori dall'ospedale la stessa può essere correlata all'assistenza erogata nelle strutture sanitarie e si può manifestare come complicanza di una ICA. 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 antibioticoprofilassi perioperatoria (APP) e del consumo del gel alcolico per l'igiene delle mani;

- 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, % APP non continuato dopo 24 ore dall'intervento; litri gel alcolico > 1000 gg paziente.

### **5.10 Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori**

Razionale: gli episodi di violenza contro operatori sanitari rappresentano segnali della presenza nell'ambiente di lavoro di situazioni a rischio o di vulnerabilità, che richiedono l'adozione di opportune misure di prevenzione e protezione dei lavoratori. L'analisi della letteratura evidenzia le relazioni tra violenza e stress e come lo stress dell'operatore incide su qualità e sicurezza dell'assistenza e sui costi per il sistema. L'incremento delle segnalazioni di episodi di violenza a danno degli operatori registrato nell'ultimo anno (17 segnalazioni rispetto ad un'unica aggressione 2016) richiede, anche in applicazione alla Raccomandazione ministeriale n. 8, l'attivazione di interventi aggiuntivi per implementare idonee misure di prevenzione e controllo.

Azioni e risultati attesi:

- redigere, diffondere ed implementare il piano programma aziendale per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari;
- gestire gli episodi di violenza contro gli operatori.

Indicatori: % delle strutture a rischio violenza a danno degli operatori con indagine conoscitiva sul rischio violenza effettuata; report analisi degli episodi di violenza segnalati dagli operatori.

### **5.11 Definizione di approcci standardizzati per il trasferimento delle informazioni cliniche, la gestione della documentazione clinica e dell'acquisizione del consenso**

Razionale: la comunicazione carente e le incomprensioni nell'operatività rappresentano problematiche emergenti che possono portare ad eventi avversi e disagio relazionale tra gli operatori. Le conseguenze, in termini di danno per i pazienti e di costi per le strutture, suggeriscono di applicare opportune strategie per migliorare il passaggio delle consegne, *clinical handover*, di definire ed applicare metodi standardizzati per il trasferimento delle informazioni cliniche del/dei paziente/i tra gli operatori e servizi/ strutture per garantire la continuità e la sicurezza delle cure. 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:

- programmazione e realizzazione di ulteriori edizioni del corso di formazione , "Hand over" efficace e sicuro";
- diffusione ed applicazione dello strumento SBAR (situation- background- assessment- recommendation) per la comunicazione strutturata tra operatori;
- valutazione periodica della completezza e leggibilità della documentazione sanitaria;
- verifica periodica delle modalità di informazione del paziente e di raccolta del consenso informato.

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

Indicatori: % corsi realizzati/corsi programmati, % di cartelle cliniche con valutazione positiva.

### **5.12 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, con 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.

### **5.13 Identificazione dei principali pericoli e valutazione dei rischi per la sicurezza dei pazienti**

Razionale: la sola segnalazione degli eventi avversi e dei near misses non è sufficiente per la valutazione del rischio clinico e l'identificazione proattiva e la gestione dei potenziali rischi per la sicurezza dei pazienti può prevenirne l'accadimento. L'applicazione di metodi validati quali FMEA, HFMEA e il SWR permette di identificare le criticità, le relative cause e la individuazione delle aree di possibile intervento per il loro trattamento.

Il metodo "Global Trigger Tool" (IHI, Institute for Healthcare Improvement) identifica e misura gli eventi avversi mediante la revisione retrospettiva delle cartelle cliniche usando dei specifici "trigger" o "indizi".

Azioni e risultati attesi:

- esecuzione di almeno un Safety Walk Round all'anno per presidio ospedaliero;
- effettuazione di almeno un FMEA o HFMEA all'anno;
- analisi retrospettiva delle cartelle cliniche con metodo validato (p.es. trigger tools) per l'identificazione di eventi avversi.

Indicatori: % SWR svolti/SWR programmati, numero analisi FMEA/anno, report revisione retrospettiva delle cartelle cliniche.

#### **5.14 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.

Azioni e risultati attesi:

- aggiornamento periodico dello spazio informativo dedicato nel sito istituzionale della USL Umbria 2 (art.2 comma 5 L. N.24, 08/03/2017);
- pubblicazione della relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi

Indicatore: spazio web aggiornato, relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi pubblicata.

Gli obiettivi e le attività previste dal presente piano, essendo un atto di programmazione pluriennale per il triennio 2019-2021, si dovranno tradurre nella elaborazione dello strumento di programmazione e controllo rappresentato dal budget. 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.

<b>Obiettivi</b>	<b>Aree di intervento/Azioni</b>	<b>Strutture responsabili e coinvolte</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Tempi</b>
I. 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 (5.1)	Gestione Rischio Clinico, Formazione, Comunicazione e relazioni esterne	% corsi realizzati/programmati, n° operatori formati, % gradimento	2019-2020-2021
	Esecuzione di almeno un Safety Walk Round per presidio ospedaliero all'anno (5.13)	Gestione Rischio Clinico, Direzione medica di presidio, Sitro, Dipartimenti ospedalieri e trasmurali	% SWR svolti/SWR programmati	2019-2020-2021
	Elaborazione della procedura aziendale "Gestione e comunicazione degli eventi avversi" entro 2019 (5.2)	Gestione Rischio Clinico, Formazione, Comunicazione e relazioni esterne, Qualità ed accreditamento	Procedura redatta e diffusa	entro 2020
II. Attivare processi strutturati di analisi volti all'identificazione dei fattori contribuenti e determinanti per l'accadimento degli eventi sentinella, alla definizione delle azioni correttive, preventive o di miglioramento al fine di ridurre il rischio di accadimento di un eventi simili	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) (5.2)	Gestione Rischio Clinico, Strutture coinvolte nell'evento	% eventi sentinella (ID Simes) con fattori individuati e azioni per la riduzione del rischio definiti (scheda B compilata); % azioni definiti per la riduzione del rischio e tempi di verifica stabiliti; Report annuali degli eventi avversi	2019-2020-2021
III. Promuovere la comunicazione a livello di sistema, renderla strumento professionale fondamentale per creare un rapporto di fiducia tra paziente e equipe assistenziale e un'alleanza terapeutica tra paziente ed operatori;	Programmazione e realizzazione di ulteriori edizioni del corso di formazione, "Hand over" efficace e sicuro". Diffusione ed applicazione dello strumento SBAR (situation-background-assessment-recommendation) per la comunicazione strutturata tra operatori. Valutazione periodica della	Gestione Rischio Clinico, Direzione medica di presidio, SITRO, Formazione, Comunicazione e relazioni esterne, Dipartimenti ospedalieri e trasmurali	% corsi realizzati/corsi programmati, % di cartelle cliniche con valutazione positiva	2019-2020-2021

	completezza e leggibilità della documentazione sanitaria. Verifica periodica delle modalità di informazione del paziente e di raccolta del consenso informato (5.11)			
IV. Individuare i principali pericoli, valutare i rischi, definire le aree di possibile intervento e le strategie per il loro trattamento	Esecuzione di almeno un Safety Walk Round all'anno per presidio ospedaliero; Effettuazione di almeno un FMEA o HFMEA all'anno; Analisi retrospettiva delle cartelle cliniche con metodo validato (p.es. trigger tools) per l'identificazione di eventi avversi (5.13)	Gestione Rischio Clinico, Direzione medica di presidio, SITRO, Qualità ed accreditamento, Dip. Ass.Farmaceutica Dipartimenti ospedalieri e trasmurali	% SWR svolti/SWR programmati; numero analisi FMEA/anno; report revisione retrospettiva delle cartelle cliniche	2019-2020-2021
V. 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	Prevenzione degli errori di identificazione del paziente mediante standardizzazione della corretta identificazione del paziente (5.3)	Gestione Rischio Clinico, Direzione medica di presidio, SITRO, Qualità ed accreditamento	% strutture con utilizzo del braccialetto identificativo	2019-2020-2021
	Prevenzione degli errori in terapia farmacologica attraverso il rafforzamento dell'implementazione delle Raccomandazioni ministeriali N. 1, 7, 12, 14 e 17 (5.4)	Gestione Rischio Clinico, Direzione medica di presidio, SITRO, Qualità ed accreditamento, Dip. Ass.Farmaceutica Dipartimenti ospedalieri e trasmurali	% Cartelle Cliniche con Scheda di Riconciliazione presente e correttamente compilata	2019-2020-2021
	Promozione della sicurezza del processo chirurgico mediante la corretta applicazione delle raccomandazioni per la sicurezza in sala operatoria (5.5)	Gestione Rischio Clinico, Direzione medica di presidio, Dipartimento Chirurgico SITRO, Qualità ed accreditamento	% Cartelle Cliniche con check list per la sicurezza sala operatoria compilata.	2019-2020-2021
	Promozione della sicurezza durante l'assistenza al travaglio e parto (5.6)	Gestione Rischio Clinico, Dipartimento Materno infantile Direzione Medica di Presidio,	% casi di mortalità e morbilità materna /totale parti, % eventi avversi perinatali / totale parti /	2019-2020-2021



		SITRO, Qualità ed accreditamento	punto nascita	
Promozione della sicurezza dei percorsi diagnostici in pronto soccorso e gestione del paziente critico mediante la corretta applicazione dei percorsi diagnostico-terapeutici di riferimento e delle raccomandazioni per la corretta attribuzione del codice triage (5.7)	Gestione Rischio Clinico, Pronto Soccorso, Direzione Medica di presidio, SITRO, Qualità ed accreditamento	Check list raccomandazione N.15 sulla errata attribuzione del codice triage compilate per tutti punti di primo soccorso e pronto soccorso aziendali		2019-2020-2021
Prevenzione e gestione delle cadute dei pazienti nelle strutture sanitarie con misure preventive anche nei percorsi ambulatoriali Verifica periodica del grado di applicazione delle raccomandazioni di buona pratica e della procedura aziendale, Rilevazioni periodiche dei fattori di rischio ambientali in tutte le strutture (5.8)	Gestione Rischio Clinico, Direzione Medica di presidio, SITRO, Qualità ed accreditamento	Aggiornamento della PG GRC- REV. 00 del 21/01/2014, % strutture con fattori di rischio ambientali rilevate, % azioni correttive o preventive attivate		2019-2020-2021
Riduzione del rischio di Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) e uso responsabile degli antibiotici (5.9)	Gestione Rischio Clinico, Direzione Medica di presidio, SITRO, Dip. Ass.Farmaceutica Dipartimenti ospedalieri e trasmurati, , Qualità ed accreditamento C.I.O	% di APP somm. entro 60 min. prima dell'incisione, % APP non continuato dopo 24 ore dall'intervento; litri gel alcolico > 1000 gg paziente		2019-2020-2021
Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori in applicazione alla Raccomandazione ministeriale n. 8 (5.10)	Gestione Rischio Clinico, Servizio Prevenzione e Protezione	% delle strutture a rischio violenza a danno degli operatori con indagine conoscitiva sul rischio violenza effettuata; report analisi degli episodi di violenza segnalati dagli operatori		2019-2020-2021



	Monitoraggio della implementazione delle Raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella (5.12)	Gestione Rischio Clinico	% delle Raccomandazioni Ministeriali implementate	2019-2020-2021
VI. 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	Programmazione e realizzazione di iniziative per l'informazione, la comunicazione e al partecipazione dei cittadini	Gestione Rischio Clinico, Formazione, Comunicazione e relazioni esterne	spazio web aggiornato, relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi pubblicata	2019-2020-2021