



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

**DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE**  
**n. 581 del 16/05/2022**

**Proponente: STAFF Risk Management**

**Oggetto: ADOZIONE “PIANO TRIENNALE DI ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO (PAGR) 2022- 2024**

**IL DIRETTORE GENERALE**

Vista la proposta di delibera in oggetto di cui al num. Provv 8271 del 13/05/2022 contenente:

il Parere del Direttore Amministrativo – Dott. Alessandro MACCIONI

il Parere del Direttore Sanitario – Dr. Massimo D'ANGELO

*Hash .pdf (SHA256):*

1f20829333bdb3c0d2986fb032babacc3edb68a010ceb2374f885ccf7f2d0223

*Hash .p7m (SHA256):*

11a57edf7fdc6d3ed12d37467556b9097e4116059720b01b73de3009dcade7b0

*Firme digitali apposte sulla proposta:*

Alessandro Maccioni, Silvio Pasqui, Massimo D'Angelo

**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**

(Dr. Gilberto GENTILI)\*

sostituito dal Direttore Amministrativo Dott. Alessandro Maccioni  
ai sensi della Delibera n. 574 del 07/05/2021

**Oggetto: PIANO TRIENNALE DI ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO (PAGR) 2022-2024**

**DOCUMENTO ISTRUTTORIO**

*Richiamate le:*

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

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

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

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

per le motivazioni espresse in premessa, si propone di adottare la seguente

D E L I B E R A

Di adottare il "**PIANO TRIENNALE DI ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO (PAGR) 2022- 2024**" che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento e di riconoscerlo come elemento sostanziale del Piano aziendale per la gestione integrata del rischio.

Di dare atto che il presente atto è soggetto a pubblicazione integrale ai sensi delle disposizioni di legge.

Area Funzionale Integrata Rischio Clinico – PO Alto Tevere

Il Dirigente Medico AFI Rischio Clinico

Dott.ssa Gioia Calagreti

Il Direttore del Presidio ospedaliero

Città di Castello- Umbertide

Risk Manager aziendale

Dr. Silvio Pasqui

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

## **PIANO TRIENNALE DI ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO (PAGR) 2022-2024**

### **INDICE**

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

#### **1. Premesse e inquadramento normativo**

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

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

---

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

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

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

La definizione del Piano triennale per la Gestione del Rischio Clinico 2022-2024 dell'Azienda USL Umbria 1 avviene in continuità con i precedenti Piani di attività in un'ottica di verifica dello sviluppo evolutivo coerente delle politiche aziendali in materia di miglioramento della qualità e della sicurezza dei servizi erogati. Il piano identifica le misure di prevenzione e le barriere protettive a maggiore impatto in termini di sicurezza per il paziente e, in accordo con la propria missione, l'Azienda USL Umbria 1 pone al centro dell'attenzione il cittadino che usufruisce dei servizi sanitari promuovendo la partecipazione dei pazienti e dei loro familiari.

## **2. Descrizione del contesto di riferimento**

### *Il contesto*

L'Azienda USL Umbria 1 è un'Azienda Sanitaria Territoriale che, allo stato attuale, assiste l'area più vasta e popolosa della Regione, opera su un territorio avente una superficie complessiva di 4.298,38 Km<sup>2</sup>, dove insistono 38 Comuni suddivisi nei sei distretti.

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

**Suddivisione in Distretti dei 38 Comuni della Azienda USL Umbria n. 1**



La popolazione residente nell'Azienda USL Umbria n.1, al 1 gennaio 2021, era pari a 491.796 abitanti con una densità abitativa media di 114,41 ab./Kmq; il 39% circa di tale popolazione fa riferimento al Distretto del Perugino.

**Direzione Medica P.O. Alto Tevere  
AFI Risk Management****Popolazione Residente 1 gennaio 2021 (Fonte ISTAT)**

COMUNI	POPOLAZIONE RESIDENTE	SUPERFICIE KM. Q.	DENSITA' PER KM. Q.
CORCIANO	21.210	63,69	333,02
PERUGIA	164.057	449,92	364,64
TORGIANO	6.510	37,88	171,86
<b>DISTRETTO - PERUGINO</b>	<b>191.777</b>	<b>551,49</b>	<b>347,74</b>
ASSISI	28.059	186,84	150,18
BASTIA	21.278	27,62	770,38
BETTONA	4.251	45,20	94,05
CANNARA	4.217	32,65	129,16
VALFABBRICA	3.261	92,06	35,42
<b>DISTRETTO - ASSISANO</b>	<b>61.066</b>	<b>384,37</b>	<b>158,87</b>
COLLAZZONE	3.397	55,81	60,87
DERUTA	9.330	44,39	210,18
FRATTA TODINA	1.789	17,52	102,11
MARSCIANO	18.031	161,55	111,61
MASSA MARTANA	3.645	78,11	46,66
MONTECASTELLO DI VIBIO	1.491	31,91	46,73
SAN VENANZO	2.192	168,86	12,98
TODI	15.429	223,01	69,19
<b>DISTRETTO - MEDIA VALLE TEVERE</b>	<b>55.304</b>	<b>781,16</b>	<b>70,80</b>
CASTIGLIONE DEL LAGO	14.712	205,54	71,58
CITTA' DELLA PIEVE	7.621	111,37	68,43
MAGIONE	14.679	129,81	113,08
PACIANO	950	16,83	56,45
PANICALE	5.460	78,84	69,25
PASSIGNANO	5.523	81,06	68,13
PIEGARO	3.439	98,92	34,77
TUORO	3.762	55,58	67,69
<b>DISTRETTO - TRASIMENO</b>	<b>56.146</b>	<b>777,95</b>	<b>72,17</b>
CITERNA	3.377	20,24	166,85
CITTA' DI CASTELLO	38.409	387,53	99,11
LISCIANO NICCONE	586	35,52	16,50
MONTE SANTA MARIA TIBERINA	1.115	71,98	15,49
MONTONE	1.617	50,89	31,77
PIETRALUNGA	1.982	140,24	14,13
SAN GIUSTINO	10.868	80,69	134,69
UMBERTIDE	16.355	200,16	81,71

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

DISTRETTO - ALTO TEVERE	74.309	987,25	75,27
COSTACCIARO	1.134	41,30	27,46
FOSSATO DI VICO	2.630	35,30	74,50
GUALDO TADINO	14.424	124,19	116,14
GUBBIO	31.338	525,08	59,68
SCHEGGIA E PASCELUPO	1.340	63,95	20,95
SIGILLO	2.328	26,34	88,38
DISTRETTO - ALTO CHIASCIO	53.194	816,16	65,18
<b>AZIENDA USL Umbria n.1</b>	<b>491.796</b>	<b>4.298,38</b>	<b>114,41</b>

Rispetto al dato regionale, i residenti della USL Umbria 1 rappresentano quasi il 56,9% della popolazione umbra (865.013) con una maggior percentuale di donne (51,7%) rispetto agli uomini.

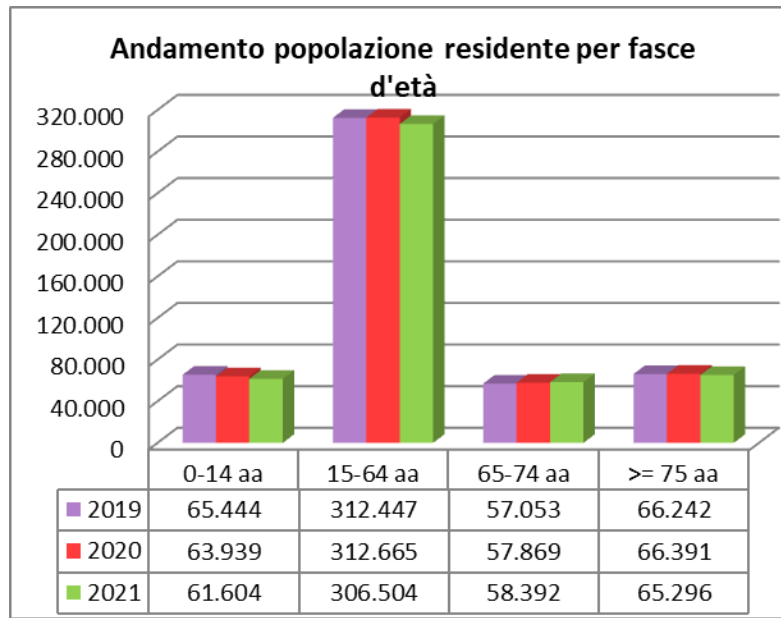
Rispetto all'anno precedente, i residenti sono complessivamente diminuiti (500.864 nel 2020).

Per quanto riguarda l'età, ha un peso significativo la popolazione ultrasessantacinquenne pari al 25,2%, in lieve incremento rispetto all'anno precedente (24,81%), che richiede l'applicazione di misure che promuovano la figura dell'anziano attivo e scongiurino una crescita non sostenibile della richiesta di servizi, nonché il decadere delle condizioni di vita degli stessi anziani.

**Popolazione Residente al 1 gennaio 2021 per Distretto e fasce di età (Fonte ISTAT)**

Fasce d'età	0-14		15-64		65-74		>= 75		Totale
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
DISTRETTO - PERUGINO	24.586	12,8	121.223	63,2	21.603	11,3	24.365	12,7	191.777
DISTRETTO - ASSISANO	7.949	13,0	38.490	63,0	6.887	11,3	7.740	12,7	61.066
DISTRETTO - MEDIA VALLE TEVERE	6.742	12,2	34.092	61,6	6.656	12,0	7.814	14,1	55.304
DISTRETTO - TRASIMENO	6.930	12,3	34.160	60,8	7.251	12,9	7.805	13,9	56.146
DISTRETTO - ALTO TEVERE	9.279	12,5	45.944	61,8	9.347	12,6	9.739	13,1	74.309
DISTRETTO - ALTO CHIASCIO	6.118	11,5	32.595	61,3	6.648	12,5	7.833	14,7	53.194
<b>Totale</b>	<b>61.604</b>	<b>12,53</b>	<b>306.504</b>	<b>62,32</b>	<b>58.392</b>	<b>11,87</b>	<b>65.296</b>	<b>13,28</b>	<b>491.796</b>



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

Di seguito sono riportate alcune variabili socio-demografiche, la cui valutazione è fondamentale nei processi di riorganizzazione.

**Azienda USL Umbria n.1 - Indici demografici al 1 gennaio 2021**

COMUNI	Indice di Invecchiamento	Indice di vecchiaia	Indice di carico sociale
DISTRETTO - PERUGINO	23,97	186,97	58,20
DISTRETTO - ASSISANO	23,95	184,01	58,65
DISTRETTO - MEDIA VALLE TEVERE	26,16	214,62	62,22
DISTRETTO - TRASIMENO	26,82	217,26	64,36
DISTRETTO - ALTO TEVERE	25,68	205,69	61,74
DISTRETTO - ALTO CHIASCIO	27,22	236,69	63,20
<b>Azienda USL Umbria n.1</b>	<b>25,15</b>	<b>200,78</b>	<b>60,45</b>

---

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

### **L'Organizzazione Aziendale**

Al fine di attuare la *mission* aziendale di promozione e tutela della salute degli individui e della collettività che risiede nel proprio territorio, l'Azienda USL Umbria n.1 assicura l'erogazione delle prestazioni comprese nei tre livelli essenziali di assistenza.

I livelli di assistenza:

- Assistenza Territoriale
- Assistenza Ospedaliera
- Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica

L'Atto Aziendale è stato approvato con la delibera n.914/2014; nel 2016, con Delibera n. 1256 del 09.11.2016 è stato ridefinito l'intero assetto organizzativo aziendale; successivamente, si è provveduto ad integrare l'Atto, relativo alla individuazione delle Strutture Complesse, con la Delibera 284 del 08.03.2017 e Delibera n. 794 del 08.06.2017; infine, si è avuta una ulteriore riformulazione e integrazione dell'Atto Aziendale con la Delibera n. 1504 del 15.11.2017.

Il modello organizzativo dell'Azienda USL Umbria 1 è descritto in tre MACROLIVELLI secondo il seguente schema:

- Direzione Aziendale a cui compete l'esercizio delle funzioni strategiche, avendo lo scopo di garantire la promozione e la tutela della salute della popolazione, ottimizzando il rapporto tra risorse impiegate e risultati ottenuti;
- Area Centrale dei Servizi a cui spetta garantire le funzioni di supporto al processo produttivo;
- Nucleo Operativo per la produzione ed erogazione di servizi e prestazioni assistenziale.

Il Direttore generale è il legale rappresentante dell'Azienda ed è responsabile della sua gestione, è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo,

---

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

con i quali costituisce la Direzione Aziendale strategica, di indirizzo e di controllo direzionale ed opera come momento di coordinamento.

Altri organi dell'Azienda sono il Collegio di Direzione ed il Collegio Sindacale.

Il Collegio di Direzione concorre al governo delle attività cliniche ed alla pianificazione dell'attività, indica le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria.

Inoltre, concorre allo sviluppo organizzativo e gestionale dell'azienda ed alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati.

Il Collegio sindacale ha compiti di vigilanza sulla regolarità amministrativa e contabile ed è nominato dal Direttore Generale, dura in carica tre anni ed è composto da tre membri, di cui uno designato dal Presidente della Giunta regionale, uno designato dal Ministro dell'Economia e delle Finanze, uno dal Ministro della Salute.

L'Area Centrale dei Servizi è costituita dalle U.O. di Staff e dalle U.O. Amministrative.

Le U.O. di Staff della Direzione Aziendale, che hanno il compito di fornire supporto tecnico e/o operativo alle funzioni della Direzione Aziendale, sono le seguenti: Servizio Farmaceutico Aziendale; Politiche del farmaco, accreditamento e processi di qualità aziendale; Sicurezza Aziendale; Programmazione Sanitaria e Gestione Flussi Informativi sanitari; Controllo di Gestione; Sviluppo, Qualità e Comunicazione; Sviluppo Organizzativo e Politiche del Personale; Formazione del Personale e Sviluppo Risorse; Fisica Sanitaria; Medicina Legale Aziendale; Coordinamento Aziendale Psicologi; Direzione Presidio Ospedaliero Unificato.

Le U.O. Amministrative, che hanno il compito di assicurare il corretto assolvimento delle funzioni di supporto amministrativo e logistico, sono le seguenti: Affari Generali Istituzionali e Gestione legale dei Sinistri; Attività Tecniche - Acquisti Beni e Servizi; Contabilità Economico Finanziaria; Tecnologie Informatiche e Telematiche; Area Economale; Patrimonio; R.U. Trattamento Giuridico Personale Dipendente; R.U. Trattamento Economico Personale Dipendente - Gestione Personale Convenzionato e Strutture Convenzionate; Direzione Amministrativa Presidi Ospedalieri.

---

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

Sono presenti la Direzione Medica del Presidio Alto Tevere; Direzione Medica del Presidio Gubbio-Gualdo Tadino e P.O.U.

Il Nucleo Operativo è costituito dalle Macrostrutture dotate di autonomia tecnico-professionale per la produzione ed erogazione di servizi e prestazioni assistenziale:

- 6 Distretti Socio Sanitari che si articolano in Centri di Salute e Servizi:

- Distretto del Perugino: Corciano, Perugia, Torgiano;
- Distretto Assisano: Assisi, Bastia, Bettona, Cannara, Valfabbrica;
- Distretto della Media Valle del Tevere: Collazzone, Deruta, Fratta Todina, Marsciano, Massa Martana, Monte Castello di Vibio, San Venanzo, Todi;
- Distretto del Trasimeno: Castiglione del Lago, Città della Pieve, Magione, Paciano, Panicale, Passignano, Piegara, Tuoro;
- Distretto Alto Chiascio: Gubbio, Gualdo Tadino, Scheggia, Costacciaro, Sigillo, Fossato di Vico;
- Distretto Alto Tevere: Città di Castello, Citerna, Monte Santa Maria in Tiberina, S. Giustino, Lisciano Niccone, Montone, Pietralunga, Umbertide.

Afferiscono ai Distretti anche strutture residenziali e semiresidenziali, quali le RSA - Residenze Sanitarie Assistite per ricovero temporaneo e le RP - Residenze Protette per ricoveri socio-assistenziali a lungo termine, nonché i Centri diurni.

Dipartimento Salute Mentale che opera grazie alle sue articolazioni organizzative, con riferimento ai servizi offerti alla persona, con supporto funzionale nel Distretto, anche nel rispetto dell'integrazione sociosanitaria e sociale con i servizi comunali di Ambito Sociale.

Dipartimento di Prevenzione che eroga servizi di prevenzione e tutela della salute della collettività in ambiente di vita e di lavoro.

- 7 Dipartimenti ospedalieri:

---

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

- Dipartimento di Chirurgia Generale;
- Dipartimento di Chirurgia Specialistica;
- Dipartimento Medico e Oncologico;
- Dipartimento Medicine Specialistiche;
- Dipartimento Materno-Infantile;
- Dipartimento dei Servizi;
- Dipartimento di Emergenza e Accettazione.

Il Regolamento, di cui al DM 70/2015, fissa i criteri per classificare le strutture ospedaliere esistenti in 3 livelli di complessità crescente individuando, per ciascun livello, dei valori soglia secondo la popolazione servita dall'ospedale in questione. Conseguentemente, la DGR 212/2016, attuativa del DM 70/2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", definisce un piano della rete ospedaliera regionale caratterizzato secondo livelli gerarchici di complessità e di intensità delle cure. Con Delibera del Direttore Generale n. 1453 del 21.12.2016 è stato adottato il Piano di Riorganizzazione degli Ospedali dell'Azienda USL Umbria n. 1 ai sensi della DGR 212/2016.

L'assistenza ospedaliera alla popolazione della USL Umbria n.1 è assicurata da tre Presidi:

- 1) Presidio Ospedaliero Alto Tevere che comprende due ospedali:
  - Ospedale di Città di Castello - DEA di I livello
  - Ospedale di base di Umbertide.
- 2) Presidio Ospedaliero Gubbio-Gualdo Tadino - DEA di I livello.
- 3) Presidio Ospedaliero Unificato (POU) che comprende Ospedali di base di
  - Assisi
  - Castiglione del Lago
  - Media Valle del Tevere
  - Centro Ospedaliero di Riabilitazione Intensiva - C.O.R.I. di Passignano sul Trasimeno.

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

I Presidi Ospedalieri Gubbio-Gualdo Tadino e Alto Tevere con l'Ospedale Città di Castello, fanno parte della rete regionale della emergenza-urgenza (sede di Dipartimento Emergenza ed Accettazione); inoltre, presso tali Strutture (con funzione di ospedale di base), sono erogate attività in regime di ricovero ordinario, di day hospital, day surgery ed ambulatoriale.

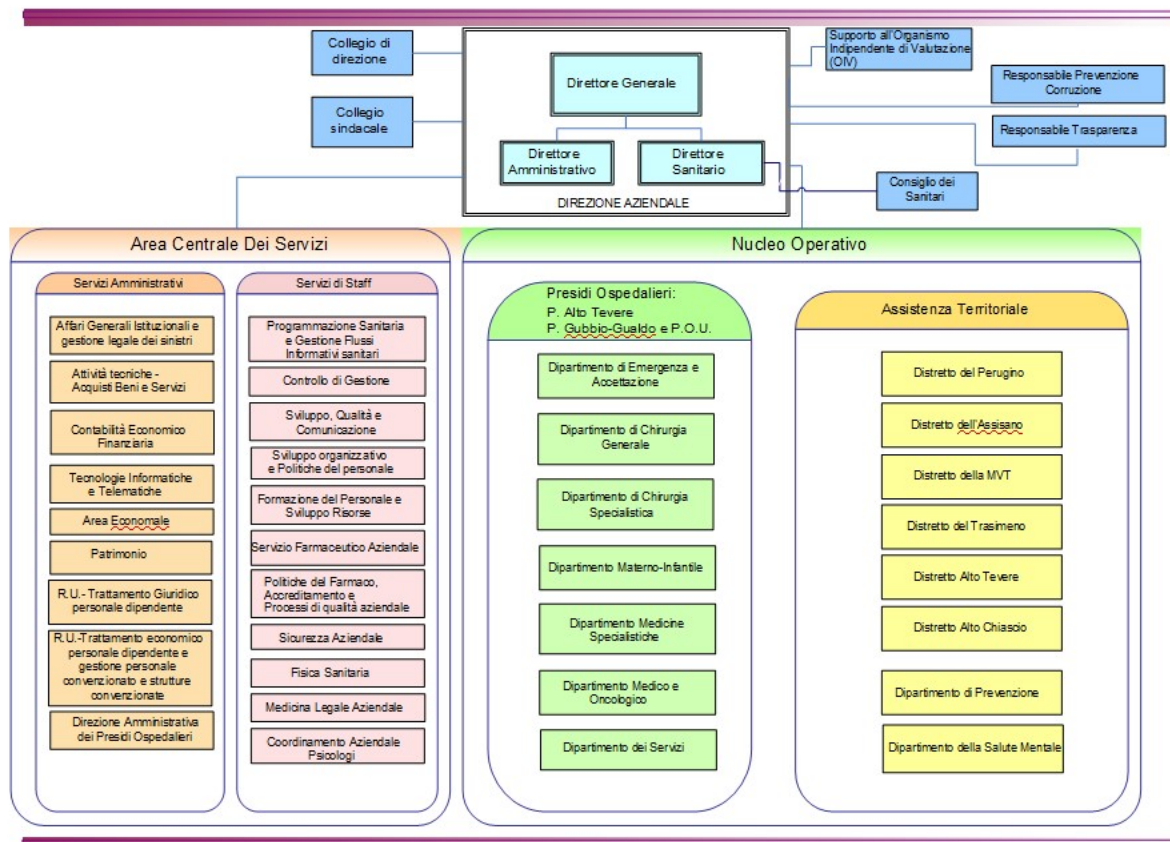
Il POU garantisce l'attività in regime di ricovero ordinario, di day hospital, day surgery ed ambulatoriale, presso gli Ospedali di base di Assisi, Castiglione del Lago, Media Valle del Tevere e presso la struttura di Passignano dove è collocato il Centro Ospedaliero di Riabilitazione Intensiva (CORI).



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

**Organigramma (al 1° gennaio 2021)**

Azienda Sanitaria USL UMBRIA n. 1



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

Nel 2020, i Posti Letto dei Presidi Ospedalieri dell’Azienda USL Umbria n.1 a gestione diretta, da modello Ministeriale HSP 12, sono stati complessivamente **572** (574 nel 2019).

Tale dotazione è stata rimodulata nel 2021 (**501**) a seguito delle riorganizzazioni funzionali alla gestione della pandemia. Si sottolinea che i modelli non tracciano le fluttuazioni giornaliere e mensili dei posti letto, che si sono rese indispensabili per assicurare l’assistenza ai pazienti COVID e Non COVID secondo percorsi dedicati.

**USL Umbria n. 1. Ospedali a gestione diretta, Posti Letto HSP-12/2020 (Fonte Modello Min. HSP-12)**

PRESIDIO OSPEDALIERO	CODICE STABILIMENTO	STABILIMENTO OSPEDALIERO	Degenza ordinaria	Day Hospital	Day Surgery	PL TOTALI
Presidio Ospedaliero Alto Tevere	10080101	Città di Castello (DEA I Livello)	152	11	16	<b>179</b>
	10080102	Umbertide (Ospedale di base)	22	1	14	<b>37</b>
Presidio Ospedaliero Gubbio-Gualdo Tadino	1008010	Gubbio-Gualdo Tadino (DEA I Livello)	119	4	12	<b>135</b>
Presidio Ospedaliero Unificato	10080301	Castiglione del Lago (Ospedale di base)	40	2	8	<b>50</b>
	10080303	Passignano (Osp. di base-riabilitazione)	30	2	0	<b>32</b>
	10080304	Assisi (Ospedale di base)	40	4	8	<b>52</b>
	10080307	Media Valle Tevere (Ospedale di base)	71	3	13	<b>87</b>
<b>Azienda USL Umbria n.1</b>			<b>474</b>	<b>27</b>	<b>71</b>	<b>572</b>



**Direzione Medica P.O. Alto Tevere  
AFI Risk Management**
**USL Umbria n. 1. Ospedali a gestione diretta, Posti Letto HSP-12/2021 (Fonte Modello Min. HSP-12)**

PRESIDIO OSPEDALIERO	CODICE STABILIMENTO	STABILIMENTO OSPEDALIERO	Degenza ordinaria	Day Hospital	Day Surgery	PL TOTALI
Presidio Ospedaliero Alto Tevere	10080101	Città di Castello (DEA I Livello)	155	7	8	<b>170</b>
	10080102	Umbertide (Ospedale di base)	20	1	9	<b>30</b>
Presidio Ospedaliero Gubbio-Gualdo Tadino	1008010	Gubbio-Gualdo Tadino (DEA I Livello)	129	4	7	<b>140</b>
Presidio Ospedaliero Unificato	10080301	Castiglione del Lago (Ospedale di base)	39	2	0	<b>41</b>
	10080303	Passignano (Osp. di base-riabilitazione)	20	2	0	<b>22</b>
	10080304	Assisi (Ospedale di base)	41	2	2	<b>45</b>
	10080307	Media Valle Tevere (Ospedale di base)	51	1	1	<b>53</b>
<b>Azienda USL Umbria n.1</b>			<b>455</b>	<b>19</b>	<b>27</b>	<b>501</b>

**Andamento attività del periodo**

L'attività erogata dalle Strutture Aziendali nel corso del 2020 e 2021 è stata fortemente condizionata e caratterizzata dalla necessità di rispondere ai bisogni assistenziali della popolazione, derivanti dall'epidemia da SARS COV-2.

Il rapido diffondersi dell'epidemia, a partire da febbraio 2020, ha imposto di mettere in atto drastiche misure di contenimento e contestualmente avviare un processo di riorganizzazione dei servizi sanitari per rendere adeguata l'offerta ai bisogni della popolazione nel momento dell'emergenza COVID-19. La Regione Umbria e quindi la USL Umbria 1 si sono subito mosse in tal senso.

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

Tutte le Strutture Aziendali (Ospedaliere, Territoriali, di Area Centrale e Staff) a seguito dell'alternarsi delle diverse fasi pandemiche, hanno attuato una riconfigurazione ed un riordino che consentisse l'erogazione delle proprie attività basate su percorsi e processi svolti in sicurezza sia per i pazienti/utenti che per gli operatori.

Una tale emergenza sanitaria ha imposto la riconfigurazione della rete ospedaliera e territoriale che ha richiesto anche la riorganizzazione delle risorse umane interne ed il reclutamento, per quanto possibile, di ulteriori operatori, al fine di consentire una risposta dei Servizi territoriali ed ospedalieri al carico determinatosi per il sovrapporsi dell'epidemia alle altre patologie, sia nei primi periodi pandemici che nelle successive ondate, nonché nel periodo di transizione epidemica per il recupero delle prestazioni sospese o dilazionate nelle fasi di maggiore acuzie.

In relazione all'Emergenza COVID-19, il Ministero della Salute è intervenuto per rivedere la disponibilità dei posti letto. Con circolare del Ministero della Salute p. 2627 del 01 marzo 2020 avente oggetto: "Incremento disponibilità posti letto del Sistema Sanitario Nazionale e ulteriori indicazioni relative alla gestione dell'emergenza COVID-19", e 7422 16 marzo 2020 p.7865 del 25 marzo 2020 "Aggiornamento delle linee d'indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza COVID-19", e integrazioni, venivano fornite alle Regioni indicazioni relative alla necessità di incremento della disponibilità di posti letto per le discipline Terapia Intensiva (cod. disciplina 49), Malattie infettive e Tropicali (cod. disciplina 24) e Pneumologia (cod. disciplina 68).

In particolare si specificava la necessità che, nel minor tempo possibile, vi sia un incremento della disponibilità di posti letto pari al 50% del numero di posti letto in Terapia Intensiva e al 100% del numero di posti letto in Pneumologia e Malattie Infettive isolati e allestiti con la dotazione necessaria per il supporto respiratorio (inclusa ventilazione assistita) e con la possibilità di attuare quanto previsto dalle "Linee di indirizzo assistenziali del paziente critico affetto da Covid-19" del 29 febbraio 2020.

La Regione Umbria con la DGR n. 180 del 19/03/2020, ad oggetto "Piano di gestione dei posti letto della rete ospedaliera emergenza coronavirus" ha stabilito, vista la straordinarietà dell'emergenza, la riconfigurazione della Rete Ospedaliera Regionale a temporanea e parziale deroga del Provvedimento generale di programmazione (DGR 212/2016).

**Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1** | Sede Legale (provvisoria) | (l.r. n.18/12.11.2012)  
tel. 075 54 11 - 075 85 091 / fax 075 54 12 004 | 06127 - Perugia Via Guerra 12/17 | p.iva / c.f. 03301860544

---

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

Tale riconfigurazione è stata modulata sulla base della DGR e specifiche ordinanze regionali .  
In attuazione di quanto previsto nella citata DGR 180/2020 e successive, nelle specifiche ordinanze ed atti successivi è stata ridefinita l'offerta ospedaliera dell'Azienda USL Umbria n.1, con efficacia temporanea e fino a nuovi provvedimenti, al fine di garantire l'adeguata assistenza e la disponibilità di strutture ospedaliere atte a ricevere anche in modo esclusivo i pazienti affetti da COVID-19, con l'obiettivo di creare una sinergia funzionale di tutta la rete ospedaliera per acuti.

L'Ospedale della Media Valle del Tevere è stato pertanto completamente riorganizzato con chiusura dei reparti in essere ed attivazione dei nuovi reparti COVID a partire da Marzo 2020. La riconfigurazione organizzativo-strutturale del COVID HOSPITAL ha previsto la riorganizzazione dei percorsi organizzativi ed assistenziali nonché l'attivazione di Unità di degenza specifiche, per la gestione della patologia COVID in acuzie, quali 46 posti letto di Malattie Infettive e Tropicali (Cod. Ministeriale 24), 16 posti letto di Pneumologia (Cod. Ministeriale 68) e fino a 8 posti letto di Terapia Intensiva (Cod. Ministeriale 49). Sono poi stati previsti, presso il COVID HOSPITAL anche 10 Posti Letto di Lungodegenza (COD. 60).

Altra Struttura Ospedaliera della Usl Umbria 1 che è stata parzialmente riconvertita per l'assistenza a pazienti COVID è stato l'Ospedale di Città di Castello, DEA di I livello, che ha visto la rimodulazione delle attività ordinarie e dei post letto generalisti a fronte della attivazione di 7 Posti in Terapia intensiva COVID-19, e 3 Posti di Terapia intensiva generalista , l'attivazione di 24 fino a 30 posti letto di Malattie Infettive e Tropicali, è prevista una disponibilità , l'attivazione di 8 fino a 13 posti letto di Pneumologia.

Nei COVID HOSPITAL, sono state progressivamente sospese sia le attività chirurgica che mediche per rendere disponibili i posti letto. Sono state sospese inoltre le prestazioni ambulatoriali, così come le attività libero-professionali non rivestendo carattere di urgenza. Sono state riorganizzate anche le risorse in termini di personale, per assicurare assistenza, in funzione dei posti letto attivati o riconvertiti.

Successivamente la situazione epidemiologica in netto miglioramento ha consentito la riprogrammazione delle attività sia in ambito territoriale che ospedaliero per consentire un completo

---

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

anche se graduale ritorno agli assetti organizzativi pre-pandemia. Mentre da una parte gli Ospedali tornavano ad una sorta di normalità e venivano messe in atto le azioni per recuperare le prestazioni ambulatoriali e di ricovero sospese/differite, dall'altra è iniziata una fase di programmazione di potenziamento del Sistema Sanitario al fine di renderlo in grado di dare una risposta appropriata ad una successiva ripresa epidemica, come previsto dalla DGR 483 del 19/06/2020 avente oggetto "Piano di Riorganizzazione emergenza COVID 19 – Potenziamento rete ospedaliera (ai sensi dell'art.2 del decreto legge 19 maggio 2020 n. 34), dove venivano dettagliati sia la riorganizzazione dei percorsi sanitari che la riorganizzazione e potenziamento dei posti letto e della rete dell'emergenza.

Le Aziende Sanitarie hanno pertanto predisposto i piani progettuali relativamente ai due DEA I livello, ospedale di Città di Castello e ospedale di Gubbio Gualdo Tadino prevedendo tra gli interventi l' ampliamento della disponibilità dei posti letto nelle Terapie Intensive (totale posti aggiuntivi n. 6) con ulteriore predisposizione in emergenza di posti letto di Terapia Intensiva nei due ospedali tramite trasformazione di aree destinate ad altre attività e già individuate nella prima fase, (totale posti aggiuntivi n. 12), l'adeguamento di n. 14 posti letto nel reparto di Medicina dell'ospedale di Città di Castello per l'attività di semi-intensiva, ristrutturazione dei Pronto soccorso degli ospedali Città di Castello e Gubbio-Gualdo Tadino. Quindi sono stati definiti i posti letto attivabili a seguito di interventi aziendali/regionali, e di quelli attivabili solo con interventi straordinari (del Commissario Straordinario o con assunzione ex novo del personale).

In Umbria dai primi di Ottobre 2020 si è registrato un incremento importante dei casi con andamento esponenziale della curva epidemica, che ha tracciato l'ingresso nella seconda e poi terza ondata epidemica che si è protratta nel primo semestre 2021.

Questo ha comportato la necessità di interventi organizzativi atti a rispondere alla ripresa epidemica, in grado di soddisfare le necessità di ricovero ospedaliero legato all'attuale contesto, mantenendo per quanto più possibile le altre attività assistenziali, ciò ha comportato una nuova riconfigurazione temporanea dell'Ospedale della Media Valle del Tevere in Ospedale dedicato all'emergenza coronavirus sia nel 2020 che nel primo semestre 2021, così come parte dell'Ospedale di Città di Castello, Gualdo e Gubbio.

---

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

Più nel dettaglio la riorganizzazione è stata effettuata come segue, considerando quanto riportato nei modelli ministeriali HSP-12 al 1 gennaio 2021, in tabella, che descrivono un numero inferiore di posti letto rispetto all'anno precedente a seguito delle necessarie riorganizzazioni e poiché non tracciano le fluttuazioni giornaliere e mensili dei posti letto COVID e generalisti che si sono resi indispensabili per assicurare l'assistenza ai pazienti COVID e Non COVID secondo percorsi dedicati.

L'Ospedale della Media Valle del Tevere è stato pertanto completamente riorganizzato con chiusura dei reparti in essere ed attivazione dei nuovi reparti COVID aperti da Ottobre 2020 a Maggio-Giugno 2021.

Tale riconfigurazione organizzativa ha previsto la revisione dei percorsi organizzativi ed assistenziali nonché l'attivazione di Unità di degenza COVID specifiche, per la gestione dei pazienti COVID con 40 posti letto di Medicina Generale (Cod. Ministeriale 26); 1 posto letto di Lungodegenza (Cod. Ministeriale 60) e 10 posti letto di Subintensiva.

Altra Struttura Ospedaliera della Usl Umbria 1 che è stata parzialmente riconvertita, anche nel primo semestre 2021, per l'assistenza a pazienti COVID è stato l'Ospedale di Città di Castello, DEA di I livello, che ha visto la rimodulazione delle attività ordinarie e dei posti letto generalisti a fronte della attivazione di 7 Posti in Terapia intensiva COVID, con chiusura a maggio 2021, 4 Posti di Terapia intensiva generalista, 16 Posti in Medicina Generale COVID, con chiusura a giugno 2021; 30 Posti in Lungodegenza COVID, con chiusura a febbraio 2021 e 14 Posti in Subintensiva COVID con chiusura a giugno e contestuale apertura di n. 14 Posti di Subintensiva generalista.

Per quanto riguarda l'ospedale di Gubbio e Gualdo Tadino, è intervenuto nella rete di assistenza COVID con l'apertura di 1 Posto letto di Medicina Generale COVID (incrementati fino a 17 nel periodo di maggior afflusso), poi chiuso a maggio e 10 Posti di Subintensiva COVID, attivi da marzo a maggio.

---

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

Tale riorganizzazione degli Ospedali di USL Umbria n.1, con messa a disposizione di posti letto Covid, caratterizzata da una importante risposta ai malati COVID e contemporanea garanzia di attività assistenziale per le altre patologie, anche con incremento di posti letto di Terapia Intensiva generalista, ha determinato una riorganizzazione e redistribuzione delle risorse umane interne e reclutamento per quanto possibile di operatori sanitari aggiuntivi rispetto ai dipendenti.

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

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

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

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

Sono giunte al ns Servizio durante **l'anno 2021 in totale 345 segnalazioni** (contro le 213 del 2020) di cui:

- 217 cadute non sentinella ovvero cadute senza grave esito, come da PGA 24 "Prevenzione e gestione delle cadute"

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

- 41 near miss (eventi A nella ns scheda) (vedi tabella1-3)
- 20 eventi avversi (eventi B nella ns scheda) (vedi tabella 1-3)
- 58 no harm event (eventi C nella nostra scheda) (vedi tabella 1-3)
- 9 eventi sentinella (eventi D della ns scheda) (vedi tabella 1-3)

Si riportano di seguito i report direttamente estratti dal sistema per esplicitare meglio la scelta delle attività previste per il prossimo triennio.

**TABELLA 1-REPORT TIPO EVENTO/STRUTTURA**

	A	B	C	D	Somma
Dipartimento Salute Mentale area Nord	3	1			4
Dipartimento Salute Mentale area Sud	3	1	3		7
Dipartimento dipendenze area Nord	7				7
Dipartimento dipendenze area Sud	4				4
Distretto del Perugino	1	2	1	1	5
Distretto del Trasimeno	3	1			4
H Assisi	1	2			3
H Castiglione del Lago	3				3
H Città della Pieve		1			1
H Città di Castello	8	8	48	6	70
H Gubbio/Gualdo Tadino	3	2	1	2	8
H Media Valle del Tevere		1	3		4
H Passignano	5		1		6
H Umbertide		1	1		2
Somma	41	20	58	9	128



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

**TABELLA 2-REPORT TIPO EVENTO/DESCRIZIONE SINTETICA**

	A	B	C	D	Somma
Altro evento	15	3	10	2	30
Cadute				5	5
Errori su farmaci - farmaco somministrato	4		2		6
Errori su farmaci - sovra/sotto dosaggio	2				2
Infezione ospedaliera		1			1
Omissione/ritardo/inesattezza nell'esecuzione di un trattamento	5		4	1	10
Omissione/ritardo/inesattezza nell'esecuzione di una procedura assistenziale	11	5	19		35
Problema con attrezzature sanitarie/economiche/materiali di consumo	2	4	2	1	9
Violazione della sicurezza personale del paziente	1		19		20
Violenza nei confronti del personale dipendente	1	7	2		10
Somma	41	20	58	9	128

**TABELLA 3-REPORT TIPOLOGIA DI EVENTO SENTINELLA**

	A	B	C	D	Somma
	41	20	58		119
Morte o grave danno per caduta di paziente				6	6
Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente				2	2
Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale				1	1
Somma	41	20	58	9	128

La maggior parte degli eventi A,B,C, riguardano gli item:

- Omissioni, ritardi o inesattezze di una procedura assistenziale e di un trattamento
- Violenza nei confronti di personale dipendente
- Errore su farmaci (errore di somministrazione; sovra/sotto dosaggio)
- Invece gli eventi D ossia sentinella riguardano:
- Morte o grave danno per Caduta di paziente
- Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente



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

- Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale

I dati quali-quantitativi riferiti alle tipologie di evento (A,B,C) sono in aumento rispetto a quelli dell'anno 2020, mentre invece gli eventi (D) sono in lieve diminuzione.

Per meglio analizzare il fenomeno delle cadute che come nel corso dei precedenti anni è l'evento più segnalato, si riportano di seguito 4 report orientativi inerenti lo studio del fenomeno caduta nelle nostre strutture territoriali e di ricovero.

In particolare abbiamo ritenuto utile valutare:

- Unità Operativa o Servizio in cui è stata registrata la caduta (struttura di afferenza) vedi tabella 4
- Ritmo circadiano delle cadute dettagliato per unità operativa in cui la caduta si è registrata (turno/struttura) vedi tabella 6
- Giorno della settimana in cui si è registrata la caduta (diviso per struttura) vedi tabella 5
- Luogo caduta in cui si è registrata la caduta (diviso per struttura) vedi tabella 7

**TABELLA 4-REPORT CADUTE UNITA' OPERATIVA/STRUTTURA**

	med gen	stroke	chir gen	ost e gin	gastro	lungod	nefr e dialis	neuro	onco	orto e trau	uro	card	cori	PS	RSA	radiol	amb onco	amb ocul	med spec	covid	Somma	
H Castiglione del Lago	6		1					4								1						12
H Assisi	12														1							13
H Città della Pieve															3							3
H Media Valle del Tevere	6				1											3					5	15
H Città di Castello	39		2			1	1	6	3	2		3		13				1	8	2		81
H Umbertide	10																					10
H Passignano													11									11
H Gubbio/Gualdo Tadino	17	3	1	2				1		3	2	3		7			1	1			3	44
Distretto Mvt															1							1
Distretto del Perugino													2		21							23
Distretto del Trasimeno													2		2							4
Somma	90	3	4	2	1	1	1	11	3	5	2	6	15	20	28	4	1	2	8	10		217

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

Tab.4 L'incidenza delle cadute all'interno dei reparti segnalanti mostra un significativo aumento rispetto al 2020; le cadute in generale hanno avuto un incremento di 71 unità; il reparto di medicina generale ha avuto 40 cadute in più rispetto l'anno precedente (90 nel 2021 rispetto le 50 del 2020); la neurologia ha segnalato 11 cadute nel 2021 contro le 5 cadute del 2020; il pronto soccorso ha segnalato 20 cadute nel 2021 contro le 9 cadute del 2020; un dato da evidenziare è quello delle Residenze Sanitarie Assistenziali con 28 cadute nel 2021 contro le 13 cadute del 2020.

**TABELLA 5-REPORT CADUTE GIORNO DELLA SETTIMANA/STRUTTURA**

	Domenica	Giovedì	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Sabato	Venerdì	Somma
H Castiglione del Lago	1	2	2	2		3	2	12
H Assisi	1		3	4		2	3	13
H Città della Pieve	1					2		3
H Media Valle del Tevere		2	4	3	3	3		15
H Città di Castello	15	11	12	6	15	9	13	81
H Umbertide		3	1	1	1	3	1	10
H Passignano	2	1	1		3	3	1	11
H Gubbio/Gualdo Tadino	11	6	2	5	5	8	7	44
Distretto Mvt							1	1
Distretto del Perugino		6	2	2	4	2	7	23
Distretto del Trasimeno	1		1	1	1			4
Somma	32	31	28	24	32	35	35	217

Tab.5 Dalla tabella si evince come i giorni nei quali si verificano maggiormente le cadute sono il venerdì e il sabato (35 cadute) mentre nel 2020 i dati mostravano maggiore incidenza il martedì e il giovedì.

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

**TABELLA 6-REPORT CADUTE TURNO/UU.OO: RITMO CIRCADIANO**

	MA	NO	PO	Somma
medicina generale	23	48	19	90
stroke unit		2	1	3
chirurgia generale	1	1	2	4
ostetricia e ginecologia	1		1	2
gastroenterologia	1			1
lungodegenza			1	1
nefrologia e dialisi			1	1
neurologia	3	3	5	11
oncologia	1	2		3
ortopedia e traumatologia	1	3	1	5
urologia			2	2
cardiologia		5	1	6
cori	7	3	5	15
pronto soccorso	5	9	6	20
RSA	15	3	10	28
radiologia	2		2	4
AMBULATORIO ONCOLOGICO	1			1
Ambulatorio Oculistico	2			2
Medicina Specialistica	4	3	1	8
COVID 19	3	1	6	10
Somma	1	69	83	217

Tab.6 I dati riferiti al rapporto tra cadute nelle UU.OO e ritmo circadiano mostrano come nel 2021 si cada maggiormente nel turno notturno come nel 2020.

**Direzione Medica P.O. Alto Tevere  
AFI Risk Management****TABELLA 7-REPORT CADUTE LUOGO CADUTA/UU.OO**

	Ambulatori	Bagno	Camera	Corridoio	Esterno	Palestra	Sala attesa	Sala Pranzo	Sala RMN	Sala TC	Somma	
medicina generale		17	71	2							90	
stroke unit			3								3	
chirurgia generale			4								4	
ostetricia e ginecologia	1		1								2	
gastroenterologia	1										1	
lungodegenza			1								1	
nefrologia e dialisi		1									1	
neurologia	1	1	9								11	
oncologia		1	2								3	
ortopedia e traumatologia		1	4								5	
urologia		1	1								2	
cardiologia			6								6	
cori		1	13			1					15	
pronto soccorso	2	1	2	10	1	1	3				20	
RSA		1	1	20	4			2			28	
radiologia	1		1						1	1	4	
ambulatorio oncologico							1				1	
Ambulatorio Oculistico		2									2	
Medicina Specialistica			8								8	
Covid 19		1	9								10	
Somma	4	6	27	163	7	1	1	4	2	1	1	217

*Tab.7* I luoghi dove avvengono maggiormente le cadute sono la camera di degenza (163 cadute) e il bagno (27 cadute); nel 2020 i dati mostrano risultati simili ma con un numero inferiore di cadute specialmente rispetto alla camera di degenza (bagno 24 cadute/camera 103 cadute).

---

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

#### **4. OBIETTIVI ED AZIONI**

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

- ✓ Diffondere una cultura della sicurezza delle cure ed aumentare la sensibilità degli operatori nei confronti delle tematiche proprie del *Risk Management*
- ✓ Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e il monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.
- ✓ Favorire una visione unitaria della sicurezza che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.
- ✓ Partecipare alle attività Regionali in tema di *Risk Management*
- ✓ Affrontare le principali criticità emerse dal profilo annuale di Rischio Aziendale

In base alle fonti informative prese in esame e alla mappatura del rischio clinico si definiscono gli ambiti prioritari di intervento per il controllo e il contenimento del rischio clinico, si definiscono le azioni da mettere in atto e i risultati attesi. Tutto quanto contenuto nel presente documento si considererà raggiungibile compatibilmente con le misure da mettere in atto per la gestione dell'emergenza COVID-19.

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

#### **4.1 REALIZZAZIONE E IMPLEMENTAZIONE DEGLI OBIETTIVI GENERALI:**

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

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

Azioni e risultati attesi:

• **Realizzazione dei corsi inseriti nel Piano Formativo Aziendale (PAF) 2022 e da inserire come didattica permanente:**

1. *"Gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente"*, corso base del rischio clinico in cui vengono illustrati i principi e le metodologie del *Risk Management*.
2. *"Risk Management: DALLA SEGNALAZIONE ALLA GESTIONE DELL'EVENTO"*, corso teorico-pratico in cui viene effettuata la presentazione di un caso clinico e attraverso la scomposizione dei discenti in gruppi, viene effettuata la simulazione della segnalazione dell'evento e della gestione comprendente l'esecuzione del *Significant Event Audit (SEA)*, con discussione in plenaria da parte di un rappresentante per gruppo degli elementi individuati come critici e possibilmente migliorabili. *L'evento non è effettuabile in vdc quindi visto il trend epidemiologico verrà riproposto nel PAF del 2023.*
3. *"Rischio clinico, gestione sinistri e Relazioni con il pubblico: DALLA TASSONOMIA ALL' ANALISI DEI DATI"*, incontro per la diffusione dei dati che riguardano la gestione del Rischio Clinico, i dati relativi alle segnalazioni URP e quelli riferibili al Comitato Gestione Sinistri.
4. Corso in collaborazione fra L'AFI *Risk Management* e l'AFI di Psicologia Aziendale *"Come prevenire, riconoscere e gestire atti di violenza nei confronti degli operatori sanitari"*; il corso è

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

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

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

**INDICATORE:**

- 1. partecipazione a rotazione di almeno del 60% degli operatori sanitari dipendenti nei 3 anni di Piano**
- 2. realizzazione dei corsi da inserire nel PAF**

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

Razionale: il sistema locale di segnalazione e apprendimento (*reporting and learning system*) si basa sulla comunicazione degli eventi avversi e dei *near miss* che offrono un'opportunità di riflessione sulla

---

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

pratica clinica e di apprendimento dall'esperienza. L'attuazione di concrete e tempestive azioni correttive o preventive riduce il rischio di ricorrenza di eventi simili.

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) con rispetto delle tempistiche per scheda A e scheda B.
- Elaborazione della procedura aziendale "Gestione e comunicazione degli eventi avversi" in collaborazione con lo Staff aziendale di Comunicazione e l'Ufficio Affari generali.

Risultati attesi:

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

***INDICATORE:***

- 1. n. di schede inserite sul portale nazionale nella tempistica prevista/  
totale delle segnalazioni pervenute al Rischio Clinico***
- 2. report sugli eventi avversi occorsi in Usl, almeno uno complessivo ogni 3 anni***



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

### **C. RAFFORZAMENTO DELL'INTEGRAZIONE FRA SERVIZI/UUOO E REFERENTI DI RETE DEL RISCHIO CLINICO**

Razionale: il referente di rete ha il compito di creare un proprio gruppo multiprofessionale e multidisciplinare all'interno dell' area di pertinenza, per la proposizione, la definizione e l'implementazione di linee guida, protocolli, procedure e percorsi diagnostico-terapeutici aziendali sulle principali tematiche clinico-organizzative dell'Azienda e su altre di importanza strategica legate agli aspetti del rischio clinico quali:

- Miglioramento dei percorsi diagnostico-clinico-assistenziali.
- Miglioramento dei percorsi di sicurezza per la gestione corretta dei casi sospetti covid o covid + .
- Presidio e monitoraggio dei percorsi di sicurezza del paziente in sala operatoria.
- Attività di Audit volta alla gestione degli eventi avversi occorsi ai pazienti afferenti ai servizi/reparti della USL Umbria 1.
- Sensibilizzazione del personale alla segnalazione di eventi avversi, verifica delle segnalazioni effettuate e delle azioni di miglioramento da implementare.
- Monitoraggio delle azioni di miglioramento implementate.

Azioni:

- realizzazione di eventi specifici per migliorare la formazione dei referenti di rete del rischio clinico

Risultati attesi:

- supporto dei referenti ai Servizi per l'implementazione di linee guida, protocolli, procedure e percorsi diagnostico-terapeutici aziendali.

***INDICATORE: Organizzazione di almeno 3 riunioni della rete del rischio clinico nel periodo di vigenza del Piano***

---

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

## **D. PREVENZIONE DEGLI ERRORI IN TERAPIA FARMACOLOGICA**

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

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

Azioni:

- attivazione, in tutti presidi ospedalieri, delle tecnologie informatizzate per la sicurezza nella prescrizione, preparazione e somministrazione dei farmaci;
- informatizzazione della scheda di ricognizione e riconciliazione dei farmaci;
- verifica del corretto uso della terapia e della scheda ricognizione riconciliazione informatizzata o dell'utilizzo della Scheda Unica di terapia cartacea e della scheda ricognizione riconciliazione nelle strutture non informatizzate;
- verifica periodica e rafforzamento dell'implementazione delle Raccomandazioni ministeriali relative alla terapia farmacologia.
- 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:

---

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

- applicazione delle corretto uso degli strumenti volti alla riduzione degli errori e degli eventi avversi correlati alla terapia farmacologica
- revisione delle procedure vigenti in tema di terapia farmacologica

**INDICATORE:**

- 1. % Cartelle Cliniche con Scheda di Riconciliazione presente e correttamente compilata/totale delle cartelle cliniche,**
- 2. % cartelle cliniche contenenti scheda di terapia informatizzata/totale delle cartelle cliniche**

**E. PROMOZIONE DELLA SICUREZZA DEL PROCESSO CHIRURGICO E CONTENIMENTO DELLE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO**

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

Azioni:

- implementazione della NUOVA "*Checklist* per la sicurezza perioperatoria e prevenzione delle infezioni del sito chirurgico"

---

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

- implementazione Linee Guida OMS per la prevenzione delle infezioni del Sito Chirurgico, in particolare implementazione della check list per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico
- verifica dell'applicazione delle Procedure di gestione del Blocco Operatorio

Risultato atteso: corretta applicazione delle Raccomandazioni per la sicurezza in sala operatoria e dell'utilizzo di tutte le *check list*.

***INDICATORE: implementazione della nuova "Check list per la sicurezza perioperatoria e prevenzione delle infezioni del sito chirurgico"***

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

Razionale: l'assistenza al travaglio e parto rappresenta un'area di grande vulnerabilità per la sicurezza delle cure e di grande impatto emotivo e mediatico. Il verificarsi di complicanze e/o eventi avversi gravi espone ad una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti della struttura, dell'organizzazione e dei professionisti. Implementare le Raccomandazioni *evidence based* per la prevenzione delle complicanze legate alla gravidanza e per la riduzione della 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;
- Implementazione delle Linee di Indirizzo per la prevenzione delle complicanze legate alla gravidanza, al parto e al puerperio
- partecipazione al Progetto Sistema di Sorveglianza Ostetrica (ITOSS)

---

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

- monitoraggio della corretta applicazione e gli esiti delle procedure per la gestione del trasporto assistito materno e neonatale (STAM e STEN Regione Umbria)

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

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

***INDICATORE:***

- 1. n. di schede inserite sul portale nazionale nella tempistica prevista in caso di evento/ totale delle segnalazioni pervenute al Rischio Clinico***
- 2. partecipazione allo studio di sorveglianza ITOSS***

**G. PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DEI PAZIENTI NELLE STRUTTURE  
SANITARIE**

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

Azioni:

- implementare misure preventive anche nei percorsi ambulatoriali
- revisione ed aggiornamento della PGA 24 "PREVENZIONE RISCHIO CADUTE"

---

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

- rilevazioni periodiche dei fattori di rischio ambientali negli stabilimenti ospedalieri e nelle strutture residenziali tramite estrazione dati dal supporto informatizzato di "Incident Reporting".

Risultati attesi: continua revisione della PGA 24

***Indicatori:***

- 1. almeno una revisione della PGA 24 "PREVENZIONE RISCHIO CADUTE" nel triennio***
- 2. corsi annuali per le strutture ospedaliere e territoriali di ogni Distretto specifiche sulle cadute***

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

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

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

Azioni e risultati attesi:

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

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

- utilizzo del nuovo sistema di misurazione delle infezioni (software ECDC per lo studio di prevalenza)

***Indicatori:***

- 1. studio di prevalenza aziendale annuale mediante utilizzo del software dell'ECDC***
- 2. realizzazione del corso di formazione sulla prevenzione delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali***

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

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

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

Risultano ad oggi pubblicate dal Ministero della Salute diciannove 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;

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

***Indicatore: % delle Raccomandazioni Ministeriali implementate/totale delle Raccomandazioni emesse dal Ministero***

### **L. 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 1 (art.2 comma 5 L. N.24, 08/03/2017);
- pubblicazione della relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi
- aggiornamento dello spazio dedicato alla Gestione del Rischio Clinico sul sito della Usl Umbria 1

***Indicatore:***

***1.spazio web aggiornato,***

***2.relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi pubblicata.***

### **M. LOTTA ALLA VIOLENZA NEI CONFRONTI DEGLI OPERATORI SANITARI**

- Razionale:

Nel corso dell'attività lavorativa gli operatori sanitari delle strutture ospedaliere e territoriali sono esposti a numerosi fattori che possono essere dannosi sia per la salute sia per la sicurezza. Tra questi assume particolare rilevanza il rischio di affrontare un'esperienza di violenza che può

**Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1** | Sede Legale (provvisoria) | (l.r. n.18/12.11.2012)  
tel. 075 54 11 - 075 85 091 / fax 075 54 12 004 | 06127 - Perugia Via Guerra 12/17 | p.iva / c.f. 03301860544



---

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

consistere in aggressione, omicidio o altro evento criminoso risultante in lesioni personali importanti o morte.

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

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

-Azioni e risultato atteso:

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

Implementazione del Piano di prevenzione Aziendale contro la violenza sugli operatori sanitari

***Indicatore:***

***1.almeno una revisione procedura aziendale sulla prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari***

***2. Implementazione del Piano di prevenzione Aziendale contro la violenza sugli operatori sanitari***

Gli obiettivi e le attività previste dal presente piano dovranno essere implementate secondo una programmazione pluriennale per il triennio 2022-2024.

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>
1.Promuovere la cultura della sicurezza attraverso lo sviluppo di conoscenze e competenze rispetto all'importanza della prevenzione degli eventi avversi e della gestione del rischio clinico nella pratica professionale quotidiana e consolidamento del sistema locale di segnalazione e apprendimento;	Programmazione e realizzazione di eventi formativi per la gestione del rischio clinico (A)	Gestione Rischio Clinico, Formazione, Comunicazione e relazioni esterne	partecipazione a rotazione di almeno del 60% degli operatori sanitari dipendenti nei 3 anni di Piano  realizzazione dei corsi da inserire nel PAF	2022-2024
2.attivare processi strutturati di analisi volti all'identificazione dei fattori contribuenti e determinanti per l'accadimento degli eventi sentinella o di eventi significativi, alla definizione delle azioni correttive, preventive o di miglioramento al fine di	Consolidamento delle attività di monitoraggio e gestione degli eventi avversi (B)	Gestione Rischio Clinico,	n. schede inserite nel portale nazionale/totale delle schede pervenute all'AFI Risk Management	2022-2024

ridurre il rischio di accadimento di eventi simili;			Report annuali degli eventi avversi, almeno 1 ogni 3 aa	
	Monitoraggio della implementazione delle raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella (I)	Gestione Rischio Clinico	% delle Raccomandazioni Ministeriali implementate/totale delle Raccomandazioni emesse dal Ministero	2022-2024
3. individuare i principali pericoli, valutare i rischi, definire le aree di possibile intervento e le strategie per il loro trattamento;	Prevenzione degli errori in terapia farmacologica (D)	Gestione Rischio Clinico, Direzione di presidio, UU.OO. coinvolte, SITRO	% Cartelle Cliniche con Scheda di Riconciliazione presente e correttamente compilata/totale delle cartelle cliniche	2022-2024

Prevenzione degli errori in terapia farmacologica (D)	Gestione Rischio Clinico, Direzione di presidio, UU.OO. coinvolte, SITRO	% Cartelle Cliniche contenenti scheda di terapia informatizzata / totale delle cartelle cliniche	2022-2024
Prevenzione e gestione delle cadute dei pazienti nelle strutture sanitarie (G)	Gestione Rischio Clinico, Direzione di presidio, UU.OO. coinvolte, SITRO	Aggiornamento della PGA 24 "PREVENZIONE RISCHIO CADUTE"  Corsi annuali per le strutture ospedaliere e territoriali di ogni Distretto specifiche sulle cadute	2022-2024
Lotta alla violenza nei confronti degli operatori sanitari (M)	Gestione Rischio Clinico, Direzione di presidio,	Revisione procedura aziendale sulla prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari,	2022-2024

			Implementazione del Piano di prevenzione Aziendale contro la violenza sugli operatori sanitari	
4. supportare i professionisti nel trasferire le evidenze nella pratica clinica, nell'applicazione delle linee guida, buone pratiche, raccomandazioni, check list ed altri strumenti per la prevenzione degli errori e monitorarne l'applicazione;	Promozione della sicurezza del processo chirurgico (F)	Gestione Rischio Clinico, Direzione di presidio, UU.OO. coinvolte, SITRO	implementazione della nuova "Check list per la sicurezza perioperatoria e prevenzione delle infezioni del sito chirurgico"	2022-2024
	Promozione della sicurezza durante l'assistenza al travaglio e al parto (G)	Gestione Rischio Clinico, Direzione di presidio, UU.OO. coinvolte, SITRO	n. di schede inserite sul portale nazionale nella tempistica prevista in caso di evento/ totale delle segnalazioni pervenute al Rischio Clinico	2022-2024
			partecipazione allo studio di sorveglianza ITOSS	

	<p>Riduzione del rischio di infezioni correlate all'assistenza (ICA) e uso responsabile degli antibiotici (H)</p>	<p>Gestione Rischio Clinico, Direzione di presidio, UU.OO. coinvolte, SITRO</p>	<p>Realizzazione studio di prevalenza aziendale annuale mediante utilizzo del software dell'ECDC</p>	<p>2022-2024</p>
			<p>realizzazione di un corso di formazione all'anno sulla prevenzione delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali</p>	

	Rafforzamento dell'integrazione fra servizi/uuoo e referenti di rete del rischio clinico (C)	Gestione Rischio Clinico, Direzione di presidio, UU.OO. coinvolte, SITRO	Organizzazione di almeno 3 riunioni per i referenti di rete	2022-2024
5. garantire un'informazione trasparente rispetto alle politiche aziendali per la gestione del rischio clinico e favorire il coinvolgimento di pazienti e familiari nella promozione della sicurezza delle cure.	Programmazione e realizzazione di iniziative per l'informazione, la Comunicazione e la partecipazione dei cittadini (L)		Spazio web aggiornato Relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi pubblicata	2022-2024