

**AFI Aziendale "Risk Management"**  
e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

*Città di Castello, 01/04/2020*

*Alla Cortese Attenzione:*

***Dr.ssa Carosati Simona***

*UO Programmazione, Controllo e Sistema  
Informativo*

*e p.c.: Dott. Pasqui Silvio  
Commissario Straordinario*

**Oggetto: RAPPORTO ANNUALE SUL PROFILO DI RISCHIO AZIENDALE  
ANNO 2019.**

*Di seguito, si trasmette quanto in oggetto.*

*Il Dirigente Medico AFI  
"Risk Management"  
Dott.ssa Giara Calagreti*



**AFI Aziendale "Risk Management"**

e-mail: rischio.clinico@aslumbria1.it

Il presente rapporto costituisce una sintesi delle informazioni relative al **Profilo Di Rischio** provenienti dalle fonti informative disponibili in Azienda, finalizzata ad identificare le **aree di attività caratterizzate da un rischio maggiore**, contribuendo così alla scelta delle strategie di intervento dell'Area Funzionale di Risk Management (AFI Risk Management, AFI RM) Integrata alla Direzione del PO Alto Tevere (riorganizzazione come da Delibera 748 del 2016).

Come da Delibera **n.1575 del 16/12/2019** è al momento vigente il Piano di attività 2019/2021 per la gestione del rischio clinico, già trasmesso a tutti i Dirigenti e ai referenti di rete del rischio clinico e che verrà condiviso in occasione del prossimo Collegio di Direzione. Il Piano è stato redatto sulla base delle indicazioni recenti fornite dalla Regione Umbria nel Documento "Linee di indirizzo regionali per la redazione del piano di attività per la gestione del rischio clinico (PAGR)".

Il Piano di Attività rappresenta lo strumento orientativo ed operativo tramite il quale le strategie si traducono in azioni e solitamente ha durata triennale ma, qualora dal profilo di rischio emergessero necessità non contemplate nel Piano, è ovvio che l'AFI Risk Management dovrà provvedere alla revisione del documento integrando quanto necessario.

**Strumenti utilizzati per la Mappatura del Rischio Aziendale  
(Profilo Di Rischio Clinico Aziendale)**

Le fonti per l'analisi del rischio sono state:

1. argomenti trattati ed individuati dal Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza dei Pazienti di cui tutti i *Risk Manager* delle diverse Aziende Sanitarie fanno parte;
2. schede di segnalazione spontanea di *incident reporting* inserite nel supporto informatizzato;
3. schede di segnalazione delle cadute inserite nel supporto informatizzato;
4. segnalazioni del Comitato per la prevenzione delle Infezioni Ospedaliere;
5. sinistri trattati in sede di *CO.GE.SI.* ;

**AFI Aziendale "Risk Management"**

e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

6. segnalazioni informali da parte di pazienti e parenti (*stakeholders*);
7. dati/segnalazioni/informazioni derivanti dalle relazioni prodotte durante eventi formativi, congressi, convegni;
8. segnalazioni URP;
9. segnalazioni di farmacovigilanza e dispositivovigilanza.

Dai dati emersi dalle fonti di cui sopra, sono emerse necessità che comporteranno l'orientamento delle attività verso gli ambiti e le aree di seguito elencate.

La maggioranza delle attività previste è già compresa nel Piano di Attività vigente.

## **RISCHI INDIVIDUATI IN BASE ALLE FONTI E POSSIBILI AMBITI DI MIGLIORAMENTO**

### **FONTE 1.**

#### ***ARGOMENTI TRATTATI ED INDIVIDUATI DAL CENTRO REGIONALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO E LA SICUREZZA DEI PAZIENTI***

Dall'analisi dei flussi SDO e dalle schede di morte ISTAT visionate a campione è emersa la necessità di aumentare le conoscenze relative alla gestione della sepsi in ospedale e nel territorio. In particolare sembra utile focalizzare nuovamente l'attenzione sulle nuove Linee di Indirizzo regionali inerenti "LA GESTIONE DELLA SEPSI E DELLO SHOCK SETTICO".

La sepsi rappresenta, infatti, una condizione clinica relativamente frequente (1,5-2,4 casi ogni 1.000 abitanti), di difficile gestione, associata ad una mortalità molto elevata quando si accompagna a insufficienza d'organo (20-50%) e che raggiunge il 40 - 70% in caso di shock

**AFI Aziendale "Risk Management"**

e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

settico.

In Umbria si è verificato un progressivo incremento dei ricoveri per sepsi (n.2040 nel 2014, n. 2338 nel 2015, n. 2473 nel 2016) con una mortalità del 33%; nell'anno 2017 sono avvenuti 3003 ricoveri per sepsi (3,3 casi per 1.000 abitanti), con una mortalità del 31%.

Adottando tempestivamente strategie di provata efficacia è possibile ridurre in modo significativo la mortalità associata alla sepsi.

L'American Medical Association nella terza *Consensus Conference* internazionale per la sepsi e lo shock settico (1) afferma i seguenti concetti chiave:

- La sepsi rappresenta la prima causa di morte per infezione, in particolare se misconosciuta e non trattata tempestivamente.
- La sepsi è una sindrome determinata da fattori patogeni e fattori dell'ospite (es. sesso, età, determinanti genetici, comorbidità, ambiente), con caratteristiche che evolvono nel tempo. Ciò che differenzia la sepsi dall'infezione è una non controllata risposta dell'ospite e la presenza di disfunzione d'organo.

La disfunzione d'organo indotta da sepsi può essere occulta; perciò la sua presenza deve essere presa in considerazione in ogni paziente con infezione.

Per converso, una infezione non riconosciuta può essere la causa dell'insorgenza di una disfunzione d'organo.

Ogni inspiegata disfunzione d'organo fa pertanto sorgere il sospetto di una infezione sottostante.

- Le caratteristiche cliniche e biologiche della sepsi possono essere modificate da malattie acute preesistenti, da malattie croniche, terapie farmacologiche, interventi chirurgici e procedure invasive.

- Infezioni specifiche possono portare ad una disfunzione dell'organo interessato, senza generare una non controllata risposta dell'ospite.

Le nuove definizioni di sepsi e shock settico stabilite dal gruppo dalla terza *Consensus Conference* internazionale nel febbraio del 2016 (1) – come sottolineato dal comitato della Surviving Sepsis Campaign –SSC- (2,4) – rendono ridondante la definizione di "sepsi grave" che viene sostituita dal termine "sepsi" e non modificano nessun aspetto dell'identificazione e del

**AFI Aziendale "Risk Management"**

e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

trattamento e quindi dell'applicazione dei *bundles* a 3 e 6 ore dal riconoscimento dell'evento settico.

Nonostante la sua pericolosità la consapevolezza sulla sepsi è ancora limitata e le diverse manifestazioni della sepsi rendono difficile la diagnosi, anche per clinici esperti.

Ci si pone pertanto l'obiettivo di far crescere l'attenzione sul tema della sepsi anche al di fuori dei Reparti di Terapia Intensiva, attraverso il più ampio coinvolgimento del personale sanitario delle strutture del Sistema Urgenza Emergenza 118, di Pronto Soccorso e di Degenza per assicurare la tempestiva identificazione dei pazienti a rischio di sviluppare un grave quadro settico ed attivazione delle necessarie procedure diagnostico-terapeutiche.

Anche per la sepsi si ripropone il concetto di "**golden hour(s)**" e si sottolinea l'analogia con i principi di trattamento dei gravi quadri clinici di particolare complessità e delle patologie tempo dipendenti come il politrauma, l'infarto miocardico acuto (IMA), lo stroke "time to needle".

Alla luce di quanto sopra, nel corso del 2020 è auspicabile che **lo Staff Qualità congiuntamente al Dipartimento Emergenza e Accettazione (DEA)**, programmino un nuovo evento per la diffusione e condivisione dei nuovi modelli utilizzati per la definizione di sepsi e la sua gestione sia a livello territoriale che ospedaliero.

- Responsabilità di azione: Staff Qualità e Dipartimento Emergenza e Accettazione (DEA)
- Tempistica di implementazione: Anno 2020

**AFI Aziendale "Risk Management"**

e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

**Fonte 2. e 3.**

***SCHEDA DI SEGNALAZIONE SPONTANEA DI INCIDENT REPORTING INSERITE NEL SUPPORTO INFORMATIZZATO E SCHEDA DI SEGNALAZIONE DELLE CADUTE INSERITE NEL SUPPORTO INFORMATIZZATO***

**GESTIONE EVENTI AVVERSI ED EVENTI SENTINELLA**

Per la segnalazione e la conseguente gestione degli eventi avversi, è stata elaborata sin dal 2015, una specifica **procedura aziendale PGA 25 "Incident Reporting"** implementata tramite alcuni incontri e comprensiva di una Istruzione Operativa che codifica passo per passo la modalità di segnalazione degli eventi, fornendo a tutti i Servizi uno strumento unico da utilizzare. La Procedura durante il presente anno è stata revisionata ed implementata nei Servizi ospedalieri e territoriali con incontri specifici.

Per facilitare le segnalazioni è stata creata una **scheda di segnalazione informatizzata** che è disponibile ed accessibile da tutte le postazioni aziendali digitando il seguente indirizzo mail [http://webpriv.uslumbria1.it/rischioclinico/schedarischio\\_list.php](http://webpriv.uslumbria1.it/rischioclinico/schedarischio_list.php).

La scheda nel corso degli anni è stata più volte integrata con moduli nuovi e più specifici e attualmente è in visione alla Regione per utilizzarla come modello unico di segnalazione per tutte le aziende sanitarie del territorio.

La segnalazione informatizzata oltre a rendere più immediato il flusso di ricezione, garantisce anche l'anonimato, requisito e garanzia fondamentale per la credibilità e la sopravvivenza del sistema stesso.

Sono giunte durante l'anno 2019 in totale **183 segnalazioni** (contro le 167 del 2018) di cui:

- 129 cadute non sentinella ovvero cadute senza grave esito, come da PGA 24 "Prevenzione e gestione delle cadute" (*vedi tabella 4-7*)
- 5 near miss (eventi A nella ns scheda) (*vedi tabella 1-3*)
- 21 eventi avversi (eventi B nella ns scheda) (*vedi tabella 1-3*)



**AFI Aziendale "Risk Management"**

e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

- 17 no harm event (eventi C nella ns scheda)(*vedi tabella 1-3*)
- 11 eventi sentinella (eventi D nella ns scheda)(*vedi tabella 1-3*)

Si riportano di seguito i report direttamente estratti dal sistema e che utilizzeremo per definire e stratificare meglio il rischio aziendale, individuando, come precisato sopra, le aree su cui lavoreremo nel corso del 2020.

**AFI Aziendale "Risk Management"**

e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

**TABELLA 1-REPORT TIPO EVENTO/STRUTTURA**Gruppo X:**Tipo evento** Gruppo Y:**Ospedale** Campo:**Quantità** Gruppo di funzioni:**sum**

	A	B	C	D	Somma
Dipartimento Salute Mentale area Nord			2		2
Dipartimento Salute Mentale area Sud				1	1
Dipartimento dipendenze area Nord			1		1
Dipartimento dipendenze area Sud	1				1
Dipartimento prevenzione				1	1
Distretto Alto Tevere		1			1
Distretto Assisano		1			1
Distretto Mvt	1		1		2
Distretto del Perugino		2	2	1	5
Distretto del Trasimeno				1	1
H Assisi			1	1	2
H Città di Castello	2	7	5	4	18
H Gubbio/Gualdo Tadino	1	7	3	1	12
H Media Valle del Tevere		3	2	1	6
Somma	5	21	17	11	54

**AFI Aziendale "Risk Management"**

e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

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

Gruppo X:**Tipo evento** Gruppo Y:**Desc Sintetica** Campo:**Quant** Gruppo di  
funzioni:**sum**

	A	B	C	D	Somma
Altro evento	1	4	4	4	13
Cadute				5	5
Errori su farmaci - farmaco somministrato	1	1	1		3
Errori su farmaci - sovra/sotto dosaggio	1		1		2
Omissione/ritardo/inesattezza nell'esecuzione di un trattamento	1	3			4
Omissione/ritardo/inesattezza nell'esecuzione di una procedura assistenziale		1	5		6
Problema con attrezzature sanitarie/economali/materiali di consumo			2		2
Violazione della riservatezza			1		1
Violazione della sicurezza personale del paziente	1		1		2
Violenza nei confronti del personale dipendente		12	2	2	16
Somma	5	21	17	11	54

**AFI Aziendale "Risk Management"**

e-mail: rischio.clinico@aslumbria1.it

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

Gruppo X: <b>Tipo evento</b>	Gruppo Y: <b>Sentinella</b>			Campo: <b>Quanti</b>	Gruppo di funzioni: <b>sum</b>	
	A	B	C	D	Somma	
	5	21	17		43	
Atti di violenza a danno di operatore				2	2	
Morte o grave danno per caduta di paziente				5	5	
Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente				3	3	
Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale				1	1	
<b>Somma</b>	<b>5</b>	<b>21</b>	<b>17</b>	<b>11</b>	<b>54</b>	

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*
- *Violenza nei confronti del personale dipendente*
- *Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale*

**I dati quali-quantitativi riferiti a tutte le tipologia di evento (A,B,C,D) appaiono più o meno in linea con quelli dell'anno 2018.**

**AFI Aziendale "Risk Management"**

e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

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*



**AFI Aziendale "Risk Management"**  
e-mail: rischio.clinico@aslumbria1.it

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

Schedacadute Report

Gruppo X:Struttura Gruppo Y:Un Op Campo:Quantità Gruppo di funzioni:sum

	H Castiglione del Lago	H Assisi	H Città della Fieve	H Media Valle del Tevere	H Città di Castello	H Umbertide	H Passignano	H Gubbio/Gualdo Tadino	Distretto Mt	Distretto Alto Chiascio	Distretto del Perugino	Distretto del Trasimeno	Somma
medicina generale	4	5	1	5	14	3		8					40
stroke unit					1			3					4
chirurgia generale								2					2
riabilitazione ortopedica				2									2
neurologia	1				1								2
oncologia					2			1					3
ortopedia e traumatologia					1			1					2
otorinolaringoiatria					1								1
urologia								1					1
cardiologia		1			5			4		2			12
cori							11					9	20
rianimazione					1								1
centro di salute											1		1
pronto soccorso		1			1	2							4
RSA			1						3		11	1	16
esm area NORD					1								1
radiologia				1	1								2
residenza proletta											5	1	6
Day Surgery								1					1
												1	1
Poliambulatori					3			1					4
senologia					1								1
Ambulatorio Oculistico					1								1
Medicina Specialistica					1								1
<b>Somma</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>35</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>22</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>17</b>	<b>12</b>	<b>129</b>

**AFI Aziendale "Risk Management"**

e-mail: rischio.clinico@aslumbria1.it

**TABELLA 5- REPORT CADUTE GIORNO SETTIMANA/STRUTTURA****Schedacadute Report**Gruppo X:**Giorno settimana** Gruppo Y:**Struttura** Campo:**Quantità** Gruppo di funzioni:**sum**

	Domenica	Giovedì	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Sabato	Venerdì	Somma
H Castiglione del Lago			1	3			1	5
H Assisi	1		1	3	2			7
H Città della Pieve		1			1			2
H Media Valle del Tevere	1	1		4		2		8
H Città di Castello	5	1	4	2	6	9	8	35
H Umbertide	2	1			1		1	5
H Passignano	2	1	3	1	1	2	1	11
H Gubbio/Gualdo Tadino	7		6	2	2	3	2	22
Distretto Mvt		1	1	1				3
Distretto Alto Chiascio					1	1		2
Distretto del Perugino		7	4	4			2	17
Distretto del Trasimeno	3	2	1	1	2	1	2	12
Somma	21	15	21	21	16	18	17	129

**AFI Aziendale "Risk Management"**

e-mail: rischio.clinico@aslumbria1.it

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

Gruppo X:Turno	Gruppo Y:Un_Op	Campo:Quanti			Gruppo di funzioni:sum
		MA	NO	PO	Somma
medicina generale		14	22	4	40
stroke unit			3	1	4
chirurgia generale		1	1		2
riabilitazione ortopedica		1		1	2
neurologia		1	1		2
oncologia		2	1		3
ortopedia e traumatologia				2	2
otorinolaringoiatria		1			1
urologia		1			1
cardiologia		4	8		12
cori		11	1	8	20
rianimazione		1			1
centro di salute		1			1
pronto soccorso		2	2		4
RSA		5	4	7	16
csm area NORD		1			1
radiologia				2	2
residenza protetta		3		3	6
Day Surgery			1		1
		1			1
Poliambulatori		3		1	4
senologia		1			1
Ambulatorio Oculistico		1			1
Medicina Specialistica		1			1
Somma		56	44	29	129



**AFI Aziendale "Risk Management"**  
e-mail: rischio.clinico@aslumbria1.it

**TABELLA 7- REPORT CADUTE LUOGO CADUTA / UU.OO**

**Schedacadute Report**

Gruppo X:Luogo caduta Gruppo Y:Un\_Op Campo:Quantil Gruppo di funzioni:sum

	Amb. protetto	Ambulatori	Bagno	Camera	Camera calda	Corridoio	Esterno	Giardino	Palestra	Sala attesa	Sala Pranzo	Sala Relax	Sala TC	Scale	Somma	
medicina generale			37	118		6								1	162	
stroke unit				7											7	
chirurgia generale			4	9		1									14	
chirurgia plastica				2											2	
riabilitazione ortopedica			4	3		1									8	
lungodegenza				1											1	
nefrologia e dialisi				1		1									2	
neurologia			5	15		1	1								22	
oncologia			11	3											14	
ortopedia e traumatologia			2	6											8	
otonomianngoiatria		1								1					2	
recupero e riabilitazione									1						1	
urologia				2											2	
cardiologia			8	17		1					1				26	
cori			18	39	1		1	4			1				64	
rianimazione				1											1	
centro di salute		1													1	
chirurgia senologica		1													1	
pronto soccorso			1	10			1			2					14	
RSA	1		6	17		7					1			1	33	
casa della Salute			2			1									3	
csm area NORD						2									2	
centro diurno alzheimer						1						1			2	
radiologia		1		1						1			2		5	
residenza protetta			3	12		4					1				20	
Comunità alloggio				1											1	
Day Surgery			1			1									2	
Rsa Umbertide			3	4											7	
		1													1	
Poliambulatori	1	3				1				2				1	8	
senologia		2													2	
Ambulatorio Oculistico		1													1	
Medicina Specialistica			1	2											3	
Somma	1	1	11	106	271	1	28	1	2	5	6	3	1	2	3	442

**AFI Aziendale "Risk Management"**

e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

Di seguito, tenuto conto di tutti gli eventi occorsi, con particolare attenzione rivolta a quelli sentinella, sono state individuate le seguenti aree di intervento per l'anno 2020:

**A. CADUTE**

- **modalità di segnalazione :** vista le frequenza dell'evento caduta nella ns Ausl, primo evento sentinella segnalato in *trend* con i dati nazionali ed internazionali, è stata valutata la possibilità di creare una **scheda informatizzata e direttamente accessibile al personale** in analogia a quanto fatto per le segnalazioni spontanee di *incident reporting*. Questo con lo scopo di creare anche un agevole *data-base* per l'analisi dei dati: capire il ritmo circadiano delle cadute, i luoghi in cui più spesso il paziente cade, le circostanze *etc.*. Come si può vedere dai *report* poter infatti disporre di dati estraibili in vario modo ed analizzabili per singolo dettaglio, è fondamentale per contrastare questo tipo di evento, pertanto, valuteremo nel corso del biennio 2020-2022 tutte le azioni utili a implementare il sistema e soprattutto formare quanti più operatori possibili al corretto inserimento. Per ora, come da PGA 24 "Prevenzione e gestione delle cadute nelle strutture della usl umbria1", vengono ancora utilizzate da tutti i Servizi e le UUOO le schede cartacee che vengono poi registrate sul sistema direttamente dall'AFI Risk Management. Questo per creare, intanto, una banca dati sulla quale lavorare per analizzare il problema. La Procedura è stata revisionata da poco ed implementata nei Servizi ospedalieri e territoriali con incontri specifici.
- **strategie di contenimento per le strutture ambulatoriali territoriali:** le frequenti cadute, seppur molte senza danno per il paziente o con danno lieve, occorse nelle diverse **strutture territoriali** della USL e negli ambiti ambulatoriali, testimoniano la necessità di individuare **strategie ad hoc** per limitare il fenomeno. E' stato proposto dall'AFI RM un tavolo tecnico multidisciplinare per la elaborazione di una procedura specifica al contenimento delle cadute nei *setting* ambulatoriali. Soprattutto nel territorio infatti è

**AFI Aziendale "Risk Management"**

e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

frequente la caduta in Poliambulatori, nei centri di Salute o in altri servizi in cui il paziente afferisce in modo *spot*. Inoltre, è stata proposta allo staff Qualità e Comunicazione, la possibilità di elaborare poster *ad hoc* per utenti ambulatoriali da appendere nelle varie sale di attesa dei Servizi del territorio.

- **strategie di contenimento per le strutture di ricovero:** oltre alla revisione della PGA 24 "Prevenzione e gestione delle cadute nelle strutture della usl umbria1" che prevede l'adozione di una nuova scala di valutazione del rischio caduta contenuta nella Cartella Clinica Informatizzata Galileo, è stato ulteriormente diffuso un **poster informativo** da appendere nei corridoi dei reparti di degenza e nelle camere, in cui si consigliano ai ricoverati, piccoli accorgimenti utili a contrastare la possibilità di caduta. Valutando i dati derivanti dalle schede di segnalazione, in particolare considerando i luoghi a maggior frequenza di caduta ossia camera di degenza e bagno, andrà valutata nel corso del presente anno la possibilità di implementare piccoli accorgimenti logistico-strutturali che possano limitare l'occorrenza del fenomeno.
- **Audit di tipo SEA:** per tutte le cadute senza grave danno si raccomanda l'effettuazione di un Significant Event Audit (SEA) interno alla UO/Servizio in cui si è verificato l'evento e l'invio del verbale prodotto sul format allegato alla procedura. Spesso purtroppo i verbali prodotti vengono inviati alla ns Area solo dopo numerosi solleciti e alcuni risultano qualitativamente non ottimi. Con l'elaborazione di una scheda informatizzata su cui caricare direttamente anche l'esito di quanto verbalizzato, probabilmente potrà essere più facile l'invio dei verbali degli audit SEA. Per aumentare la qualità di quanto trasmesso, invece, l'unica possibilità è la creazione di ulteriori **momenti formativi** mirati ad estendere capacità e competenze ed aumentare la sensibilità degli operatori a tale argomento provocando anche un aumento dell'adesione ai protocolli e un miglioramento complessivo di tutta la documentazione prodotta.

**AFI Aziendale "Risk Management"**

e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

**B. ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI**

L'atto di violenza a danno degli operatori resta uno degli eventi più segnalati, sia come evento sentinella che come evento avverso con o senza danno (*near miss*), questo è probabilmente spia anche di un disagio sociale che è palese a livello nazionale.

Consci di ciò, con la collaborazione dell'Area Funzionale Integrata di Psicologia Aziendale, dopo aver sperimentato tramite un progetto pilota ossia un corso nel PO Alto Tevere per l'anno 2017, è stato reso definitivo dal 2018 un evento specifico sul tema, in più edizioni e in più sedi della UsI per offrire al personale sanitario la possibilità di superare eventuali traumi psicologici legati a particolari eventi subiti durante il lavoro

Inoltre, con la collaborazione dello Staff di Sicurezza Aziendale (SSA), già nel corso del 2017 era stata redatta la Procedura specifica PGA 8/17 " **PREVENZIONE ATTI DI VIOLENZA NEI CONFRONTI DEGLI OPERATORI SANITARI**".

La procedura, disponibile nel sito intranet, è stata revisionata nel corso del 2019 anche alla luce delle nuove Linee di Indirizzo Regionale "prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari".

Sarà tuttavia utile, come Raccomandato dalla Regione effettuare anche delle modifiche logistico-organizzative utili alla possibile prevenzione di atti di aggressione fisica/verbale a danno dei ns operatori. Il ripristino di vigilanza h24 negli ospedali, almeno sede di DEA, e la diffusione di impianti di videosorveglianza potrebbero essere strategie utili a tale scopo. Urge comunque che il Comitato Aziendale per la Prevenzione della violenza, costituito nel corso del 2019, si riunisca nuovamente per definire le misure più idonee da implementare per contenere tali atti.

**C. SUICIDIO O TENTATO SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE**

Il suicidio in ospedale o il tentativo di suicidio di pazienti nelle strutture di ricovero rappresentano un evento sentinella rilevante, pertanto, è necessario che negli ospedali

**AFI Aziendale "Risk Management"**

e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

vengano adottati strumenti e misure idonee di prevenzione, non solo definendo un percorso clinico assistenziale per i pazienti a rischio suicidio, ma soprattutto definendolo per **i pazienti che accedono in Pronto Soccorso con atto di autolesionismo o per tentato suicidio**. E' stata perciò redatta una procedura per la gestione del paziente che accede in Pronto Soccorso con atto di autolesionismo o per tentato suicidio, in collaborazione con il DSM e il DEU.

E' inoltre stata richiesta alla Direzione generale l'attivazione di almeno **8 posti letto aziendali di SPDC** con personale formato e dedicato in modo da poter trattare adeguatamente questo tipo di paziente.

Il DEU, Il Servizio di Sicurezza Aziendale, il DSM e il Rischio Clinico dovrebbero nel corso del 2020 valutare la possibilità di implementare misure logistico-strutturali idonee al massimo contenimento dei possibili episodi.

**D. ERRORI SU FARMACI**

**(SOVRA/SOTTO DOSAGGIO, ERRORE DI SOMMINISTRAZIONE)**

Gli eventi segnalati riconducibili al tema in oggetto, seppur contenuti in numerosità, hanno messo in luce un possibile problema legato anche alla non corretta identificazione dei pazienti.

Il dato positivo è che il numero di casi legati a questo tipo di evento è drasticamente sceso rispetto agli anni precedenti grazie alla progressiva introduzione, in tutti i *setting* di degenza della USL, del braccialetto identificativo.

L'utilizzo del braccialetto oltre alla corretta identificazione permette anche la somministrazione sicura attraverso il *match* tra braccialetto del paziente e farmaco da somministrare, effettuato direttamente al letto del paziente, come esplicito nella specifica procedura aziendale .

**AFI Aziendale "Risk Management"**  
e-mail: rischio.clinico@aslumbria1.it

### **E. OMISSIONI, RITARDI O INESATTEZZE DI UNA PROCEDURA ASSISTENZIALE O DI UN TRATTAMENTO**

L'arricchimento del piano annuale della formazione con l'inserimento di molti corsi inerenti le Procedure Aziendali già in auge o in corso di implementazione, ha permesso di estendere la conoscenza su molti percorsi e trattamenti di nuova applicazione. Nel corso del prossimo anno valuteremo l'impatto in termini di riduzione/aumento degli eventi legati alla non conoscenza delle stesse. In accordo con lo Staff Formazione continueremo comunque a privilegiare l'inserimento nel piano di corsi che esplicitino il più possibile percorsi e procedure aziendali nuove e/o già consolidate.

### **F. RAFFORZAMENTO RETE DEI REFERENTI PER IL RISCHIO CLINICO E SENSIBILIZZAZIONE DEGLI OPERATORI: INFORMAZIONE , FORMAZIONE SPECIFICA ED OFFERTA FORMATIVA AZIENDALE**

Al fine di facilitare la diffusione della cultura del rischio clinico e di porre in essere azioni efficaci e diffuse in tutta l'Azienda, oltre che di poter monitorare con maggiore facilità tutti i Servizi anche Territoriali della Ausl Umbria 1, è stata revisionata e deliberata nuovamente nel corso del 2018 LA **Rete Aziendale del Rischio Clinico**, costituita da operatori afferenti ad ogni Dipartimento / Presidio/ Servizio Territoriale della Usl. Tale rete è indispensabile in considerazione dell'estensione territoriale della Nostra Usl e dell'organigramma della Struttura di *Risk Management*. Nel corso del biennio 2020-21 la Rete verrà nuovamente revisionata.

La **formazione dei referenti rappresenta il requisito indispensabile per un Sistema di gestione del Rischio Clinico che funzioni seriamente**, è importante che ognuno approfondisca conoscenze e competenze sul tema del Rischio Clinico, per far sì che ogni referente possa agire autonomamente in linea con gli obiettivi e le strategie

**AFI Aziendale "Risk Management"**

e-mail: rischio.clinico@aslumbria1.it

della struttura. Al fine comunque di estendere capacità e competenze sul tema E SENSIBILIZZARE TUTTI GLI OPERATORI , facilitando quindi anche il ruolo dei referenti, sono stati organizzati Corsi di formazione specifici nelle diverse sedi: Città di Castello, Gubbio, Pantalla e a Perugia al Centro di formazione.

Dall' anno 2018 viene inoltre organizzato in Azienda **un corso teorico-pratico con simulazione di evento avverso** e conseguente reazione. Durante il corso, che dal 2018 è diventato obbligatorio e verrà riproposto come formazione permanente, i discenti vengono suddivisi in gruppo e dopo la visione di un filmato messo a disposizione dal Servizio Sanitario della Gran Bretagna, vengono forniti tutti gli strumenti disponibili in azienda da utilizzare per la segnalazione e la gestione dell'evento: *scheda di incident reporting e modulo Significant Event Audit.*

- *Responsabilità di azione punti A-F : Gestione Rischio Clinico con tutti gli Staff coinvolti in ogni punto*
- *Tempistica di implementazione: Anno 2020*

**Fonte 4 e 5.**

**SEGNALAZIONI DEL COMITATO PER LA PREVENZIONE DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE  
e SINISTRI TRATTATI IN SEDE DI CO.GE.SI.**

Dall'analisi delle fonti di cui sopra è emersa la necessità di approfondire e dedicare maggiori sforzi al contenimento delle infezioni Ospedaliere, in particolare insieme a tutti i Servizi Aziendali coinvolti ed interessati è in fase di stesura il Piano Triennale per le Infezioni Correlate all' Assistenza mediante il quale verranno non solo programmate le linee strategiche aziendali per il contenimento delle infezioni ospedaliere, ma verrà anche sistematizzato in un unico documento quanto fatto fino ad ora per contenere la diffusione delle i.o.

**AFI Aziendale "Risk Management"**

e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

- Responsabilità di azione: Gestione Rischio Clinico con tutti gli Staff coinvolti
- Tempistica di implementazione: Anno 2020

*FONTI. 6, 7 e 8. **SEGNALAZIONI INFORMALI DA PARTE DI PAZIENTI E PARENTI (STAKEHOLDERS); DATI/SEGNALAZIONI/INFORMAZIONI DERIVANTI DALLE RELAZIONI PRODOTTE DURANTE EVENTI FORMATIVI, CONGRESSI, CONVEGNI; SEGNALAZIONI URP***

Dai dati URP e dalle segnalazioni informatiche è emersa la necessità di canalizzare il lavoro di tutti i Servizi in Staff alla Direzione Aziendale nella programmazione inerente tre tematiche principali:

1. Il Piano di Contenimento delle Liste d'Attesa
2. L' Aspetto Comunicativo e Relazionale
3. Il tema dell' Umanizzazione

Per quanto riguarda il punto 1 è già messo in atto tutto quanto indicato dallo specifico Piano Regionale.

Inerentemente al 2 e 3 punto si è proceduto a concentrare molti sforzi sul *restayling* del sito aziendale, aggiornandolo, inserendo alcune funzioni e sezioni nuove tra cui la pagina dedicata alla "Gestione del Rischio" che sta permettendo di estendere le conoscenze in tema di *Risk Management* a tutti gli operatori e i cittadini, dimostrando ed informando gli utenti sulle importanti procedure messe in atto dall' azienda per aumentare la sicurezza dei pazienti. Il sito è raggiungibile al seguente indirizzo mail <http://www.uslumbria1.gov.it/notizie/risk-management>.



**AFI Aziendale "Risk Management"**

e-mail: rischio.clinico@uslumbria1.it

- *Responsabilità di azione: Gestione Rischio Clinico con tutti gli Staff coinvolti (Staff Qualità e Comunicazione)*
- *Tempistica di implementazione: Anno 2020*

***FONTE 9. SEGNALAZIONI DI FARMACOVIGILANZA E DISPOSITIVOVIGILANZA***

La scarsità delle segnalazioni giunte e le modalità di arrivo di quelle effettuate ci hanno mostrato la concreta necessità di distribuire a livello Dipartimentale e Distrettuale ancora una volta informazioni sulle corrette modalità di segnalazione e gestione di eventi di questo tipo.

In accordo con Il servizio farmaceutico aziendale, durante i corsi di Formazione del Rischio Clinico una parte verrà dedicata alla formazione inerente la compilazione delle schede specifiche per la tematica.

- *Responsabilità di azione: Gestione Rischio Clinico e Servizio Aziendale Farmacia*
- *Tempistica di implementazione: Anno 2020*