

PIANO AZIENDALE

PER LA GESTIONE DEL RISCHIO

E LA SICUREZZA DELLE CURE

2025-2027

(PAGR)

Responsabilità del Coordinamento complessivo a carico della Struttura Aziendale "Risk Management".

Redatto a cura della Direzione Sanitaria e dell' AFI Risk Management in accordo con tutti i Direttori di Macrostruttura, dei Distretti e tenuto conto delle risultanze degli incontri con la rete dei referenti del rischio clinico.

Approvato dal Collegio di Direzione nella seduta del 14/05/2025.

Diffuso per pubblicazione nella sezione del sito intranet aziendale.

INDICE

1. Premesse e inquadramento normativo
2. Descrizione del contesto di riferimento
 - 2.1 Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente*
 - 2.2 Assetto organizzativo aziendale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza delle cure*
3. Mappatura del rischio sanitario
 - 3.1 Fonti informative*
 - 3.2 Incident Reporting*
 - 3.3 Risultati raggiunti con il Piano triennale 2022-2024*
4. Piano triennale di attività per la gestione del rischio clinico (PAGR) 2025-2027
 - 4.1 Ambiti applicabilita' PAGR 2025-2027*
 - 4.2 Ambiti prioritari di intervento per il controllo e il contenimento del rischio*
5. Obiettivi per la sicurezza delle cure e la Gestione del Rischio

Direzione Sanitaria
AFI Risk Management**1. Premesse e inquadramento normativo**

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

La Regione Umbria, nelle Linee di indirizzo per la definizione dell'organizzazione e delle funzioni per la Gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente prevede la predisposizione del Piano di attività per la Gestione del Rischio Clinico –PAGR– (DGR n.6776 del 28/06/2018) che rappresenta lo strumento per implementare il sistema sicurezza nelle organizzazioni sanitarie attraverso l'integrazione delle competenze cliniche, assistenziali e tecnico-professionali e la realizzazione di sinergie con altri piani o programmi (qualità, appropriatezza, continuità delle cure, sicurezza degli operatori).

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

La definizione del Piano triennale per la Gestione del Rischio Clinico 2025-2027 dell'Azienda USL Umbria 1 avviene in continuità con i precedenti Piani di attività ed in coerenza con le 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

Direzione Sanitaria
AFI Risk Management

dell'attenzione il cittadino che usufruisce dei servizi sanitari promuovendo la partecipazione dei pazienti e dei loro familiari.

2. Descrizione del contesto di riferimento

2.1 CONTESTO AZIENDALE

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 Km², dove insistono 38 Comuni suddivisi nei sei distretti.

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



La popolazione residente nell'Azienda USL Umbria n.1, al 1 gennaio 2024, era pari a 488.147 abitanti con una densità abitativa media di 113,58 ab./Km²; il 39% circa di tale popolazione fa riferimento al Distretto del Perugino.

**Direzione Sanitaria
AFI Risk Management**

Popolazione Residente 1 gennaio 2024 (Fonte ISTAT)

COMUNI	POPOLAZIONE RESIDENTE	SUPERFICIE KM. Q.	DENSITA' PER KM. Q.
DISTRETTO PERUGINO	190.316	551,49	345,09
DISTRETTO ASSISANO	60.452	384,37	157,28
DISTRETTO MEDIA VALLE TEVERE	55.394	781,16	70,91
DISTRETTO TRASIMENO	56.190	777,95	72,23
DISTRETTO ALTO TEVERE	74.026	987,25	74,98
DISTRETTO ALTO CHIASCIO	51.852	816,16	63,53
AZIENDA USL Umbria n.1	488.230	4.298,38	113,58

Rispetto al dato regionale, i residenti della USL Umbria 1 rappresentano quasi il 57,23% della popolazione umbra (853.068) con una maggior percentuale di donne (51,53%) rispetto agli uomini.

Popolazione Residente al 1 gennaio 2024 per sesso (Fonte ISTAT)

Distretti	Maschi		Femmine		Totale
	N°	%	N°	%	N°
Distretto Perugino	91.745	48,21	98.571	51,79	190.316
Distretto Assisano	29.232	48,36	31.220	51,64	60.452
Distretto MVT	27.205	49,11	28.189	50,89	55.394
Distretto Trasimeno	27.308	48,60	28.882	51,40	56.190
Distretto Alto Tevere	36.016	48,65	38.010	51,35	74.026
Distretto Alto Chiascio	25.116	48,44	26.736	51,56	51.852
Totale	236.622	48,47	251.608	51,53	488.230

Rispetto all'anno precedente, i residenti sono complessivamente diminuiti (488.327 nel 2023).

**Direzione Sanitaria
AFI Risk Management**

Per quanto riguarda l'età, ha un peso significativo la popolazione ultrasessantacinquenne pari al 26,04%, che, richiede l'applicazione di misure che promuovano il mantenimento della dinamicità nei soggetti anziani riconosciuti come "risorsa", ovvero programmi per un invecchiamento attivo e in buona salute, inteso come "processo di ottimizzazione delle opportunità relative alla salute, partecipazione e sicurezza, allo scopo di migliorare la qualità della vita delle persone anziane".

Popolazione Residente al 1 gennaio 2024 per Distretto e fasce di età (Fonte ISTAT)

Fasce d'età	0-14		15-64		65-74		>74		Totale
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Distretto Perugino	22.906	12,04	119.883	62,99	21.567	11,33	25.960	13,64	190.316
Distretto Assisano	7.384	12,21	38.127	63,07	6.895	11,41	8.046	13,31	60.452
Distretto MVT	6.401	11,56	33.963	61,31	6.965	12,57	8.065	14,56	55.394
Distretto Trasimeno	6.402	11,39	34.261	60,97	7.309	13,01	8.218	14,63	56.190
Distretto Alto Tevere	8.880	12,00	45.596	61,59	9.446	12,76	10.104	13,65	74.026
Distretto Alto Chiascio	5.543	10,69	31.753	61,24	6.596	12,72	7.960	15,35	51.852
Totale	57.516	11,78	303.583	62,18	58.778	12,04	68.353	14,00	488.230

Cosa facciamo e come operiamo

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:

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

Di seguito si riporta sinteticamente l'analisi delle risorse e dell'attività erogata dai servizi dell'Azienda e si rimanda alla Relazione Sanitaria Annuale, pubblicata sul sito <https://www.uslumbria1.it> per un'analisi completa dell'assistenza erogata.

La salute che produciamo

Direzione Sanitaria
AFI Risk Management**Assistenza territoriale**

L'Azienda è articolata in sei Distretti, i quali presentano una struttura organizzativa basata su un modello che prevede l'articolazione in Centri di Salute, decentrati in molteplici Punti di Erogazione.

I sei Distretti dell'Azienda USL Umbria n.1 garantiscono, attraverso proprie strutture, la maggior parte delle attività previste dal Livello Essenziale di Assistenza "Assistenza Distrettuale": l'assistenza dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, l'assistenza farmaceutica, l'assistenza domiciliare, l'attività di continuità assistenziale, l'assistenza specialistica ambulatoriale, l'assistenza consultoriale, l'assistenza riabilitativa, l'assistenza protesica, l'assistenza a persone con dipendenze patologiche, l'assistenza psichiatrica, l'assistenza socio-sanitaria. La programmazione nazionale e regionale ha incentivato, inoltre, lo sviluppo del ruolo dei Distretti nel "governo della domanda", al fine di riuscire a programmare efficacemente l'offerta di servizi e prestazioni, partendo da un'accurata analisi dei bisogni.

Nell'ambito dell'assistenza Territoriale, il Servizio Sanitario Nazionale garantisce alle persone con dipendenze patologiche o comportamenti di abuso patologico di sostanze la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che include le prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative previste dalle norme vigenti.

Tale assistenza è assicurata dai Servizi per le Dipendenze dislocati nei 6 territori aziendali. E' garantito alle persone con disturbi psichiatrici la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che include le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative previste dalle norme vigenti.

L'attività di promozione e tutela della salute mentale viene assicurata da 8 CSM, da strutture semiresidenziali (6 a gestione diretta e 2 convenzionate) e da strutture residenziali (18 a gestione diretta e 11 convenzionate).

Nell'Area Distrettuale l'Azienda ha operato mediante 177 strutture a gestione diretta e 69 strutture convenzionate insistenti sul territorio aziendale.

La tipologia di strutture e il tipo di assistenza erogata sono riassunte nelle seguenti tabelle.

**Direzione Sanitaria
AFI Risk Management**

DISTRETTO	CENTRI DI SALUTE	AFT	PUNTI UNICI DI ACCESSO
Distretto del Perugino	5	7	1
Distretto dell'Assisano	1	2	1
Distretto della MVT	2	3	1
Distretto del Trasimeno	2	3	1
Distretto dell'Alto Tevere	2*	3	1*
Distretto dell'Alto Chiascio	2	2	1
TOTALE	14	20	6

*Nel dettaglio per quanto attiene al Distretto Alto Tevere sono stati attivati due moduli COT Spoke a Città di Castello; Il Centro di Salute di Umbertide è diventato Casa di Comunità, per cui ha un Punto Unico di Accesso (PUA) proprio ed il Centro di Salute di Città di Castello- San Giustino ha il suo PUA socio-sanitario e sanitario attivo.

Strutture a gestione diretta 2024 (Mod. STS11)

Descrizione tipo assistenza erogata	AMBULATORIO E LABORATORIO	CASA DELLA COMUNITÀ	STRUTTURA RESIDENZIALE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE
ASSISTENZA AGLI ANZIANI			7	9	
ASSISTENZA AI DISABILI FISICI			1	7	
ASSISTENZA AI DISABILI PSICHICI				6	
ASSISTENZA ALLE PERSONE NELLA FASE TERMINALE DELLA VITA			1		1
ASSISTENZA DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE E DELL'ADOLESCENZA				2	10
ASSISTENZA PER DIPENDENZE PATOLOGICHE			1	1	9
ASSISTENZA PSICHIATRICA			20	9	11
ATTIVITÀ DI CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE					5
ATTIVITÀ DI OSPEDALE DI COMUNITÀ			5		
ATTIVITÀ CLINICA	47	2			2
ATTIVITÀ DI CONSULTORIO MATERNO-INFANTILE					21
ATTIVITÀ DI LABORATORIO	7				
DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI	10	1			3

**Direzione Sanitaria
AFI Risk Management**

(alcune strutture possono avere più tipologie di assistenza)

Strutture convenzionate 2023 (Mod. STS11)

Descrizione tipo assistenza erogata	AMBULATORIO E LABORATORIO	STRUTTURA RESIDENZIALE	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE
ATTIVITA' CLINICA	11		
DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI	11		
ASSISTENZA AGLI ANZIANI		16	2
ASSISTENZA AI DISABILI FISICI		1	3
ASSISTENZA AI DISABILI PSICHICI		5	5
ASSISTENZA PER DIPENDENZE PATOLOGICHE		3	1
ASSISTENZA PERSONE CON INFEZIONE DA HIV		1	
ASSISTENZA PSICHIATRICA		12	2

(alcune strutture possono avere più tipologie di assistenza)

Istituti o centri di riabilitazione convenzionati ex art.26 L.833/78 - 2023 (Mod. RIA 11)

Codice struttura	Denominazione struttura	Posti letto - Assistenza residenziale	Posti letto - Assistenza semiresidenziale
100A01	COMUNITA' CAPODARCO RESIDENZ.	20	0
100A03	COMUNITA' CAPODARCO SEMIRESID.	0	10
100B01	ISTITUTO SERAFICO	86	30
100B02	CENTRO SPERANZA	6	60
100B03	C.R.SERENI-OPERA DON GUANELLA	60	50
100B04	ISTITUTO PADRE L. DA CASORIA	16	0

L'Azienda garantisce assistenza nel territorio anche mediante la medicina generale/pediatri di libera scelta, i Medici di Continuità Assistenziale e i medici di Emergenza Territoriale e gli specialisti convenzionati. Nel corso degli anni hanno implementato la loro attività le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) aziendali.

**Direzione Sanitaria
AFI Risk Management**

Sono in corso ulteriori aperture delle Case di Comunità e Ospedali di Comunità tenuto conto anche della MISSIONE 6 PNRR.

Assistenza Territoriale: Attività di Distretto

Indicatori di Attività	2020	2021	2022	2023	Primi Nove Mesi 2024
Spesa netta assistenza farmaceutica convenzionata	69.641.182	69.505.220	66.395.966	62.839.878	49.035.374
Spesa per assistenza integrativa	8.101.890	10.194.630	7.605.010	4.302.789	3.684.671
Spesa protesica totale (conto 310/10/16, 310/10/18, 310/10/19, 310/10/20)	6.598.984	6.293.232	6.742.380	6.976.648	5.291.312
N. casi totali ADI	6.949	6.329	7.587	9.596	9.008
% anziani in C.D.con valutazione sulla popolazione anziana(>= 65 aa)MeS_B28.1.2	4,92	4,58	5,44	6,89	6,49
N. accessi ADI	203.150	181.047	189.121	248.002	221.642
n° posti letto deliberati (hospice)	10	10	10	10	10
n° utenti dimessi nel periodo (hospice)	167	139	170	200	157
n° giornate di presenza in Hospice	2.467	2.096	2.277	2.444	1.970
N. utenti totali Età Evolutiva	6.125	6.627	6.615	6.786	6.830
N. prestazioni totali Età Evolutiva	57.225	70.407	69.177	73.422	55.837
N° utenti ambulatoriali totali DCA	424	522	464	488	317
n° prestazioni ambulatoriali DCA	5.849	6.211	6.752	6.599	6.033
Numero prestazioni prodotte per esterni	690.307	603.360	608.044	651.785	514.416
Fatturato prestazioni prodotte per esterni	6.982.835,31	7.182.685,79	7.574.611,05	7.987.791,27	6.169.691,45
n° giornate di presenza in C.D. anziani	10.671	12.137	18.114	20.936	16.925
N. giornate presenza RP a gestione diretta nel periodo	33.698	31.169	30.744	31.015	23.257
N. giornate presenza RSA a gestione diretta nel periodo	33.606	28.132	28.718	39.699	20.018

Direzione Sanitaria
AFI Risk Management

Usl Umbria n.1. Assistenza Distrettuale: Salute Mentale

Indicatori di Attività	2020	2021	2022	2023	Primi Nove Mesi 2024
N. utenti CSM totali	9.776	10.325	10.265	10.008	9.377
N. accessi CSM	117.682	116.994	116.078	114.711	85.725
N. prestazioni totali CSM	135.716	136.235	134.996	133.907	99.668
N. utenti Str. Semiresidenziali SISM a gestione diretta già in carico inizio anno	188	175	181	175	180
N. ammissioni nel periodo in Str. Semiresidenziali SISM a gestione diretta	35	41	32	57	45
N. giornate presenza in Str. Semiresidenziali SISM a gestione diretta	18.347	22.742	22.929	23.887	16.878
N. utenti Str. Residenziali SISM a gestione diretta già in carico inizio anno	141	123	131	127	132
N. ammissioni nel periodo in Str. Residenziali SISM a gestione diretta	55	47	63	43	39
N. giornate presenza in Str. Residenziali SISM a gestione diretta	50.104	48.676	49.237	49.568	38.529

Prevenzione collettiva e sanità pubblica

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

Il Dipartimento di Prevenzione è articolato in macro-aree a cui afferiscono le Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali:

- Sanità Pubblica: UOC Igiene e Sanità Pubblica (I.S.P.), UOSD Epidemiologia;

Direzione Sanitaria
AFI Risk Management

- Prevenzione nei Luoghi di Lavoro: UOC Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (P.S.A.L.);
- Sanità Pubblica Veterinaria: UOC Sanità Animale (S.A.), UOC Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (I.A.P.Z.);
- Sicurezza Alimentare: UOC Igiene degli Alimenti di Origine Animale (I.A.O.A.), UOC Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (I.A.N.).

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

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

Vaccinazioni

Indicatori di Attività	2020	2021	2022	2023	2024
Tasso di copertura per la vaccinazione esavalente	96,03	96,12	96,61	96,7	96,96
Tasso di copertura vaccinale per meningococco C (entro 24° mese di vita)	88,05	87,02	88,02	92,01	90,85
Tasso di copertura vaccinale per MPR (I^dose)	94,29	94,15	95,36	96,12	95,21
Tasso di copertura vaccinale per pneumococco	93,91	94,82	94,63	94,76	94,96
Tasso di copertura vaccinale per 1° dose HPV F	73,93	75,44	81,96	84,88	85,52

**Direzione Sanitaria
AFI Risk Management**
Attività del Dipartimento di Prevenzione

Indicatori di Attività	2020	2021	2022	2023	Primi 9 mesi 2024
N° cantieri ispezionati	483	399	599	790	633
N° sopralluoghi effettuati nelle aziende agrarie	64	93	95	105	93
N° controlli in stabilimenti di macellazione di carni rosse	1.475	1.455	1.425	1457	1072
N° aziende del settore alimentare controllate	524	505	735	715	600
N° aziende di lavorazione/trasformaz./deposito di alimenti di origine animale controllate	87	78	93	85	87
N° aziende produz./trasformaz./confez./distribuz./somministraz. alimenti/bevande controllate	299	487	378	482	470
N° allevamenti controllati per il corretto utilizzo del farmaco veterinario	259	183	175	167	117
N° ambulatori veterinari controllati	25	15	32	25	18
N° aziende di produzione, deposito e commercializ. del farmaco veterinario controllate	26	20	31	29	22
N° aziende produzione e commerc. di alimenti zootecnici controllate	61	70	78	81	70
N° sopralluoghi effettuati per sorveglianza di alimenti zootecnici	196	178	234	232	148
N° allevamenti da latte (produzione primaria) controllati	25	35	48	74	61
N° sopralluoghi effettuati per la tutela del benessere animale	301	334	249	271	141
N° ambulatori di medicina di base e altre professionalità controllati	42	98	69	65	45
N° campioni acque potabili effettuati in distribuzione	1.804	2.635	1.850	2.207	1.178
N° strutture sanitarie controllate	153	232	218	206	151
N° cani e gatti sterilizzati	2.009	1.974	1.946	2021	1605

Direzione Sanitaria
AFI Risk Management**Assistenza Ospedaliera**

L'assistenza ospedaliera è assicurata dai tre Presidi: Presidio Ospedaliero Alto Tevere (Città di Castello e Umbertide), Presidio Ospedaliero Gubbio-Gualdo Tadino e Presidio Ospedaliero Unificato (Castiglione del Lago, Media Valle del Tevere, Assisi e Passignano).

I livelli gerarchici di complessità e di intensità delle cure prevedono per l'Azienda USL Umbria n.1:

- 2 Ospedali con DEA di I livello: Città di Castello e Gubbio-Gualdo Tadino
- Ospedali di base: Umbertide, Castiglione del Lago, Media Valle del Tevere, Assisi e Passignano. L'Ospedale di Passignano è ospedale di base, ma dedicato esclusivamente a ricoveri di riabilitazione funzionale (Cod. 56).

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 I livello), garantiscono l'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 Stabilimenti Ospedalieri di base di Assisi, di Castiglione del Lago, Media Valle del Tevere e presso la struttura di Passignano dove è collocato il Centro Ospedaliero di Riabilitazione Intensiva (CORI). Gli Ospedali afferenti al POU sono individuati dalla vigente programmazione regionale come Ospedali di base.

La rete ospedaliera aziendale disegnata nel 2016 (DM 70/2015), è attualmente in corso di revisione come da piano di efficientamento e successive indicazioni regionali, come da DGR 1399 DEL 28/12/2023 " Provvedimento generale di programmazione della Rete Ospedaliera regionale ai sensi del D.M. 70/2015 - Allineamento alla DGR 212/2016 - TERZO POLO. Integrazione Ospedale/Territorio".

L'HSP12/2024 riporta in totale 557 posti letto a gestione diretta, distribuiti nei tre Presidi Aziendali come di seguito indicato.

**Direzione Sanitaria
AFI Risk Management**

USL Umbria n. 1. Ospedali a gestione diretta, Posti Letto HSP.12/2024

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)	151	7	18	176
	10080102	Umbertide (Ospedale di base)	23	2	13	38
Presidio Ospedaliero Gubbio-Gualdo Tadino	1008010	Gubbio-Gualdo Tadino (DEA I Livello)	118	5	11	134
Presidio Ospedaliero Unificato	10080301	Castiglione del Lago (Ospedale di base)	38	1	4	43
	10080303	Passignano (Osp. di base-riabilitazione)	20	2		22
	10080304	Assisi (Ospedale di base)	55	3	10	68
	10080307	Media Valle Tevere (Ospedale di base)	63	1	12	76
Azienda USL Umbria n.1			468	21	68	557

I posti letto delle case di Cura Convenzionate insistenti sul territorio aziendale, da modello HSP13, sono pari a 252.

Posti letto convenzionati - modello Ministeriale HSP 13 anno 2024

Casa di Cura Privata	Degenza ordinaria (accreditata)	Day hospital (accreditata)	Day surgery (accreditata)	Totale
Casa di Cura Villa Fiorita	46	0	4	50
Casa di Cura Porta Sole	65	0	6	71
Casa di Cura Lami	60	0	5	65
Casa di Cura Liotti	60	0	6	66
Totale	231	0	21	252

**Direzione Sanitaria
AFI Risk Management**

La rete dell’Emergenza Urgenza territoriale - 118 della USL Umbria n.1 è organizzata in una Centrale operativa con sede a Perugia, che gestisce e coordina gli interventi anche per l’Azienda Ospedaliera di Perugia. Tramite la Centrale Operativa, al 118 risponde personale qualificato, che assegna un codice di priorità, decide il mezzo di soccorso adeguato ed eventualmente, sceglie l’ospedale, tenendo conto delle necessità della persona soccorsa e del luogo di provenienza della chiamata.

Assistenza Ospedaliera: Attività di ricovero Ospedali a gestione diretta

Indicatori	2020	2021	2022	2023	Primi Nove Mesi 2024
N° dimessi totali	20.333	21.469	22.851	24.375	18.490
di cui N. dimessi per acuti	19.429	20.518	21.755	23.213	17.732
di cui N. dimessi riabilitazione	413	408	569	611	484
di cui N. dimessi lungodegenza	491	543	527	551	274
Importo Dimessi Totale	56.629.033,02	61.913.793,43	61.921.926,72	64.616.246,1	51.423.483,52
Degenza Media per acuti (escluso nido)	6,41	7,21	6,94	6,50	6,42
Tasso di utilizzo per acuti (escluso nido)	70,17	84,72	84,07	83,60	83,42
Attività Chirurgica Totale (DRG Chir e Int. Amb.)	17.729	19.458	20.610	22.468	17.687
di cui: DRG Chirurgici Totali (DO e DS)	7.835	8.065	9.059	10.043	7.850
N° Interventi chirurgici ambulatoriali	9.894	11.393	11.551	12.425	9.837
N° Parti Totali	1.167	1.185	1.069	1.050	715
% Parti cesarei	26,74	26,08	27,69	27,43	28,53
N° accessi PS totali	72.846	78.967	96.685	105.188	86.786
N° prestazioni per esterni specialistica ambulatoriale	4.090.342	5.025.494	5.186.654	5.505.569	4.298.594
Fatturato specialistica ambulatoriale prodotte per esterni	42.087.488,04	49.259.516,25	50.030.010,98	52.837.268,76	39.198.353,85

Direzione Sanitaria
AFI Risk Management**2.1. Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente**

Come definito con Delibera di Giunta Regionale num. 211 del 19/03/2025: *“Ridefinizione della composizione e delle funzioni del Centro Regionale Rischio Sanitario e Sicurezza del paziente e della Gestione Rischio Clinico nelle Aziende Sanitarie regionali e Programmazione delle attività del Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente 2025-2027”*, nella Regione Umbria è stato revisionato il **Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente**.

Il Centro è composto da:

- Dirigente del Servizio in cui è collocato il Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente
- il Coordinatore del Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente
- il Risk Manager delle Aziende Sanitarie che può essere supportato da altro professionista nominato dal Risk manager di concerto con la Direzione Aziendale,
- il Referente regionale del Comitato Valutazione Sinistri (CVS)
- il Referente regionale/Posizione Organizzativa per le Autorizzazioni sanitarie e socio-sanitarie e l'Accreditamento istituzionale.
- Il Referente regionale/Posizione Organizzativa per la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

A seconda delle necessità e delle tematiche trattate il Centro potrà allargare le riunioni ai Dirigenti della Direzione Salute e Welfare e/o ai referenti Risk Manager delle Strutture private del territorio nonché convocare professionalità esperte per tematiche specifiche.

Gli obiettivi e le azioni che il Centro per sviluppare iniziative sinergiche concernenti la Gestione del Rischio Sanitario sono declinate nel documento allegato alla delibera sopra citata al quale si rimanda in caso di necessità.

2.2 Assetto organizzativo aziendale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza delle cure

Direzione Sanitaria
AFI Risk Management

Come da disposizioni Regionali, in Usl Umbria 1 la gestione del Rischio Sanitario è affidata all'Area Funzionale di Rischio Clinico che è costituita da un *Risk Manager*, un Dirigente Medico, una Ostetrica con incarico funzionale di posizione e un Assistente Sanitario.

La struttura centrale si avvale di una rete di referenti per il rischio clinico, specificatamente formati in materia e scelti per ogni Macrostruttura dai responsabili, che costituiscono un *trait de union* fra centro e periferia e supportano i singoli operatori nella segnalazione e nella gestione degli eventi avversi. Ruolo dei referenti è anche quello di collaborare alla stesura di procedure e protocolli operativi utili per la sicurezza dei pazienti e diffonderle nei propri ambiti di competenza.

3. Mappatura del rischio sanitario

Identificare i rischi è uno dei momenti fondamentali per individuare e raggiungere gli obiettivi correlati alla gestione del rischio; conoscere e descrivere la "situazione di partenza" dell'organizzazione sanitaria sul tema della gestione del rischio è elemento prioritario per la stesura del Piano di attività per la gestione del rischio sanitario.

3.1 Fonti informative

Le fonti informative essenziali, da prendere in considerazione e considerate anche ai fini della stesura del profilo di rischio aziendale, sono le seguenti:

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. atti di violenza a danno degli operatori inseriti nel supporto informatizzato;

Direzione Sanitaria
AFI Risk Management

5. sistema di segnalazione delle morti materne e near miss ostetrici e morti perinatali inseriti nel supporto informatizzato;
6. segnalazioni del Comitato per la prevenzione delle Infezioni Ospedaliere (C.I.O.) o dei Nuclei Operativi del CIO;
7. infezioni correlate all'assistenza;
8. monitoraggio implementazione raccomandazioni per la sicurezza;
9. *checklist* di sala operatoria;
10. sinistri trattati in sede di CO.GE.SI. ;
11. infortuni degli operatori;
12. segnalazioni informali da parte di pazienti e parenti (stakeholders);
13. dati/segnalazioni/informazioni derivanti dalle relazioni prodotte durante eventi formativi, congressi, convegni;
14. segnalazioni URP;
15. tematiche emergenti: pandemie, epidemie....
16. segnalazioni di emovigilanza, farmacovigilanza e dispositivo-vigilanza (con caratteristiche tali da afferire all'ambito del rischio clinico).

3.2 Incident Reporting

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.

Direzione Sanitaria
AFI Risk Management

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.

Il Profilo di rischio aziendale 2024 è allegato al presente documento.

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).

Sono giunte durante l'anno 2024 in totale **265 segnalazioni (contro le 239 del 2023)** di cui:

- 131 cadute non sentinella ovvero cadute senza grave esito, come da PGA 24 "Prevenzione e gestione delle cadute"
- 7 eventi evitati (eventi A nella nostra scheda) (vedi tabella 1-3)
- 88 eventi avversi (eventi B nella nostra scheda) (vedi tabella 1-3)
- 26 no harm event (eventi C nella nostra scheda) (vedi tabella 1-3)
- 13 eventi sentinella (eventi D della nostra scheda) (vedi tabella 1-3)

Si riportano di seguito i report direttamente estratti dal sistema e che sono stati utilizzati per definire e stratificare il rischio aziendale, individuando, come precisato sopra, le aree su cui cercheremo di indirizzare le attività formative e migliorative nel corso del 2025 e che risultano comunque inserite nel Piano Aziendale di Attività del Rischio Clinico 2025-2027.

Direzione Sanitaria
AFI Risk Management

TABELLA 1 - REPORT TIPO EVENTO/STRUTTURA

	A	B	C	D	Somma
Dipartimento di Prevenzione	0	2	0	0	2
Dipartimento Salute Mentale	0	1	1	1	3
Distretto Alto Chiascio	0	4	0	0	4
Distretto Alto Tevere	0	2	1	0	3
Distretto Assisano	0	4	0	0	4
Distretto del Perugino	1	20	3	3	27
Distretto del Trasimeno	1	4	0	1	6
Distretto Media Valle del Tevere	0	1	0	0	1
H Assisi	0	3	0	1	4
H Castiglione del Lago	3	17	4	0	24
H Città della Pieve	0	2	1	0	3
H Città di Castello	2	14	6	2	24
H Gubbio/Gualdo Tadino	0	10	6	3	19
H Media Valle del Tevere	0	4	2	1	7
H Passignano (C.O.R.I.)	0	0	1	1	2
H Umbertide	0	0	1	0	1
Somma	7	88	26	13	134

Direzione Sanitaria
AFI Risk Management

TABELLA 2 - REPORT TIPO EVENTO/DESCRIZIONE SINTETICA

	A	B	C	D	Somma
Altro evento	2	12	4	5	23
Cadute	0	1	0	7	8
Errori su farmaci - farmaco somministrato	0	0	3	0	3
Omissione/ritardo/inesattezza nell'esecuzione di un trattamento	3	4	3	1	11
Omissione/ritardo/inesattezza nell'esecuzione di una procedura assistenziale	2	6	14	0	22
Problema con attrezzature sanitarie/economali/materiali di consumo	0	6	0	0	6
Violazione della sicurezza personale del paziente	0	2	2	0	4
Violenza nei confronti del personale dipendente	0	57	0	0	56
Somma	7	88	26	13	134

TABELLA 3 - REPORT TIPOLOGIA DI EVENTO SENTINELLA

Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita	2
Morte o grave danno per caduta di paziente	7
Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente	2
Procedura in paziente sbagliato	1
Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale	1
Somma	13

Direzione Sanitaria
AFI Risk Management

La maggior parte degli eventi B e C riguardano gli item:

- Violenza nei confronti di personale dipendente
- Omissioni, ritardi o inesattezze nell'esecuzione di una procedura assistenziale/trattamento
- Errore su farmaci (errore di somministrazione; sovra/sotto dosaggio)
- Problema con attrezzature sanitarie/economiche/materiali di consumo

Invece gli eventi D ossia sentinella riguardano:

- Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita
- Morte o grave danno per caduta di paziente
- Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente
- Procedura in paziente sbagliato
- Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale

I dati riferiti alla tipologia di evento (A-B-D) sono in aumento rispetto a quelli dell'anno 2023, mentre invece gli eventi C sono praticamente uguali.

L'aumento della segnalazione degli eventi sentinella va visto in modo positivo in quanto non correlato a diminuzione dell'attenzione o della qualità nelle prestazioni erogate ma piuttosto ad una aumentata sensibilità degli operatori nei confronti della tematica del rischio e del miglioramento continuo. Ciò è testimoniato dalla crescente corrispondenza fra eventi avversi segnalati al rischio ed eventi avversi che esitano in richieste di indennizzo.

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:

**Direzione Sanitaria
AFI Risk Management**

- **Unità Operativa o Servizio** nel quale è stata registrata la caduta (struttura di afferenza) *vedi tabella 4*
- **Ritmo circadiano** delle cadute dettagliato per unità operativa nella quale la caduta si è registrata (turno/struttura) *vedi tabella 6*
- **Conseguenza** dovuta alla caduta (diviso per struttura) *vedi tabella 5*
- **Luogo** in cui si è registrata la caduta (diviso per struttura) *vedi tabella 7*

TABELLA 4 - REPORT CADUTE UNITA' OPERATIVA/STRUTTURA

Somma Quanti	Struttura													
Un_Op	H Castiglione del Lago	H Assisi	H Città della Pieve	H Media Valle del Tevere	H Città di Castello	H Umbertide	H Passignano (C.O.R.I.)	H Gubbio/Squaldo Tadino	Dipartimento Salute Mentale area Nord	Distretto Slt	Distretto del Perugino	Distretto del Trasimeno	H Comunità Marsciano	Somma
medicina generale	4	10			2	10	2	15			1			52
stroke unit						4		3						7
chirurgia generale					1	1		2						4
ostetricia e ginecologia								2						2
pediatria degenza								1						1
riabilitazione ortopedica					1			2						3
neurologia	1					1								2
oculistica						1								1
oncologia						1								1
ortopedia e traumatologia								1						1
urologia						3								3
cori								13						13
pronto soccorso	2					4		1						7
RSA												7		7
csn area NORD										1				1
radiologia						1								1
residenza protetta												2		2
Day Surgery						1		1						2
Poliambulatori						1						4		5
Ambulatorio Oculistico						1								1
Medicina Specialistica						9								9
Ospedale di Comunità			1			2					1		1	8
Somma	7	10	1		4	48	2	15		1	2	13	1	121

Tab.4 L'incidenza delle cadute all'interno dei reparti segnalanti mostra una **lieve riduzione rispetto al 2023**; le cadute in generale hanno avuto un decremento di 7 unità; le UUOO di medicina generale hanno avuto 3 cadute in meno rispetto all'anno precedente (52 nel 2024, 55 nel 2023); la RSA ha segnalato 7 cadute nel 2024 contro le 12 cadute del 2023; il pronto soccorso ha segnalato 7 cadute nel 2024 contro le 12 cadute del 2023; il CORI ha segnalato 13 cadute nel 2024 contro le 9 cadute del 2023.

Direzione Sanitaria
AFI Risk Management

TABELLA 5 - REPORT CADUTE CONSEGUENZE/STRUTTURA

Struttura	Con Danno *	Senza Danno	Somma
H Castiglione del Lago	3	4	7
H Assisi	2	8	10
H Città della Pieve	0	1	1
H Media Valle del Tevere	1	3	4
H Città di Castello	19	29	48
H Umbertide	0	2	2
H Passignano (C.O.R.I.)	4	11	15
H Gubbio/Gualdo Tadino	8	18	26
Dipartimento Salute Mentale	0	1	1
Distretto Mvt	1	1	2
Distretto del Perugino	5	8	13
Distretto del Trasimeno	0	1	1
H Comunità Marsciano	0	1	1
Somma	43	88	131

**(ma non grave da essere considerata caduta ascrivibile a evento sentinella)*

Tab.5 Dalla tabella si evince come la maggior parte delle cadute segnalate non hanno recato danno al paziente, 88 su 131 pari al 67%, mentre le cadute con danno ammontano a 43 su 131, pari al 33% del totale.

Direzione Sanitaria
AFI Risk Management
TABELLA 6 - REPORT CADUTE TURNO/UU.OO: RITMO CIRCADIANO

	Mattina	Pomeriggio	Notte	Somma
H Castiglione del Lago	4	1	2	7
H Assisi	1	4	5	10
H Città della Pieve	1	0	0	1
H Media Valle del Tevere	1	0	3	4
H Città di Castello	15	10	23	48
H Umbertide	0	0	2	2
H Passignano (C.O.R.I.)	4	8	3	15
H Gubbio/Gualdo Tadino	5	9	12	26
Dipartimento Salute Mentale	0	1	0	1
Distretto Mvt	2	0	0	2
Distretto del Perugino	6	3	4	13
Distretto del Trasimeno	0	0	1	1
H Comunità Marsciano	0	0	1	1
Somma	39	36	56	131

Tab.6 I dati riferiti al rapporto tra cadute nelle UU.OO e ritmo circadiano mostrano che nel 2024, in analogia a quanto successo nel 2023, si cade maggiormente nel turno notturno.

Direzione Sanitaria
AFI Risk Management
TABELLA 7 - REPORT CADUTE LUOGO CADUTA/UU.OO

	Ambulatori	Ascensore	Bagno	Camera	Corridoio	Esterno	Scale	Somma
H Castiglione del Lago	1	0	3	2	0	1	0	7
H Assisi	0	0	2	8	0	0	0	10
H Città della Pieve	0	0	0	1	0	0	0	1
H Media Valle del Tevere	0	0	2	2	0	0	0	4
H Città di Castello	4	0	9	31	4	0	0	48
H Umbertide	0	0	0	2	0	0	0	2
H Passignano (C.O.R.I.)	0	0	4	10	1	0	0	15
H Gubbio/Gualdo Tadino	1	0	6	18	1	0	0	26
Dipartimento Salute Mentale	0	0	1	0	0	0	0	1
Distretto Mvt	1	0	0	1	0	0	0	2
Distretto del Perugino	1	1	0	9	0	1	1	13
Distretto del Trasimeno	0	0	0	1	0	0	0	1
H Comunità Marsciano	0	0	0	1	0	0	0	1
Somma	8	1	27	86	6	2	1	131

Tab.7 I luoghi dove avvengono maggiormente le cadute sono la camera di degenza (86 cadute) e il bagno (27 cadute).

Direzione Sanitaria
AFI Risk Management

ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI

ATTI DI VIOLENZA A DANNO DI OPERATORE SANITARIO	SEGNALAZIONI	Nr segnalazioni aggressioni	56
	ESITO	nessun danno	56
		danno lieve/moderato	6
		danno severo	0
	TIPOLOGIA	Verbale	56
		Fisica	6*
	AMBITO (SETTING)	Area Psichiatrica-Dipendenze	4
		Servizi di Emergenza-Urgenza	20
		Area Materno-Infantile	2
		Area Medica	26
		Servizi di Continuità Assistenziale	4

** in 6 casi c'è stata violenza sia verbale che fisica*

Il numero di segnalazioni giunte nell'anno 2024 sono 56 (contro le 29 del 2023) e nessuna ha determinato un *outcome* tale da essere classificato come evento sentinella.

Direzione Sanitaria
AFI Risk Management

***!!NB:** Per tutti gli altri dati utili alla definizione del profilo di rischio aziendale ed emersi dalle fonti informative utilizzate per la mappatura del rischio aziendale, oltre ai sopracitati che derivano esclusivamente dalle segnalazioni giunte attraverso il supporto informatizzato di "Incident Reporting", si rimanda al **Profilo di rischio aziendale 2024** inviato a tutte le Macrostrutture con nota protocollo num. 39996/25.*

3.3 Risultati raggiunti con il Piano triennale 2022-2024

Come risultati del Piano precedente, ancora parzialmente condizionato dalle sequele del periodo pandemico, anche in ottemperanza alle indicazioni Ministeriali, l'Azienda Usl Umbria 1, ha concentrato i propri sforzi **sull'aumento della sensibilizzazione degli operatori nei confronti della segnalazione** degli eventi.

La registrazione dei dati infatti è il requisito fondamentale per l'implementazione di misure di prevenzione utili a prevenire gli eventi avversi, i quasi eventi, gli eventi sentinella e gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari e a fornire supporto psicologico sia agli operatori vittime di violenza che a quelli coinvolti in eventi sentinella. Come la letteratura riferisce infatti, l'evento sentinella crea sempre una seconda vittima che è l'operatore che si trova coinvolto nell'evento che ha cagionato danno al paziente.

Specificatamente all'evento "atto di violenza a danno di operatore", l'Azienda Usl Umbria 1 con DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 0001179 del 31/10/2024 ha revisionato il **Gruppo Aziendale contro la violenza a danno di operatore** e ha deliberato il nuovo Piano per la prevenzione degli atti di violenza, valido per il 2024. Inoltre il Gruppo di lavoro ha revisionato e diffuso la nuova Procedura Aziendale per la Prevenzione degli atti di violenza a danno di operatore. E' stato organizzato uno specifico incontro in data 18/4/25 presso la sede della Formazione Aziendale. In tale giornata, accreditata ECM, si è tenuto l'insediamento della nuova rete dei referenti del rischio clinico ed è stata presentata la "PGA 08 Prevenzione atti di violenza a danno di operatore" elaborata dal Gruppo di Coordinamento Aziendale per la

Direzione Sanitaria
AFI Risk Management

prevenzione della violenza, i cui membri hanno partecipato all'incontro. E' stato presentato anche il Piano Aziendale contro la violenza a danno di operatore edizione 2024 che verrà revisionato entro la fine del presente anno.

E' stata inoltre illustrata la scheda informatizzata di Incident Reporting e sono stati condivisi i nuovi eventi sentinella che saranno oggetto specifico della prossima riunione della rete, vista la revisione in atto della procedura aziendale di riferimento.

Nell'ottica non solo di rispondere al precedente piano ma anche di limitare gli eventi connessi a "Omissioni, ritardi o inesattezze nell'esecuzione di una procedura" e al fine di evitare ritardi di presa in carico ed efficientare la corretta tempistica sono **stati elaborati e revisionati i seguenti documenti** aziendali:

- PGA 113 "GESTIONE IN PRONTO SOCCORSO DEL PAZIENTE CON DOLORE TORACICO" al fine di riservare al paziente in PS un accesso elettivo
- PGA 109: "PIANO DI GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO" che prevede percorsi specifici di efficientamento per il Triage intraospedaliero, la gestione dell'OBI, la gestione in caso di Ondate di Calore
- PGA 09: "GESTIONE DEL PERCORSO IN CHIRURGIA PROGRAMMATA"
- PGA 50: "MODALITÀ RILASCIO DOCUMENTAZIONE SANITARIA" al fine dell'efficientamento del rilascio della documentazione sanitaria alla luce della sentenza della Corte di giustizia dell'Unione Europea Prima Sezione Sentenza 26 ottobre 2023.
- Ist.Op. per ogni presidio relative alla "DIMISSIONI PROTETTE"

Direzione Sanitaria
AFI Risk Management

- Ist. Op. per il miglioramento e la creazione laddove non presente del Fast Track Ostetrico-Ginecologico
- Ist.Op. per il percorso PEG presso il PO di Assisi al fine di ottimizzare la tempistica di risposta, anche presso il distretto dell'Assisano, a tale esigenza proveniente dal territorio
- Ist.Op. Distretto del Perugino: "SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN CONTINUITA' TERAPEUTICA AMB. PONTE SAN GIOVANNI GIORNI FESTIVI", al fine di ottimizzare l'efficienza del percorso di somministrazione farmacologica sul territorio nei giorni festivi
- PGA11 "Pulizia e Sanificazione"
- Ist.Op.01 Dipartimento Medicine Specialitiche – Neurologia: "Il TELESTROKE" al fine di consentire l'equo accesso nella tempistica prevista a terapie di ri-perfusione cerebrali anche nei Po dove non presente lo specialista neurologo H24.

Sono stati inoltre effettuati tutti gli **audit** per eventi sentinella di ciascun anno (10 audit nel 2022 con individuate 61 azioni di miglioramento , 7 per eventi sentinella con individuate 29 azioni di miglioramento nel 2023 , e 13 nel 2024 con individuate 63 azioni di miglioramento), quelli relativi ai casi trattati in seno al Comitato Gestione Sinistri (47 audit con individuate 59 azioni di miglioramento nel 2022, 38 audit con individuate 57 azioni di miglioramento nel 2023 e 56 audit con individuate 60 azioni di miglioramento nel 2024) e monitorate le azioni di miglioramento implementate e si è adempiuto al **flusso SIMES**.

Sono stati valutati tutti gli eventi inseriti a sistema e richiesti laddove non pervenuti, tutti gli audit per gli eventi segnalati dai referenti della rete del rischio clinico.

Direzione Sanitaria
AFI Risk Management

E' stata prodotta tutta la **documentazione** prevista nel Piano Triennale 2022-2025, sono stati organizzati i corsi di formazione inerenti il rischio clinico in particolare, oltre quelli Regionali ai quali la Dirigente del Rischio Clinico ha partecipato come relatrice, rimettiamo i principali di seguito :

- Gestione del Rischio Clinico e sicurezza del paziente: segnalazione e simulazione. Data. 4-12-2024 n. 62 operatori
- GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E SICUREZZA DEL PAZIENTE anno 2022 n. 3 edizioni per un totale di n. 135 operatori
- Cadute accidentali: procedure e protocolli aziendali 22-11-2024 n.52 operatori
- Cadute accidentali: procedure e protocolli aziendali 19-04-2023 n.34 operatori
- PREVENIRE, RICONOSCERE E GESTIRE ATTI DI VIOLENZA NEI CONFRONTI DEGLI OPERATORI SANITARI ATTRAVERSO LA COMPETENZA COMUNICATIVA E RELAZIONALE 8-04 e 28-09-2022 n. partecipanti non disponibile
- Giornata nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e socio sanitari 09-03-2023 numero non disponibile
- III° giornata Umbra abbiCuradiChitiCura Giornata nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari 12-03-2024 n. 120 partecipanti
- GIORNATA MONDIALE IGIENE MANI 5-5 2022 n. partecipanti non disponibile

A questi vanno aggiunti i corsi che sono stati effettuati a gruppi specifici di operatori su richiesta dei referenti di rete e non accreditati ECM. Richiesti in media 1 corso frontale all'anno per condivisione soprattutto della PGA 25 *Incident Reporting* e PGA 08 atti di violenza per un totale di circa 40 operatori formati e le formazioni online effettuate durante le tre riunioni annuali ai referenti nel corso del biennio di validità del Piano di Attività del rischio Clinico 2022-2024. In più

Direzione Sanitaria
AFI Risk Management

quasi quotidianamente è offerto il servizio di supporto telefonico agli operatori e ai referenti di rete da tutto il team del Rischio Clinico.

In merito all'obbligo di pubblicazione della relazione consuntiva annuale entro marzo di ogni anno, è rispettato quanto previsto dalla **L.24/2017**, le relazioni sono infatti pubblicate nel sito internet e disponibili per la consultazione dell'utenza.

4. PIANO TRIENNALE DI ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO (PAGR) 2025-2027

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

- miglioramento del livello di sicurezza delle cure nell'organizzazione aziendale
- sistematizzare ed integrare le fonti informative di interesse per la sicurezza delle cure, favorendo il miglioramento della qualità dei dati desumibili dalle singole fonti
- identificare il rischio nella specifica realtà, procedendo all'analisi e alla valutazione per poter definire le priorità ed i conseguenti ambiti di intervento per la sicurezza delle cure
- definire le azioni da compiere (reattive, preventive e migliorative) ai fini della riduzione del rischio.
- Monitorare/verificare il raggiungimento degli obiettivi prefissati

4.1 Ambiti applicabilità' PAGR 2025-2027

In base alle fonti informative prese in esame e alla mappatura del rischio clinico definita per il 2024 con documento inviato a tutte le Macrostrutture con nota protocollo num. 39996/25, si definiscono gli ambiti prioritari di intervento per il controllo e il contenimento del rischio clinico, nello specifico:

Direzione Sanitaria
AFI Risk Management

- A. Promuovere e diffondere negli operatori sanitari la cultura della sicurezza delle cure ed aumentare la sensibilità e le competenze sulle tematiche proprie del *Risk Management* sulla prevenzione degli eventi avversi
- B. Consolidare il sistema di segnalazione degli eventi di interesse per la sicurezza delle cure
- C. Consolidare la rete dei referenti/facilitatori aziendali per il rischio clinico
- D. Attivare processi strutturati di analisi volti all'identificazione dei fattori contribuenti e determinanti per l'accadimento degli eventi sentinella o di eventi significativi, al fine le azioni correttive, preventive o di miglioramento al fine di ridurre il rischio di accadimento di eventi simili
- E. Promuovere e sostenere le attività di gestione del rischio in particolari aree/processi individuati come a maggior rischio
- F. Trasferire nella pratica assistenziale i contenuti di linee guida, buone pratiche, raccomandazioni ed altri documenti di indirizzo per la prevenzione degli accadimenti significativi per la sicurezza delle cure.
- G. Favorire il coinvolgimento di pazienti e familiari nella promozione della sicurezza delle cure.

4.2 Ambiti prioritari di intervento per il controllo e il contenimento del rischio

A. PROMUOVERE E DIFFONDERE NEGLI OPERATORI SANITARI LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

Obiettivo Generale: aumentare la sensibilità e le competenze sulle tematiche proprie del *Risk Management* e sulla prevenzione degli eventi avversi

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. Inoltre è

Direzione Sanitaria
AFI Risk Management

fattore fondamentale per creare un sistema sicuro per i pazienti e anche per gli operatori. La sicurezza è parte integrante della performance delle prestazioni erogate.

Attività

- 1) Promozione di corsi di formazione in tema di *Risk Management* rivolti alla rete dei referenti/facilitatori del rischio clinico per lo sviluppo di competenze e capacità utili alla gestione degli eventi e all'adempimento dei flussi informativi aziendali.
- 2) Promozione di corsi di formazione inerenti la diffusione delle Procedure generali aziendali in auge in tematica di *Risk Management* rivolti a tutti gli operatori e alla rete dei referenti/facilitatori del rischio clinico.
- 3) Promozione di corsi di formazione per migliorare la comunicazione con pazienti e familiari/caregiver e sulla comunicazione degli eventi avversi.

Risultati attesi

- 1) Partecipazione di tutti gli operatori e della rete dei referenti/facilitatori del rischio clinico alle giornate nazionali per la sicurezza delle cure, per la prevenzione degli atti di violenza e per i corsi organizzati dalla Regione in tematica di *Risk Management*.
- 2) Partecipazione di tutti di tutti gli operatori e della rete dei referenti/facilitatori del rischio clinico ai corsi di formazione organizzati a livello regionale e aziendale

NB: TALI CORSI DOVRANNO ESSERE INDIVIDUATI FRA QUELLI PROPOSTI DALLA REGIONE E COMPRESI NEL PIANO FORMATIVO REGIONALE. PER I CORSI SPECIFICI PER LA NOSTRA AZIENDA (VEDI PUNTO 2), L'ACCREDITAMENTO VERRA' CHIESTO DIRETTAMENTE ALLA FORMAZIONE DELLA NOSTRA USL.

indicatori:

- 1. partecipazione a rotazione di almeno del 60% degli operatori sanitari aziendali nel triennio ai corsi di formazione in tema di risk management.**

Direzione Sanitaria
AFI Risk Management

- 2. *formazione nel triennio di tutta la rete dei referenti/facilitatori del rischio clinico.***
- 3. *realizzazione di un corso da far accreditare direttamente dalla nostra usl in tema di comunicazione difficile con l'utenza.***

Standard =100%

B. CONSOLIDARE IL SISTEMA DI SEGNALAZIONE EVENTI DI INTERESSE PER LA SICUREZZA DELLE CURE

Obiettivo Generale: sensibilizzare il personale sanitario alle segnalazioni degli eventi di interesse per la sicurezza delle cure

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

Sistemi informatizzati di incident reporting permettono di rendere accessibile a tutti in qualsiasi momento la segnalazione inoltre costituiscono un archivio delle informazioni sugli eventi da utilizzare anche nell'ottica di mappare strutture e servizi per classe di rischio.

Attività:

- Coordinamento, supporto metodologico e monitoraggio delle attività di segnalazione e di analisi degli eventi segnalati da parte della Struttura di rischio Clinico.
- Realizzazione di analisi strutturate e documentate degli eventi sentinella e degli eventi avversi significativi (eventi ad alta rilevanza organizzativa come identificati dalle nuove Linee di Indirizzo Regionali) con individuazione dei fattori contribuenti e/o determinanti e delle azioni correttive, preventive e di miglioramento.

Direzione Sanitaria
AFI Risk Management

- Conferimento dei dati nel SIMES (Sistema Monitoraggio Errori in Sanità) con rispetto delle tempistiche per scheda A e scheda B (e scheda C quando sarà implementata).

Risultati attesi

- Mantenimento della tendenza crescente nella segnalazione degli eventi avversi, dei quasi eventi, degli eventi sentinella e delle cadute.
- Assolvimento del debito informativo Regionale e Nazionale.
- Attivazione di azioni correttive, preventive e di miglioramento.
- Elaborazione di report annuali degli eventi avversi, eventi sentinella, quasi eventi e cadute.
- Continuo aggiornamento e diffusione della procedura generale di *"Incident reporting"* e di *Prevenzione delle cadute*.
- Utilizzo del software informatizzato per la segnalazione di eventi avversi, quasi eventi, dei no harm event, delle cadute, e degli eventi sentinella, da parte dei referenti/facilitatori della rete del rischio clinico.
- Corrispondenza fra gli eventi trattati in sede di gestione sinistri e quelli segnalati sul sistema informatizzato o giunti tramite scheda di segnalazione cartacea.

INDICATORI:

- 1) N. di schede inserite sul portale nazionale SIMES nella tempistica prevista/totale delle segnalazioni di eventi sentinella inseriti nel software informatico aziendale.***
- 2) N. segnalazioni di eventi avversi, near miss, eventi sentinella, cadute inserite nel sistema informatizzato/ totale delle segnalazioni giunte in cartaceo o segnalate per le vie brevi.***
- 3) Elaborazione del profilo di rischio annuale con invio a tutte le Macrostrutture aziendali.***
- 4) Elaborazione della relazione consuntiva annuale sugli eventi avversi con pubblicazione sul sito della USL, ai sensi della Legge 24/2017 art.2 comma 5.***
- 5) Revisione biennale della PGA 25 "incident Reporting" e della PGA 24 "Prevenzione del rischio cadute".***

Direzione Sanitaria
AFI Risk Management

Standard atteso =100%

C. CONSOLIDARE LA RETE DEI REFERENTI/FACILITATORI DEL RISCHIO

Obiettivo Generale: promuovere la cultura della sicurezza nelle organizzazioni e fra gli operatori favorendo l'attuazione dei programmi di gestione del rischio sanitario e per la sicurezza delle cure promosse dal Risk Management.

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:

- 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.

Promulgazione e facilitazione dell'implementazione di corsi e procedure aziendali

- riduzione delle liste d'attesa
- promozione dell'appropriatezza dei ricoveri
- promozione dell'appropriatezza delle prestazioni richieste e quindi erogate
- contenimento infezioni ospedaliere
- diffusione della filosofia "no blame" alla base del *Risk Management*.

Viste tutte le attività assegnate e l'importanza strategica della figura che ne deriva, è necessario che i referenti di rete siano formati adeguatamente dall'Azienda mediante riunioni periodiche della rete e

Attività:

Direzione Sanitaria
AFI Risk Management

- realizzazione di eventi specifici per migliorare la formazione dei referenti di rete del rischio clinico in modo che possano svolgere un reale affiancamento ai servizi/UUOO in caso di necessità
- condivisione delle linee di indirizzo Regionali in auge in tematica di *Risk Management* recepite a livello aziendale e supporto dei referenti nella implementazione e diffusione

Risultati attesi

- supporto dei referenti ai Servizi per l'implementazione di linee guida, protocolli, procedure e percorsi diagnostico-terapeutici aziendali e per le segnalazioni di quasi eventi, no harm event, eventi avversi, eventi sentinella e cadute

INDICATORE: Organizzazione di almeno 3 riunioni della rete del rischio clinico ogni anno
Standard atteso =100%

D. PROMUOVERE E SOSTENERE LE ATTIVITÀ DI GESTIONE DEL RISCHIO IN PARTICOLARI AREE/PROCESSI INDIVIDUATI A MAGGIOR RISCHIO

Obiettivo Generale: Individuare i principali pericoli, valutare i rischi, definire le aree di possibile intervento e le strategie per il loro trattamento.

d.1 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

Direzione Sanitaria
AFI Risk Management

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.

La Usl si è già dotata a livello ospedaliero del binomio braccialetto identificativo del paziente e scheda terapeutica informatizzata che ha di fatto aumentato notevolmente la sicurezza.

Tuttavia alcuni setting ambulatoriali possono racchiudere notevoli rischi per il paziente, p. es. ambulatori oncologici dove il braccialetto non viene ad oggi utilizzato.

Inoltre, nelle cosiddette "transizioni di cura" si possono verificare molti errori quindi il passaggio del paziente, specie se anziano e disorientato, dal setting ospedaliero a quello territoriale è ricco di insidie.

Attività:

- verifica del corretto uso della scheda ricognizione riconciliazione informatizzata e della scheda ricognizione riconciliazione nelle strutture non informatizzate;
- verifica periodica e rafforzamento dell'implementazione delle Raccomandazioni ministeriali relative alla terapia farmacologica.
- Definizione del sistema di verifica e di monitoraggio relativo al processo di gestione dei farmaci antitumorali.
- Ottimizzazione e potenziamento dell'utilizzo del software Log 80 per nella gestione clinica dei farmaci antitumorali.
- Aggiornamento delle procedure aziendali per la gestione clinica dei farmaci alla luce delle raccomandazioni per la prevenzione degli errori e la sicurezza del paziente.
- Realizzazione di eventi formativi e di confronto rivolti ai professionisti sanitari per consentire una capillare diffusione di conoscenze e cultura sulla sicurezza e sugli strumenti proposti.

Risultato atteso:

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

Direzione Sanitaria
AFI Risk Management

- revisione delle procedure vigenti in tema di terapia farmacologica

INDICATORI:

- 1. % Cartelle Cliniche con Scheda di Riconciliazione presente e correttamente compilata/totale delle cartelle cliniche***
- 2. Aggiornamento delle procedure aziendali inerenti la prevenzione degli errori in terapia farmacologica in base alle Raccomandazioni Ministeriali***

Standard atteso =100%

d.2 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.

Attività:

- utilizzo sistematico della "Checklist per la sicurezza perioperatoria e prevenzione delle infezioni del sito chirurgico"
- verifica dell'applicazione delle Procedure di gestione del Blocco Operatorio

Direzione Sanitaria
AFI Risk Management

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

INDICATORE: utilizzo sistematico della "Check list per la sicurezza perioperatoria e prevenzione delle infezioni del sito chirurgico"

Standard atteso =100%

d.3 Promozione della sicurezza durante l'assistenza al travaglio e al parto

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

La Usl Umbria 1 ha aderito, come previsto da determina Regionale, al sistema di sorveglianza della mortalità materna - ItOSS, Italian Obstetric Surveillance System coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità ed ha individuato i professionisti aziendali referenti in ogni Struttura/Presidio dotati di Unità di ostetricia (Punti nascita).

Attività:

- Implementazione delle Linee di Indirizzo Regionali per la prevenzione e gestione delle complicanze legate alla gravidanza
- partecipazione al Progetto Sistema di Sorveglianza Ostetrica (ITOSS)
- monitoraggio della corretta applicazione e gli esiti delle procedure per la gestione del trasporto assistito materno e neonatale (STAM e STEN Regione Umbria)

Direzione Sanitaria
AFI Risk Management

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

INDICATORI:

- 1. Revisione della Procedura Generale Aziendale "Prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto"***
- 2. n. di schede inserite sul portale nazionale nella tempistica prevista in caso di evento/ totale delle segnalazioni pervenute al Rischio Clinico***
- 3. partecipazione allo studio di sorveglianza ITOSS***

Standard atteso = 100%

d.4 Prevenzione e gestione delle cadute dei pazienti nelle strutture sanitarie

Razionale: Le cadute rappresentano l'evento avverso più frequentemente segnalato sia a livello locale che nazionale. Anche se nella maggioranza dei casi le cadute dei pazienti non portano a danno, il fenomeno necessita di costante monitoraggio ed analisi con il fine di intercettare i vari rischi connessi, per esempio ad insidie tecniche: campanelli non funzionanti, luci rotte, visibilità non idonea nelle stanze/corridoi, gradini non segnalati etc.

Occorre inoltre valutare costantemente il grado di applicazione della procedura aziendale e analizzare ogni evento segnalato.

Attività:

- Revisione ed aggiornamento della PGA 24 "PREVENZIONE RISCHIO CADUTE"
- Rilevazioni dei fattori di rischio ambientali negli stabilimenti ospedalieri e nelle strutture residenziali tramite estrazione dati dal supporto informatizzato di "Incident Reporting".

Risultati attesi:

- Periodica revisione della PGA 24 alla luce degli audit effettuati e di eventuali nuove Linee Guida e/o di indirizzo

Direzione Sanitaria
AFI Risk Management

- Collaborazione con la UO Attività Tecniche e con lo Staff di Sicurezza Aziendale per il contenimento di rischi legati alla logistica

INDICATORI:

- 1. Almeno una revisione della PGA 24 "PREVENZIONE RISCHIO CADUTE" nel triennio 2025-2027*
- 2. corsi annuali per i referenti di rete del rischio clinico e per gli operatori delle strutture ospedaliere e territoriali, specifico sulle prevenzione e gestione delle cadute*
- 3. interventi tecnico/strutturali per limitazione dei fattori di rischio ambientali*
- 4. implementazione delle azioni di miglioramento conseguenti ad audit per cadute con caratteristiche compatibili ad evento sentinella*

Standard atteso =100%

d.5 Riduzione del rischio di infezioni correlate all'assistenza (ica) e uso responsabile degli antibiotici per la riduzione dell'antimicrobicoresistenza

Razionale: tra i potenziali rischi per la sicurezza dei pazienti, le infezioni correlate all'assistenza sono tra le più frequenti. Tutti i documenti sanitari e i Piani Nazionali più recenti nella sezione sanità hanno rivolto particolare attenzione al contenimento delle Infezioni Correlate alle Pratiche Assistenziali (ICA). 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 nel ridurre il rischio di trasmissione dei microrganismi durante l'assistenza e che venga promosso l'uso responsabile degli antibiotici.

Attività e risultati attesi:

Direzione Sanitaria
AFI Risk Management

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

INDICATORI:

- 1. esecuzione di due studi annuali di prevalenza aziendale per la rilevazione delle ICA e dell'antimicrobicoresistenza mediante utilizzo del software dell'ECDC**
- 2. corso di formazione accreditato ECM per tutti i rilevatori per gli studi annuali di prevalenza**
- 3. Partecipazione a tutti i Moduli del Corso previsto dal PNRR di 1250 operatori USL sulle ICA**
- 4. partecipazione alla rilevazione per lo studio di prevalenza di almeno un farmacista aziendale**
- 5. partecipazione allo studio Nazionale sul consumo del gel idroalcolico nelle strutture ospedaliere**

Standard atteso =100%

d.6 Contrasto della violenza nei confronti degli operatori sanitariRazionale:

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

Direzione Sanitaria
AFI Risk Management

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. Ciò ha spinto il Legislatore ad emanare una Legge rivolta proprio alla tutela degli operatori sanitari (l.137/2024)

La Regione Umbria ha revisionato nel 2024 le 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.

Attività e risultato atteso:

- 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. revisione della 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***

E. TRASFERIRE NELLA PRATICA ASSISTENZIALE I CONTENUTI DI LINEE GUIDA, BUONE PRATICHE, RACCOMANDAZIONI ED ALTRI DOCUMENTI DI INDIRIZZO PER LA PREVENZIONE DEGLI ACCADIMENTI SIGNIFICATIVI PER LA SICUREZZA DELLE CURE

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.

Direzione Sanitaria
AFI Risk Management

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.

L'Agens 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.

Attività e risultato atteso:

- adesione al monitoraggio annuale dell'implementazione delle raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella attraverso la compilazione del questionario online
- revisione delle procedure generali aziendali per il recepimento delle Raccomandazioni Ministeriali

INDICATORI:

- 1. % delle Raccomandazioni Ministeriali implementate/totale delle Raccomandazioni emesse dal Ministero**
- 2. Recepimento delle Raccomandazioni Ministeriali**

Standard atteso =100%

F. FAVORIRE IL COINVOLGIMENTO DI PAZIENTI E FAMILIARI NELLA PROMOZIONE DELLA SICUREZZA DELLE CURE

Obiettivo generale: garantire un'informazione trasparente rispetto alle politiche aziendali per la gestione del rischio clinico

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

Direzione Sanitaria
AFI Risk Management

gestione del rischio clinico rappresentano caratteristiche fondamentali per l'umanizzazione delle strutture sanitarie e per adempiere ad atti normativi.

Attività e risultati attesi:

- miglioramento della comunicazione degli eventi avversi con i pazienti e familiari/caregiver anche mediante la partecipazione a corsi formativi specifici
- 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

INDICATORI:

1.Spazio web aggiornato

2.relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi pubblicata

3.Revisione della PGA 25 "Incident Reporting" inserendo paragrafo specifico sulla Comunicazione degli eventi avversi a pazienti, familiari e caregiver.

Gli obiettivi e le attività previste dal presente piano saranno implementate secondo una programmazione pluriennale per il triennio 2025-2027.

Il piano sarà modificato/aggiornato con cadenza annuale, anche in relazione agli obiettivi strategici ed operativi definiti in sede di programmazione regionale; il piano è soggetto ad eventuali modifiche del contesto interno ed esterno di riferimento o di 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.

5. OBIETTIVI PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO

Ambiti di intervento	Obiettivi	Attività	Indicatori di risultato	Standard	Anno e tempi di realizzazione	Responsabile
PROMUOVERE E DIFFONDERE NEGLI OPERATORI SANITARI LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE	<i>Aumentare la sensibilità e le competenze sulle tematiche proprie del Risk Management e sulla prevenzione degli eventi avversi</i>	- Promozione di corsi di formazione in tema di Risk Management rivolti alla rete dei referenti/facilitatori del rischio clinico per lo sviluppo di competenze e capacità utili alla gestione degli eventi e all'adempimento dei flussi informativi aziendali. - Promozione di corsi di formazione inerenti la diffusione delle Procedure generali aziendali in auge in tematica di Risk Management rivolti a tutti gli operatori e alla rete dei referenti/facilitatori del rischio clinico. - Promozione di corsi di formazione per migliorare la comunicazione con pazienti e familiari/caregiver e sulla comunicazione degli eventi avversi.	1)partecipazione a rotazione di almeno del 60% degli operatori sanitari aziendali nel triennio ai corsi di formazione in tema di risk management.	100%	Entro il 2027	Rischio Clinico e UO Formazione
			2)formazione nel triennio di tutta la rete dei referenti/facilitatori del rischio clinico.		2025 2026 2027	Rischio Clinico e UO Formazione
			3)realizzazione di un corso da far accreditare direttamente dalla nostra usl in tema di comunicazione difficile con l'utenza		2026 2027	Rischio Clinico, Uo Formazione e staff Comunicazione

5. OBIETTIVI PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO

Ambiti di intervento	Obiettivi	Attività	Indicatori di risultato	Standard	Anno e tempi di realizzazione	Responsabile
CONSOLIDARE IL SISTEMA DI SEGNALEZIONE EVENTI DI INTERESSE PER LA SICUREZZA DELLE CURE	<i>sensibilizzare il personale sanitario alle segnalazioni degli eventi di interesse per la sicurezza delle cure</i>	- Coordinamento, supporto metodologico e monitoraggio delle attività di segnalazione e di analisi degli eventi segnalati da parte della Struttura di rischio Clinico. - Realizzazione di analisi strutturate e documentate degli eventi sentinella e degli eventi avversi significativi (eventi ad alta rilevanza organizzativa come identificati dalle nuove Linee di Indirizzo Regionali) con individuazione dei fattori contribuenti e/o determinanti e delle azioni correttive, preventive e di miglioramento. - Conferimento dei dati nel SIMES (Sistema Monitoraggio Errori in Sanità) con rispetto delle tempistiche per scheda A e scheda B (e scheda C quando sarà implementata).	1) N. di schede inserite sul portale nazionale SIMES nella tempistica prevista/totale delle segnalazioni di eventi sentinella inseriti nel software informatico aziendale.	100%	2025 2026 2027	Rischio Clinico
			2) N. segnalazioni di eventi avversi, near miss, eventi sentinella, cadute inserite nel sistema informatizzato/ totale delle segnalazioni giunte in cartaceo o segnalate per le vie brevi.		2025 2026 2027	Rischio Clinico
			3) Elaborazione del profilo di rischio annuale con invio a tutte le Macrostrutture aziendali.		2025 2026 2027	Rischio Clinico

5. OBIETTIVI PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO

Ambiti di intervento	Obiettivi	Attività	Indicatori di risultato	Standard	Anno e tempi di realizzazione	Responsabile
			4) Elaborazione della relazione consuntiva annuale sugli eventi avversi con pubblicazione sul sito della USL, ai sensi della Legge 24/2017 art.2 comma 5.		2025 2026 2027	Rischio Clinico (collaborazione di tutte le Macrostrutture per la parte di competenza)
			5) Revisione biannuale della PGA 25 "incident Reporting" e della PGA 24 "Prevenzione del rischio cadute".		2025 2027	Rischio Clinico
CONSOLIDARE LA RETE DEI REFERENTI/FACILITATORI DEL RISCHIO	<i>promuovere la cultura della sicurezza nelle organizzazioni e fra gli operatori favorendo l'attuazione dei programmi di gestione del rischio sanitario e per la</i>	- realizzazione di eventi specifici per migliorare la formazione dei referenti di rete del rischio clinico in modo che possano svolgere un reale affiancamento ai servizi/UUOO in caso di necessità - condivisione delle linee di indirizzo Regionali in auge in tematica di Risk Management recepite a livello aziendale e supporto dei referenti nella implementazione e diffusione	Organizzazione di almeno 3 riunioni della rete del rischio clinico ogni anno	100%	2025 2026 2027	Rischio Clinico

5. OBIETTIVI PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO

Ambiti di intervento	Obiettivi	Attività	Indicatori di risultato	Standard	Anno e tempi di realizzazione	Responsabile
	<i>sicurezza delle cure promosse dal Risk Management.</i>					
PROMUOVERE E SOSTENERE LE ATTIVITÀ DI GESTIONE DEL RISCHIO IN PARTICOLARI AREE/PROCESSI INDIVIDUATI A MAGGIOR RISCHIO	<i>Individuare i principali pericoli, valutare i rischi, definire le aree di possibile intervento e le strategie per il loro trattamento.</i>	PREVENZIONE DEGLI ERRORI IN TERAPIA FARMACOLOGICA - verifica del corretto uso della scheda ricognizione e della scheda di riconciliazione - verifica periodica e rafforzamento delle strutture non informatizzate; - implementazione delle Raccomandazioni ministeriali relative alla terapia farmacologica. - Definizione del sistema di verifica e di monitoraggio relativo al processo di	1. % Cartelle Cliniche con Scheda di Riconciliazione presente e correttamente compilata/totale delle cartelle cliniche	100%	2025 2026 2027	-Dipartimenti : compilazione, -Rischio Clinico in collaborazione con le Direzioni: rilevazione
			2. Aggiornamento delle procedure aziendali inerenti la prevenzione degli errori in terapia farmacologica in base alle Raccomandazioni		Entro il 2027	Dipartimenti Staff Qualità Rischio Clinico

5. OBIETTIVI PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO

Ambiti di intervento	Obiettivi	Attività	Indicatori di risultato	Standard	Anno e tempi di realizzazione	Responsabile
		gestione dei farmaci antitumorali. - 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.	Ministeriali			
		PROMOZIONE DELLA SICUREZZA DEL PROCESSO CHIRURGICO E CONTENIMENTO DELLE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO -utilizzo sistematico della "Checklist per la sicurezza perioperatoria e	utilizzo sistematico della "Check list per la sicurezza perioperatoria e prevenzione delle infezioni del sito chirurgico"		2025 2026 2027	Dipartimenti chirurgici e Dipartimento Emergenza-Accettazione

5. OBIETTIVI PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO

Ambiti di intervento	Obiettivi	Attività	Indicatori di risultato	Standard	Anno e tempi di realizzazione	Responsabile
		prevenzione delle infezioni del sito chirurgico" -verifica dell'applicazione delle Procedure di gestione del Blocco Operatorio				
		PROMOZIONE DELLA SICUREZZA DURANTE L'ASSISTENZA AL TRAVAGLIO E AL PARTO -Implementazione delle Linee di Indirizzo Regionali per la prevenzione e gestione delle complicanze legate alla gravidanza -partecipazione al Progetto Sistema di Sorveglianza Ostetrica (ITOSS) -monitoraggio della corretta applicazione e degli esiti delle procedure per la gestione del trasporto assistito materno e neonatale (STAM e STEN Regione Umbria)	1. Revisione della Procedura Generale Aziendale "Prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto" 2. n. di schede inserite sul portale nazionale nella tempistica prevista in caso di evento/totale delle segnalazioni pervenute al Rischio Clinico 3. partecipazione allo studio di sorveglianza ITOSS		2025 2025 2026 2027 2025 2026 2027	Rischio clinico e Dipartimento materno-Infantile Rischio clinico Rischio clinico e Dipartimento Materno-Infantile

5. OBIETTIVI PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO

Ambiti di intervento	Obiettivi	Attività	Indicatori di risultato	Standard	Anno e tempi di realizzazione	Responsabile
		RIDUZIONE DEL RISCHIO DI INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA) E USO RESPONSABILE DEGLI ANTIBIOTICI PER LA RIDUZIONE DELL'ANTIMICROBICOESISTENZA - 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"; - utilizzo del nuovo sistema di misurazione delle infezioni (software ECDC per lo studio di prevalenza)	1. esecuzione di due studi annuali di prevalenza aziendale per la rilevazione delle ICA e dell'antimicrobicoresistenza mediante utilizzo del software dell'ECDC		2025 2026 2027	Rischio clinico e Direzioni di presidio
			2. corso di formazione accreditato ECM per tutti i rilevatori per gli studi annuali di prevalenza		2025 2026 2027	Rischio clinico
			3. Partecipazione a tutti i Moduli del Corso previsto dal PNRR di 1250 operatori USL sulle ICA		2025 2026	UO Formazione

5. OBIETTIVI PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO

Ambiti di intervento	Obiettivi	Attività	Indicatori di risultato	Standard	Anno e tempi di realizzazione	Responsabile
			4. partecipazione alla rilevazione per lo studio di prevalenza di almeno un farmacista aziendale		2025 2026 2027	Rischio clinico e Servizio farmaceutico Aziendale
			5. partecipazione allo studio Nazionale sul consumo del gel idroalcolico nelle strutture ospedaliere		2025 2026 2027	Rischio clinico e Servizio farmaceutico Aziendale
		CONTRASTO DELLA VIOLENZA NEI CONFRONTI DEGLI OPERATORI SANITARI -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	1. revisione della procedura aziendale sulla prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari		2025	Rischio clinico e Gruppo di Coordinamento Aziendale per la prevenzione della Violenza
			2. Implementazione del Piano di prevenzione Aziendale contro la violenza sugli operatori sanitari		2025 2026 2027	Rischio clinico, Gruppo di Coordinamento Aziendale per la prevenzione della Violenza,

5. OBIETTIVI PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO

Ambiti di intervento	Obiettivi	Attività	Indicatori di risultato	Standard	Anno e tempi di realizzazione	Responsabile
						Rete dei Referenti del rischio clinico
TRASFERIRE NELLA PRATICA ASSISTENZIALE I CONTENUTI DI LINEE GUIDA, BUONE PRATICHE, RACCOMANDAZIONI ED ALTRI DOCUMENTI DI INDIRIZZO PER LA PREVENZIONE DEGLI ACCADIMENTI SIGNIFICATIVI PER LA SICUREZZA DELLE CURE.		- adesione al monitoraggio annuale dell'implementazione delle raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella attraverso la compilazione del questionario online - revisione delle procedure generali aziendali per il recepimento delle Raccomandazioni Ministeriali	1. % delle Raccomandazioni Ministeriali implementate/totale delle Raccomandazioni emesse dal Ministero	100%	2025 2026 2027	Rischio Clinico
			2. Recepimento delle Raccomandazioni Ministeriali		2025 2026 2027	Rischio Clinico
FAVORIRE IL COINVOLGIMENTO DI PAZIENTI E FAMILIARI	<i>garantire un'informazione trasparente</i>	- miglioramento della comunicazione degli eventi avversi con i pazienti e familiari/caregiver anche mediante la	1.Spazio web aggiornato	100%	2025 2026 2027	Rischio Clinico

5. OBIETTIVI PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO

Ambiti di intervento	Obiettivi	Attività	Indicatori di risultato	Standard	Anno e tempi di realizzazione	Responsabile
NELLA PROMOZIONE DELLA SICUREZZA DELLE CURE.	<i>rispetto alle politiche aziendali per la gestione del rischio clinico</i>	partecipazione a corsi formativi specifici - 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	2.relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi pubblicata		2025 2026 2027	Rischio Clinico (collaborazione di tutte le Macrostrutture per la parte di competenza)
			3.Revisione della PGA 25 "Incident Reporting" inserendo paragrafo specifico sulla Comunicazione degli eventi		2025	Rischio Clinico e Staff Comunicazione