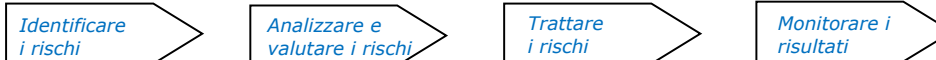






*“Primum non nocere”*



-  **Identificare i Rischi:** definire e descrivere la “situazione di partenza” sul tema della gestione del rischio.
-  **Analizzare e Valutare i Rischi:** procedere all’analisi e alla valutazione dei dati provenienti dai vari flussi informativi o dall’esito delle verifiche per “mappare” lo stato dell’arte della realtà per poi definire le priorità ed i conseguenti interventi di miglioramento.
-  **Trattare i rischi:** definire le azioni da compiere ai fini della riduzione – minimizzazione del rischio, anche in continuità con i Piani precedenti. Non tutti i rischi però possono essere “azzerati”; quindi, le misure possono anche essere tese al mantenimento delle attività in atto.
-  **Monitorare i risultati:** verificare i risultati rispetto a quanto preventivato. Per la definizione degli indicatori di risultato sono utilizzati - quando applicabili - gli indicatori per la sicurezza delle cure disponibili sul sistema InSiDER. Nel piano questi indicatori sono **riportati in grassetto in arancione**.

Area di rischio – interesse	Obiettivo generale	Intervento – attività – strategia ai fini del contenimento del rischio miglioramento efficacia appropriatezza assistenza	Indicatori di risultato	Responsabile Referente del Processo	Indicatore di valutazione Intervento realizzato Sì No	Note Considerazioni – Motivazioni
<b>Cultura della Sicurezza Sistema di segnalazione e gestione eventi Incident Reporting Eventi Sentinella Scheda n° 1</b>	Mantenere elevato il grado di sensibilizzazione e di consapevolezza per un utilizzo corretto della Scheda di Incident Reporting Acquisire informazioni indispensabili per la gestione del rischio e adottare misure idonee a ridurre e/o a prevenire il ripetersi degli eventi. Promuovere la conoscenza di rischi presenti o potenziali all’interno della struttura. Accrescere la consapevolezza di aree critiche.	Portare avanti la diffusione, il rilancio e il consolidamento della cultura della sicurezza dei pazienti e della gestione del rischio nella pratica clinica, attraverso un’attività formativa mirata.	N° di schede di incident reporting compilate N° di near miss segnalati N° di segnalazioni spontanee eventi in ambito diagnostico (comprese quelle per il malfunzionamento del sistema RIS PACS)	<b>Risk Manager</b>		
<b>Piano di prevenzione delle cadute - Regione Emilia Romagna Protocollo PG/2016/0724115 del 18/11/2016</b>						
<b>Raccomandazioni per la sicurezza delle cure Prevenzione rischio cadute Scheda n° 2</b>	Attuare interventi mirati alla identificazione - gestione dei fattori di rischio per prevenire e comprimere il rischio di	1. Proseguire: * nell’individuazione dei pazienti a rischio di caduta attraverso una valutazione multidisciplinare; * nell’individuazione e adozione di appropriate	<b>IND0735 - Cadute del paziente in ospedale (escluso psichiatria) per 1.000 giornate di</b>	<b>Caposala Infermieri OSS Terapisti Medici</b>		

Area di rischio – interesse	Obiettivo generale	Intervento – attività – strategia ai fini del contenimento del rischio miglioramento efficacia appropriatezza assistenza	Indicatori di risultato	Responsabile Referente del Processo	Indicatore di valutazione Intervento realizzato Sì No	Note Considerazioni – Motivazioni
	<p><i>cadute e, nel caso che l'evento accada, ridurne le conseguenze. Assicurare la gestione immediata e appropriata del paziente caduto</i></p> <p><i>Monitorare l'applicazione della "Raccomandazione n° 13 per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie" e della relativa procedura aziendale "Pr 26 Prevenzione e trattamento delle cadute accidentali"</i></p>	<p>misure proattive multifattoriali;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✘ nell'attuazione degli interventi educativi rivolti alla persona e/o caregiver sui fattori di rischio presenti, le possibili strategie proattive, alla raccolta del consenso informato paziente e/o caregiver e alla consegna dell'apposito opuscolo;</li> <li>✘ nella valutazione del danno e delle conseguenze del paziente eventualmente caduto;</li> <li>✘ nell'attuazione di accertamenti – interventi resosi necessari (secondo quanto previsto dalla Pr 26);</li> <li>✘ nell'informazione dei familiari;</li> <li>✘ nella registrazione delle circostanze della caduta e dalle conseguenti attività messe in campo dai professionisti nell'apposito modulo "Scheda segnalazione cadute" (Mod. 289);</li> <li>✘ nell'attenta gestione della relazione con i pazienti e con i familiari a seguito della caduta, anche per prevenire - attenuare eventuali contenziosi;</li> <li>✘ nell'identificazione delle principali cause di caduta;</li> <li>✘ nella condivisione ed analisi delle cadute anche al fine di verificare l'efficacia del processo e individuare gli eventuali ambiti di miglioramento;</li> <li>✘ nel monitoraggio degli indicatori che misurano l'incidenza di tutte le cadute occorse, e la raccolta dei dati riferiti agli esiti stratificati per reparto – piano di degenza, per osservare i risultati conseguiti ed eventualmente porre in essere le più opportune misure proattive e/o di miglioramento.</li> </ul> <p>2. Attuare la valutazione della sicurezza ambientale e la presa in carico delle eventuali criticità emerse.</p> <p>3. Confrontare la pratica corrente, quanto descritto nella Pr 26 Prevenzione e trattamento delle cadute accidentali rispetto alla più recente letteratura scientifica in materia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✘ rivedere-aggiornare la Pr 26 Prevenzione e trattamento delle cadute accidentali e i documenti ad essa collegati</li> <li>✘ formare – sensibilizzare il personale interessato</li> </ul>	<p><b>degenza</b></p> <p>% di cadute prevedibili occorse ai pazienti 3° piano</p> <p>% di cadute prevedibili occorse ai pazienti 4° piano</p>	<p><b>Referente Sorveglianza Sanitaria</b></p>		

Area di rischio – interesse	Obiettivo generale	Intervento – attività – strategia ai fini del contenimento del rischio miglioramento efficacia appropriatezza assistenza	Indicatori di risultato	Responsabile Referente del Processo	Indicatore di valutazione Intervento realizzato Sì No	Note Considerazioni – Motivazioni
<b>Piano di Prevenzione - Sorveglianza e Controllo delle Infezioni</b> RGAU 2.1						
<p>Prevenzione e sorveglianza del rischio infettivo</p> <p><b>Infezioni correlate all'assistenza ICA</b></p> <p>Scheda n° 3</p>	<p><i>Rafforzare le misure di controllo della prevenzione del rischio infettivo nei pazienti - utenti, nei visitatori e negli operatori</i></p> <p><i>Identificare precocemente eventuali casi sospetti</i></p> <p><i>Contenere il rischio di contagio</i></p> <p><i>Ridurre la diffusione dei microrganismi antibiotico-resistenti.</i></p> <p><i>Mantenere la raccolta continua di informazioni e l'analisi dei dati per valutare l'impatto degli interventi di prevenzione e controllo messi in atto</i></p> <p><i>Favorire la disponibilità e la divulgazione dei dati e delle informazioni</i></p> <p><i>Promuovere la prevenzione dell'antibiotico resistenza attraverso l'uso responsabile degli antibiotici</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rispristinare il Comitato infezioni ospedaliere CIO</li> <li>2. Programmare e realizzare almeno 4 incontri del CIO all'anno</li> <li>3. Rivalutare e potenziare gli strumenti e le metodiche da utilizzare per monitorare e tenere sotto controllo le ICA e i documenti ad esso collegati</li> <li>4. Applicare le misure di controllo della prevenzione del rischio infettivo nei pazienti - utenti, nei visitatori e negli operatori Pr 04</li> <li>5. Portare avanti la segnalazione – raccolta informazioni delle ICA attraverso la compilazione dell'apposita scheda Mod. 109</li> <li>6. Realizzare lo studio di prevalenza, 1 volta all'anno, su tutta la popolazione ricoverata nel giorno indice (compresi i dimessi ma esclusi i nuovi ingressi).</li> <li>7. Realizzare lo studio d'incidenza 1 volta all'anno, per valutare il numero di nuove infezioni insorte in relazione al numero di persone libere da infezione nel periodo di riferimento.</li> <li>8. Monitorare indicatori e/o non conformità, relativi a temi specifici quali: <ul style="list-style-type: none"> <li>* polmoniti nosocomiali</li> <li>* infezioni delle vie urinarie</li> <li>* infezione associate alla presenza di catetere venoso centrale</li> <li>* infezioni da Clostridium difficile</li> </ul> </li> <li>9. Ripristinare il monitoraggio delle infezioni delle ferite chirurgiche insorte durante il ricovero</li> <li>10. Verificare l'efficacia degli interventi messi in campo e nel caso apportare i miglioramenti che saranno ritenuti necessari.</li> <li>11. Effettuare il monitoraggio del consumo di antibiotici stratificato per reparto in quanto la sorveglianza delle infezioni deve essere accompagnata ed integrata dai dati associati al loro impiego</li> <li>12. Analizzare i dati raccolti, anche in considerazione alle criticità associate all'antibioticoresistenza.</li> <li>13. Realizzare il monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici</li> </ol>	<p><b>IND0737 - Consumo di prodotti idroalcolici per 1.000 giornate di degenza</b></p> <p>% di polmoniti nosocomiali contratte dai pazienti</p> <p>% di infezioni delle vie urinarie contratte dai pazienti</p> <p>% di infezioni contratte dai pazienti portatori di catetere centrale</p> <p>% di infezioni da Clostridium difficile contratte dai pazienti</p> <p>% di infezioni della ferita chirurgica insorte durante il ricovero</p>	<p><b>Direttore Sanitario</b></p> <p><b>Caposala Medici</b></p> <p><b>Referente Magazzino Farmaci</b></p>		

Area di rischio – interesse	Obiettivo generale	Intervento – attività – strategia ai fini del contenimento del rischio miglioramento efficacia appropriatezza assistenza	Indicatori di risultato	Responsabile Referente del Processo	Indicatore di valutazione Intervento realizzato Sì No		Note Considerazioni – Motivazioni
Prevenzione e sorveglianza del rischio infettivo <b>Prevenzione e controllo della legionellosi</b> Scheda n° 3	<i>Assicurare l'adozione e l'attuazione degli interventi necessari per tenere sotto controllo il rischio legionellosi</i>	1. Portare avanti le misure preventive e correttive identificate e ricondotte nel Piano Prevenzione e Controllo Legionellosi incluso nel Documento di gestione del rischio, prevenzione e controllo		Referente Servizio Tecnico			
<b>Piano di Gestione COVID 19</b> Scheda n° 3							
Prevenzione e sorveglianza del rischio infettivo	<i>Contestualizzare l'assetto organizzativo rispetto alle disposizioni in vigore</i>	1. Definire le attività "straordinarie" che la struttura è tenuta ad intraprendere rispetto alle disposizioni del Ministero, della Regione, ...		CIO			
Prevenzione e sorveglianza del rischio infettivo	<i>Rafforzare le misure di controllo della prevenzione del rischio infettivo nei pazienti - utenti, nei visitatori e negli operatori</i>	1. Sensibilizzare e informare pazienti e visitatori per promuovere i comportamenti corretti. 1. Rendere disponibile il materiale informativo per la sicurezza di familiari e visitatori		CIO			
Prevenzione e sorveglianza del rischio infettivo	<i>Rafforzare le misure di controllo della prevenzione del rischio infettivo nei pazienti - utenti, nei visitatori e negli operatori</i>	Formare – sensibilizzare periodicamente il personale - compresi gli addetti alle pulizie: 1. all'utilizzo dei DPI 1. all'adozione delle precauzioni standard, delle precauzioni aggiuntive basate sulla trasmissione per contatto, droplets e via aerea 2. alle procedure d'isolamento 3. alla gestione dei rifiuti, in particolare di quelli pericolosi a rischio infettivo 4. alla gestione della biancheria		CIO			
Prevenzione e sorveglianza del rischio infettivo	<i>Identificare precocemente eventuali casi sospetti Contenere il rischio di contagio</i>	1. Restringere l'attività lavorativa degli operatori sospetti o risultati positivi al test per Covid 19 in base alle disposizioni vigenti. 2. Definire/rivalutare la gestione dei DPI		CIO			
Prevenzione e sorveglianza del rischio infettivo	<i>Favorire la disponibilità e la divulgazione delle informazioni</i>	1. Informare i pazienti-utenti delle ragioni dei cambiamenti nella routine abituale 2. Garantire la comunicazione tra pazienti-utenti e familiari nel rispetto delle misure di prevenzione del contagio		CIO			
Prevenzione e sorveglianza del rischio infettivo	<i>Favorire la disponibilità e la divulgazione delle informazioni</i>	1. Mantenere aggiornati i documenti per assolvere all'obbligo di massima diffusione delle informazioni		CIO			

Area di rischio – interesse	Obiettivo generale	Intervento – attività – strategia ai fini del contenimento del rischio miglioramento efficacia appropriatezza assistenza	Indicatori di risultato	Responsabile Referente del Processo	Indicatore di valutazione Intervento realizzato Sì No	Note Considerazioni – Motivazioni
<b>Piano Prevenzione Violenza a danno degli Operatori Sanitari (PREVIOS)</b> Regione Emilia Romagna allegato al PG/2018/0564542 del 05/09/2018						
<p>Salute e sicurezza degli operatori <b>Violenza a danno degli Operatori Sanitari</b> Scheda n° 4</p>	<p><i>Prevenire gli atti di violenza contro gli operatori sanitari attraverso la implementazione di misure che consentano l'eliminazione o la riduzione delle condizioni di rischio presenti e l'acquisizione di competenze da parte degli operatori nel valutare e gestire tali eventi quando accadono.</i> <i>Migliorare la sensibilità del personale nei confronti della puntuale segnalazione degli episodi di violenza.</i> <i>Monitorare l'applicazione della "Raccomandazione n° 8 per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari" e della relativa procedura aziendale "Pr 79 Prevenzione degli episodi di aggressività e/o violenza sul lavoro"</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Proseguire: <ul style="list-style-type: none"> <li>→ il monitoraggio delle segnalazioni di episodi di aggressività e/o violenza sul lavoro,</li> <li>→ la loro valutazione al fine di identificare gli eventuali eventi sentinella (flusso SIMENS),</li> <li>→ la revisione dei dati raccolti anche allo scopo di individuare i contesti a maggior rischio,</li> <li>→ l'analisi delle caratteristiche degli eventi, dei fattori che hanno contribuito all'accadimento, degli esiti, ...;</li> <li>→ la individuazione degli eventuali interventi preventivi/ correttivi/migliorativi;</li> <li>→ il feedback ai referenti di reparti – servizi;</li> </ul> </li> <li>2. Rivalutare la valenza della documentazione interna a seguito della eventuale presenza di procedure del gruppo correlate alla segnalazione di episodio di violenza sul lavoro</li> <li>3. Portare avanti la diffusione, il rilancio e il consolidamento della cultura della sicurezza degli operatori e della gestione del rischio, attraverso un'attività formativa mirata</li> <li>4. Rivedere e aggiornare la procedura aziendale "Pr 79 Prevenzione degli episodi di aggressività e/o violenza sul lavoro"</li> <li>5. Formare – sensibilizzare il personale interessato</li> </ol>	<p>N° di segnalazioni di episodi di aggressività e/o violenza sul lavoro N° di infortuni conseguenti ad episodi di violenza a danno di operatori sanitari</p>	<p><b>Direttore Sanitario RAQ</b></p>		
<p>Raccomandazioni Sicurezza Farmaci e Dispositivi Medici <b>Farmacovigilanza</b> Scheda n° 5</p>	<p><i>Identificare, valutare, comprendere e prevenire gli eventi avversi o qualunque altro problema correlato all'uso di medicinali, Comunicare l'informazione in modo da migliorare la pratica terapeutica e la sicurezza dei pazienti e delle cure.</i> <i>Migliorare la sensibilità del personale nei confronti della puntuale segnalazione di reazioni avverse.</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Portare avanti le strategie identificate per assicurare la gestione in sicurezza dei farmaci.</li> <li>2. Mantenere attivo il monitoraggio per assicurare la sistematica segnalazioni delle reazioni avverse da farmaci e a vaccino.</li> <li>3. Rivalutare la valenza della documentazione interna anche a seguito della riorganizzazione delle modalità di approvvigionamento dei farmaci.</li> <li>4. Portare avanti la diffusione, il rilancio e il consolidamento della cultura della sicurezza dei pazienti e della gestione del rischio nella pratica clinica, attraverso un'attività formativa mirata</li> </ol>	<p><b>IND0375 - N. segnalazioni di reazioni avverse a farmaci e a vaccini (ADR) in AOSP e IRCCS x 1.000 ricoveri</b></p>	<p><b>Direttore Sanitario</b></p>		

Area di rischio – interesse	Obiettivo generale	Intervento – attività – strategia ai fini del contenimento del rischio miglioramento efficacia appropriatezza assistenza	Indicatori di risultato	Responsabile Referente del Processo	Indicatore di valutazione Intervento realizzato Sì No		Note Considerazioni – Motivazioni
	<p>Monitorare l'applicazione della "Raccomandazione n° 7 per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica"</p> <p>"Raccomandazione n°12 per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci "look-alike/sound-alike"</p> <p>"Raccomandazione n° 17 per la riconciliazione della terapia farmacologica"</p> <p>"Raccomandazione n° 18 per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli"</p> <p>"Raccomandazione n° 19 per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide", dei relativi documenti regionali e della procedura aziendale "Pr 43 Gestione clinica dei farmaci"</p>						
<p>Raccomandazioni Sicurezza Farmaci e Dispositivi Medici</p> <p><b>Dispositivovigilanza</b></p> <p>Scheda n° 6</p>	<p>Incrementare la protezione della salute e sicurezza dei pazienti e degli utilizzatori, Ridurre la probabilità che lo stesso tipo di incidente si ripeta Permettere la condivisione delle informazioni tra l'Autorità competente (Ministero della Salute) e i fabbricanti, in modo tale da rendere quanto più tempestiva possibile l'applicazione delle azioni correttive</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recepire le nuove indicazioni che la Regione Emilia Romagna - attraverso il sistema segnalRER - sta implementando con delle sezioni di formazione on-line previste per tutto l'anno 2024</li> <li>2. Portare avanti la raccolta delle segnalazioni e il monitoraggio dei possibili difetti/malfunzionamenti di lieve entità – reclami oppure incidenti- incidenti gravi o mancati incidenti riconducibili a problematiche dovute a dispositivi medici,</li> <li>3. Rivalutare la valenza della documentazione interna a seguito della riorganizzazione delle modalità di gestione attrezzature e della eventuale presenza di procedure del gruppo</li> <li>4. Programmare formazione volta a promuovere un uso sicuro ed appropriato dei dispositivi medici e a</li> </ol>	<p><b>IND0376 - N. segnalazioni di incidente con dispositivi medici x 10.000 ricoveri</b></p>	<p><b>RAV aziendale</b></p>			

Area di rischio – interesse	Obiettivo generale	Intervento – attività – strategia ai fini del contenimento del rischio miglioramento efficacia appropriatezza assistenza	Indicatori di risultato	Responsabile Referente del Processo	Indicatore di valutazione Intervento realizzato Sì No		Note Considerazioni – Motivazioni
	<p>Migliorare la sensibilità del personale nei confronti della puntuale segnalazione delle problematiche dovute a dispositivi medici.</p> <p>Monitorare l'applicazione della "Raccomandazione n° 9 Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali" e dei relativi documenti aziendali</p>	<p>sensibilizzare gli operatori circa l'importanza della segnalazione di eventuali incidenti/reclami.</p>					
<p>Raccomandazioni Sicurezza Farmaci e Dispositivi Medici <b>Emovigilanza</b> Scheda n° 7</p>	<p>Contenere il rischio di eventi avversi, complicanze e effetti collaterali dovuti all'utilizzo di emoderivati</p> <p>Mantenere elevata l'attenzione dei professionisti sul tema della sicurezza trasfusionale</p> <p>Monitorare l'applicazione della "Raccomandazione n° 5 per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO" e della relativa procedura aziendale "Pr 12 Gestione sangue ed emocomponenti"</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Proseguire: <ul style="list-style-type: none"> <li>→ la rilevazione e il monitoraggio dei possibili eventi avversi, da incompatibilità ABO, complicanze e effetti collaterali dovuti all'utilizzo di emoderivati</li> <li>→ l'analisi delle caratteristiche degli eventi, dei fattori che hanno contribuito all'accadimento, degli esiti, ...;</li> </ul> </li> <li>Individuare gli ambiti di miglioramento e/o di criticità per poi stabilire programmi di miglioramento.</li> <li>Portare avanti la diffusione, il rilancio e il consolidamento della cultura della sicurezza dei pazienti e degli operatori e della gestione del rischio nella pratica clinica, attraverso un'attività formativa mirata</li> </ol>	<p><b>IND0743 - Incidenti gravi per 1.000 unità trasfuse</b></p>	<p><b>Caposala Medici Direttore medico</b></p>			
<p>Altre raccomandazioni Sicurezza Cure <b>Allontanamento del paziente</b> Scheda n° 8</p>	<p>Favorire le buone pratiche organizzative concordate per cogliere la presenza di elementi predittivi di una eventuale decisione del paziente di allontanarsi dalla struttura e per affrontare casi di sparizione, allontanamento</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Continuare a tenere sotto controllo: <ul style="list-style-type: none"> <li>→ la frequenza dei casi di allontanamento,</li> <li>→ il loro esito attraverso il monitoraggio di specifici indicatori.</li> </ul> </li> <li>Proseguire l'analisi delle caratteristiche degli eventi, dei fattori che hanno contribuito all'accadimento, degli esiti, ...;</li> <li>Verificare il corretto di funzionamento dei sistemi di messa in sicurezza delle uscite di emergenza attuati nel 2024</li> </ol>	<p>N° di casi di allontanamento di pazienti dall'ospedale senza autorizzazione sanitaria</p>	<p><b>Caposala Medici Direttore medico</b></p>			



Area di rischio – interesse	Obiettivo generale	Intervento – attività – strategia ai fini del contenimento del rischio miglioramento efficacia appropriatezza assistenza	Indicatori di risultato	Responsabile Referente del Processo	Indicatore di valutazione Intervento realizzato Sì No		Note Considerazioni – Motivazioni
	<i>temporaneo di pazienti senza autorizzazione sanitaria</i>	4. Individuare gli ambiti di miglioramento e/o di criticità per poi stabilire programmi di miglioramento.					
Gestione sinistri e comunicazione con i cittadini <b>Reclami e Segnalazioni rilevanti ai fini del rischio clinico</b> Scheda n° 9	<i>Favorire l'approccio attivo dei cittadini nella vita organizzativa della Struttura e garantire la loro tutela Mantenere-recuperare il rapporto di fiducia tra le parti Sviluppare ulteriormente la conoscenza dei rischi - anche solo potenziali</i>	1. Portare avanti un'attenta e sistematica analisi di tutti i reclami – segnalazioni, nello specifico di quelli attinenti alle sfere tecnico - professionale - relazionale e/o rilevanti ai fini del rischio clinico 2. Coinvolgere i professionisti nella definizione e implementazione delle azioni individuate per la loro presa in carico-gestione anche attraverso specifici audit.	N° utenti che hanno formulato reclami N° reclami e segnalazioni rilevanti ai fini del rischio clinico	<b>Direttore Sanitario Referente URP</b>			
Gestione sinistri e comunicazione con i cittadini <b>Sinistri</b> Scheda n° 10	<i>Migliorare la gestione del contenzioso Produrre dati attendibili</i>	1. Portare avanti i sistemi di monitoraggio. 2. Impostare una specifica reportistica della sinistrosità aggregata per aree/tematiche	<b>IND0740 - Tasso di sinistrosità per 10.000 ricoveri</b>	<b>Risk Manager Risk Manager del Gruppo</b>			
Altre Raccomandazioni Sicurezza Cure <b>Lesioni da pressione</b> Scheda n° 11	<i>Ridefinire gli strumenti preventivi, la buona pratica assistenziale per la prevenzione delle lesioni da pressione Standardizzare le modalità di prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione facendo riferimento a raccomandazioni basate su evidenze scientifiche. Favorire l'individuazione e la gestione delle persone a rischio.</i>	1. Confrontare la pratica corrente, quanto descritto nella Pr 48 Prevenzione e trattamento lesioni da pressione rispetto alla più recente letteratura scientifica in materia: * rivedere-aggiornare la Pr 48 Prevenzione e trattamento lesioni da pressione e i documenti ad essa collegati. * formare – sensibilizzare il personale interessato	% di lesioni da pressione insorte dopo il ricovero % di lesioni da pressione	<b>Direttore medico Caposala</b>			
Altre Raccomandazioni Sicurezza Cure <b>Contenzione</b> Scheda n° 12	<i>Ridefinire gli strumenti per la buona pratica clinico - assistenziale dell'utilizzo dei mezzi di contenzione e salvaguardia Ridurre il ricorso alla contenzione fisica, Aumentare l'utilizzo e</i>	1. Confrontare la pratica corrente, quanto descritto nella Pr 27 Gestione delle misure contenitive di salvaguardia rispetto a quanto indicato dalla più recente letteratura scientifica in materia: * rivedere-aggiornare la Pr 27 Gestione delle misure contenitive di salvaguardia e i documenti ad essa collegati. * Formare – sensibilizzare il personale	% di pazienti ricoverati in Lungodegenza Medica post-acuzie per i quali è stata utilizzata la contenzione	<b>Direttore medico Medici Caposala</b>			



Area di rischio – interesse	Obiettivo generale	Intervento – attività – strategia ai fini del contenimento del rischio miglioramento efficacia appropriatezza assistenza	Indicatori di risultato	Responsabile Referente del Processo	Indicatore di valutazione Intervento realizzato Sì No		Note Considerazioni – Motivazioni
	<i>la ricerca di soluzioni alternative</i>	interessato					
<p>Altre Raccomandazioni Sicurezza Cure <b>Emergenze &amp; urgenze</b> Scheda n° 13</p>	<p><i>Raggiungere e mantenere adeguati livelli di performance del personale sanitario nella gestione dell'intervento di urgenza Predisporre con metodo sistematico le apparecchiature ed i farmaci specifici dell'emergenza in modo che siano facilmente reperibili e sempre pronti all'uso. Ridurre il rischio di ritardi associati a malpractice (mancato funzionamento delle apparecchiature elettromedicali...), utilizzando le migliori evidenze disponibili per la gestione e manutenzione del carrello e dei presidi per l'emergenza. Migliorare l'approccio clinico e terapeutico alle principali emergenze cardio-respiratorie Assicurare l'uniformità dei comportamenti di tutti i professionisti coinvolti nelle urgenze.</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fare partecipare il personale sanitario ai corsi BLS/D nel rispetto delle periodicità previste</li> <li>2. Rivedere e aggiornare la dotazione standard di farmaci, parafarmaci e presidi presenti nei carrelli per l'emergenza ed il loro allestimento</li> <li>3. Sostituire l'attuale dotazione di defibrillatori</li> <li>4. Rivedere e aggiornare l'IO 21 Gestione del carrello – presidio delle emergenze</li> <li>5. Rivedere e aggiornare la PR 31 Gestione delle emergenze cliniche e i documenti ad essa collegati</li> <li>6. formare – sensibilizzare il personale interessato</li> </ol>	<p>% di personale sanitario che ha partecipato al retraining</p>	<p><b>Direttore medico Medici Caposala Referente Servizio immobiliare</b></p>			

Note:



Il Piano riporta le aree sulle quali la Direzione ha ritenuto prioritario intervenire nell'anno 2024 e/o che proseguono dall'anno 2023.

Il Piano include:

1. **il Piano di Prevenzione Cadute** - Regione Emilia Romagna Protocollo PG/2016/0724115 del 18/11/2016,
2. **il Piano di Prevenzione - Sorveglianza e Controllo delle Infezioni** RGAU 2.1,
3. **Il Piano di Gestione Emergenza COVID 19**, Regione Emilia Romagna – Servizio Presidi Ospedalieri Linee di indirizzo per l'aggiornamento del piano-programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio (in relazione all'epidemia COVID-19)
4. **il Piano Prevenzione Violenza a danno degli Operatori Sanitari (PREVIOS)** Regione Emilia Romagna allegato al PG/2018/0564542 del 05/09/2018

- 📄 Il Piano - programma può essere modificato - integrato in corso d'anno, in conseguenza ad esempio a riforme legislative - organizzative e/o nuove priorità individuate (reclami, segnalazioni, non conformità, eventi, quasi eventi, ecc. ...).
- 📄 Le modifiche e/o integrazioni apportate sono soggette all'approvazione del Direttore Sanitario.
- 📄 L'aggiornamento del Piano - programma è responsabilità del Referente Qualità.
- 📄 Le eventuali modifiche - integrazioni apportate saranno scritte in rosa.
- 📄 Gli interventi - attività - strategie che in corso d'anno non sono più considerati prioritari, dalla Direzione, ad esempio in conseguenza al cambiamento delle condizioni di contesto, variazioni di strategia, ecc. ... non vengono considerati né come realizzati né come non realizzati (contrassegnare entrambe le colonne, intervento realizzato sì no, con /)
- 📄 Gli interventi - attività - strategie di miglioramento sono sostanziati in termini di adempimenti.
- 📄 L'indicatore di valutazione - verifica della realizzazione di interventi - attività - strategie pianificati si basa sul criterio: sì (realizzato) - no (non realizzato) ed è da compilare a fine delle attività.
- 📄 La colonna considerazioni - motivazioni deve sempre essere compilata, a delucidazione di interventi non realizzati (no), dal relativo Responsabile, enunciando le eventuali criticità emerse in ordine all'attuazione dei singoli interventi - attività - strategie e le possibili soluzioni, compresa la loro eventuale ritardatura.
- 📄 La Direzione in considerazione a quanto espresso dal Responsabile può decidere di:
  - riprogrammare gli interventi - attività - strategie non realizzati, accogliendo le proposte,
  - il loro annullamento in quanto non ritenuti più idonei alla finalità e/o prioritari.

### **Bibliografia:**

Ministero della Salute - Dipartimento della qualità direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema ufficio III Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: Manuale per la formazione degli operatori sanitari, DGR del 23 febbraio 2004, n°327 e successive modifiche e integrazioni: Requisiti pertinenti l'autorizzazione e l'accreditamento sanitario istituzionale

DGR del 04 dicembre 2017 n° 1943 e successive modifiche e integrazioni: Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accreditamento delle strutture sanitarie Dossier 97 - 2004 Agenzia Sanitaria Regionale dell'Emilia Romagna: Il Sistema qualità per l'accreditamento istituzionale in Emilia - Romagna

DGR del 18 ottobre 2010, n° 1544 Provvedimenti in ordine al finanziamento delle aziende del servizio sanitario regionale per il 2010 e al relativo quadro degli obiettivi annuali - integrazione alla deliberazione n. 234/2010

Agenzia Sanitaria e Sociale RER materiale Incontri periodici Risk Manager Bologna 30/5/2011

Regione Emilia Romagna - Servizio Presidi Ospedalieri - Protocollo PG/2014/466534 del 03/12/2014 - Indicazioni relative all'implementazioni di un piano per la prevenzione delle cadute nelle strutture sanitarie

Regione Emilia Romagna Protocollo PG/2016/0724115 del 18/11/2016 Piano di prevenzione delle cadute-

Regione Emilia Romagna - Servizio Presidi Ospedalieri - Protocollo PG/2016/0156648 del 07/03/2016 Linee di indirizzo per l'elaborazione del piano-programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie dell'Emilia Romagna

DGR del 2017, n° 1943 Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accreditamento delle strutture sanitarie 6° criterio, requisito 6.2: la direzione elabora, attua e verifica il piano programma aziendale della sicurezza delle cure e la gestione del rischio secondo le indicazioni regionali e nazionali

Regione Emilia Romagna - Protocollo PG/2018/0564542 del 05/09/2018 con oggetto: Scheda di segnalazione episodi di violenza e indicazioni per la stesura del piano di Prevenzione Violenza a danno degli Operatori Sanitari

Allegato al PG/2018/0564542 del 05/09/2018 "Guida per la stesura Piano Prevenzione Violenza a danno degli Operatori Sanitari (PREVIOS)"

Regione Emilia Romagna - Servizio Presidi Ospedalieri - Protocollo Prot. 30/06/2020.0077007.U Linee di indirizzo per l'aggiornamento del piano-programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio (in relazione all'epidemia COVID-19)

Ministero della Salute - Decreto 19 dicembre 2022 Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie. (22A07418) (GU Serie Generale n.305 del 31-12-2022) allegato A

Regione Emilia Romagna Protocollo PG 376598 del 18/04/2023 - Nuove Linee di Indirizzo per la elaborazione del Piano-Programma Annuale per la Sicurezza delle Cure e della Rendicontazione Annuale nelle Organizzazioni Sanitarie della Regione Emilia-Romagna



*La rovina non sta nell'errore che commetti,  
ma nella scusa con cui cerchi di nasconderelo  
Massimo Gramellini*

*Data 30 aprile 2024 il Direttore Sanitario – Risk Manager dott. Agostino Mancuso*