

PIANO PROGRAMMA MIGLIORAMENTO SICUREZZA DELLE CURE
Programmazione anno 2026

“Primum non nocere”

Identificare
i rischi

Analizzare e
valutare i rischi

Trattare
i rischi

Monitorare i
risultati

- Identificare i Rischi; definire e descrivere la "situazione di partenza" in tema di gestione del rischio.
- Analizzare e Valutare i Rischi; procedere all'analisi e alla valutazione dei dati provenienti dai diversi flussi informativi o dall'esito delle verifiche per "mappare" lo stato dell'arte, determinare 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 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
Cultura della Sicurezza Sistema di segnalazione e gestione eventi Incident Reporting Eventi Sentinella Scheda n° 1	Mantenere elevato il grado di sensibilizzazione e di consapevolezza sulla gestione del rischio nella pratica clinica, sull'utilizzo delle schede di segnalazioni disponibili 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.	Proseguire: 1. nella sensibilizzazione del personale attraverso un'attività formativa mirata, 2. nell'analisi delle segnalazioni raccolte e nell'attivazione degli eventuali interventi preventivi e/o di miglioramento ritenuti opportuni 3. nella verifica della loro effettiva attuazione - efficacia sul campo 4. nella condivisione delle soluzioni applicate. 5. Implementare l'utilizzo della Piattaforma SegnalER 6. Predisporre e restituire ai soggetti interessati una reportistica periodica degli eventi occorsi 7. Completare la presa in carico del nuovo Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2024 e l'aggiornamento della relativa Procedura in linea con il documento regionale "Aggiornamento indicazioni operative per la Gestione degli Eventi Sentinella – Recepimento aggiornamenti del Protocollo Ministeriale di Monitoraggio degli Eventi Sentinella (luglio 2024)"	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)	Risk Manager			
Piano di prevenzione delle cadute - Regione Emilia Romagna Protocollo PG/2016/0724115 del 18/11/2016							
Raccomandazioni per la sicurezza delle cure Prevenzione rischio	Attuare interventi mirati alla identificazione -	1. Proseguire: * nell'individuazione dei pazienti a rischio di	IND0735 - Cadute del paziente in	Caposala Infermieri			

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
cadute Scheda n° 2	<i>gestione dei fattori di rischio per prevenire e comprimere il rischio di cadute e, nel caso che l'evento accada, ridurre le conseguenze. Assicurare la gestione immediata e appropriata del paziente caduto 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>	caduta attraverso una valutazione multidisciplinare; × nell'individuazione e adozione di appropriate misure proattive multifattoriali; × 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 del paziente e/o caregiver; × nella valutazione del danno e delle conseguenze del paziente eventualmente caduto; × nell'attuazione di accertamenti – interventi resosi necessari (secondo quanto previsto dalla Pr 26); × nell'informazione dei familiari; × nella registrazione delle circostanze della caduta e dalle conseguenti attività messe in campo dai professionisti nell'apposito modulo "Scheda segnalazione cadute" (Mod. 289); × nell'attenta gestione della relazione con i pazienti e con i familiari a seguito della caduta, anche per prevenire - attenuare eventuali contenziosi; × nell'identificazione delle principali cause di caduta; × nella condivisione ed analisi delle cadute anche al fine di verificare l'efficacia del processo e individuare gli eventuali ambiti di miglioramento; × 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. 2. Approvare la Pr 26 Prevenzione e trattamento delle cadute accidentali e i documenti ad essa collegati 3. Formare – sensibilizzare il personale interessato 4. Implementare l'utilizzo della Piattaforma SegnalER	ospedale (escluso psichiatria) per 1.000 giornate di degenza % di cadute accidentali occorse ai pazienti 3° piano % di cadute accidentali occorse ai pazienti 4° piano	OSS Terapisti Medici Referente Sorveglianza Sanitaria			
Piano di Prevenzione - Sorveglianza e Controllo delle Infezioni RGAU 2.1							
Prevenzione e sorveglianza del rischio	<i>Rafforzare le misure di controllo della</i>	1. Programmare e realizzare almeno 4 incontri all'anno del CIO	IND0737 - Consumo di prodotti	Direttore Sanitario			

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		Note
					Sì	No	Considerazioni – Motivazioni
infettivo Infezioni correlate all’assistenza ICA Scheda n° 3	<i>prevenzione del rischio infettivo nei pazienti - utenti, nei visitatori e negli operatori</i> <i>Identificare precocemente eventuali casi sospetti</i> <i>Contenere il rischio di contagio</i> <i>Ridurre la diffusione dei microrganismi antibiotico-resistenti.</i> <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> <i>Favorire la disponibilità e la divulgazione dei dati e delle informazioni</i> <i>Promuovere la prevenzione dell’antibiotico resistenza attraverso l’uso responsabile degli antibiotici</i> <i>Recepire - applicare le indicazioni fornite dal Comitato Aziendale, diffonderle al personale e verificarne - monitorarne l’applicazione.</i> <i>Analizzare gli eventi occorsi e gestirli tempestivamente</i> <i>Adottare azioni di miglioramento con rivalutazione delle indicazioni.</i>	2. Applicare le misure di controllo della prevenzione del rischio infettivo nei pazienti - utenti, nei visitatori e negli operatori Pr 04 3. Portare avanti la segnalazione – raccolta informazioni delle ICA attraverso la compilazione dell’apposita scheda Mod. 109 4. 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). 5. 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. 6. Portare avanti il monitoraggio di non conformità e/o /indicatori, relativi a temi specifici quali: pulizia e disinfezione degli ambienti e lavanolo. 7. Monitorare indicatori e/o non conformità, relativi a temi specifici quali: ✖ polmoniti nosocomiali ✖ infezioni delle vie urinarie ✖ infezione associate alla presenza di catetere venoso centrale ✖ infezioni da Clostridium difficile 8. Proseguire il monitoraggio delle infezioni delle ferite chirurgiche insorte durante il ricovero al fine di verificare l’efficacia degli interventi messi in campo e/o da attivare per apportare i miglioramenti che saranno ritenuti necessari (Riabilitazione Metabolico Nutrizionale – Riabilitazione Ortopedica) 9. Verificare l’efficacia degli interventi messi in campo e nel caso apportare i miglioramenti che saranno ritenuti necessari. 10. Effettuare il monitoraggio del consumo di antibiotici in quanto la sorveglianza delle infezioni deve essere accompagnata ed integrata dai dati associati al loro impiego 11. Analizzare i dati raccolti, anche in considerazione alle criticità associate all’antibioticoresistenza. 12. Realizzare il monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici 13. Programmare e realizzare almeno 2 incontri all’anno del Comitato ICA in sinergia con il CIO 14. Applicare – recepire le misure del Comitato Aziendale, diffonderle al personale e verificarne - monitorarne l’applicazione 15. Analizzare gli eventi occorsi e gestirli tempestivamente	idroalcolici per 1.000 giornate di degenza % di polmoniti nosocomiali contratte dai pazienti % di infezioni delle vie urinarie contratte dai pazienti % di infezioni contratte dai pazienti portatori di catetere centrale % di infezioni da Clostridium difficile contratte dai pazienti % di infezioni della ferita chirurgica insorte durante il ricovero	Caposala Medici Referente Magazzino Farmaci Direttore Medico			

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
		16. Adottare azioni di miglioramento con rivalutazione delle indicazioni.					
Prevenzione e sorveglianza del rischio infettivo Infezioni correlate all'assistenza ICA Scheda n° 3	<i>Rafforzare le misure di controllo della prevenzione del rischio infettivo nei pazienti – utenti, nei visitatori e negli operatori Identificare precocemente eventuali casi sospetti Contenere il rischio di contagio</i>	1. Presa in carico della nuova edizione del documento regionale "Indicazioni pratiche e protocolli operativi per la diagnosi, la sorveglianza e il controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie" 2. Eventuale aggiornamento della documentazione interna di riferimento 3. Formazione aggiornamento del personale interessato		Direttore Sanitario Caposala Medici Direttore Medico			
Prevenzione e sorveglianza del rischio infettivo Prevenzione e controllo della legionellosi 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 Immobiliare			

Piano Prevenzione Violenza a danno degli Operatori Sanitari (PREVIOS) Regione Emilia Romagna allegato al PG/2018/0564542 del 05/09/2018

Salute e sicurezza degli operatori Violenza a danno degli Operatori Sanitari Scheda n° 4	<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. Migliorare la sensibilità del personale nei confronti della puntuale segnalazione degli episodi di violenza. Monitorare l'applicazione della "Raccomandazione n° 8 per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori in ambito sanitario e socio-</i>	1. Prendere in carico la versione aggiornata della Raccomandazione Ministeriale n° 8 per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori in ambito sanitario e socio-sanitario a causa dell'esercizio delle loro funzioni 2. Allineare la procedura aziendale "Pr 79 Prevenzione degli episodi di aggressività e/o violenza sul lavoro" alla nuova versione della Raccomandazione n° 8 3. Formare – sensibilizzare il personale interessato 4. Proseguire: ✖ il monitoraggio delle segnalazioni di episodi di aggressività e/o violenza sul lavoro, ✖ la revisione dei dati raccolti anche allo scopo di individuare i contesti a maggior rischio, ✖ l'analisi delle caratteristiche degli eventi, dei fattori che hanno contribuito all'accadimento, degli esiti, ...; ✖ la individuazione degli eventuali interventi preventivi/ correttivi/migliorativi; ✖ il feedback ai referenti di reparti – servizi. 5. Implementare l'utilizzo della Piattaforma SegnalER 6. Portare avanti la diffusione e il consolidamento della cultura della sicurezza degli operatori e della gestione del rischio, attraverso un'attività formativa	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	Direttore Sanitario RAQ Direttore Medico			
---	--	--	---	---	--	--	--

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		Note Considerazioni – Motivazioni
					Sì	No	
	<i>sanitario a causa dell'esercizio delle loro funzioni" e della relativa procedura aziendale "Pr 79 Prevenzione degli episodi di aggressività e/o violenza sul lavoro"</i>	mirata 7. Programmare e realizzare almeno 2 incontri all'anno del Comitato 8. Applicare – recepire le misure del Comitato Aziendale, diffonderle al personale e verificarne - monitorarne l'applicazione.					
Raccomandazioni Sicurezza Farmaci e Dispositivi Medici Farmacovigilanza Scheda n° 5	<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. Migliorare la sensibilità del personale nei confronti della puntuale segnalazione di reazioni avverse. Monitorare l'applicazione della "Raccomandazione n° 7 per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica" "Raccomandazione n°12 per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci "look-alike/sound-alike" "Raccomandazione n° 17 per la riconciliazione della terapia farmacologica" "Raccomandazione n° 18 per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli" "Raccomandazione n°</i>	1. Portare avanti le strategie identificate per assicurare la gestione in sicurezza dei farmaci. 2. Mantenere attivo il monitoraggio per assicurare la sistematica segnalazioni delle reazioni avverse da farmaci e a vaccino. 3. Rivalutare la valenza della documentazione interna anche a seguito della riorganizzazione delle modalità di approvvigionamento dei farmaci 4. Portare avanti la diffusione e il consolidamento della cultura della sicurezza dei pazienti e della gestione del rischio nella pratica clinica, attraverso un'attività formativa mirata	IND0375 - N. segnalazioni di reazioni avverse a farmaci e a vaccini (ADR) in AOSP e IRCCS x 1.000 ricoveri	Direttore Sanitario			

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		Note Considerazioni – Motivazioni
					Sì	No	
	<i>19 per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide, dei relativi documenti regionali e della procedura aziendale "Pr 43 Gestione clinica dei farmaci"</i>						
Sicurezza farmaci	<i>Migliorare la sensibilità del personale nei confronti dell'uso appropriato dei farmaci Monitorare l'applicazione di quando indicato in materia all' art 3: requisiti di qualità e modalità di assistenza e di accesso del Contratto tra l'Azienda Usl di Modena e KOS CARE S.R.L. per l'Unità Locale Ospedale Privato Accreditato Villa Pineta di PAVULLO per l'acquisizione di prestazioni assistenziali di degenza ...</i>	Sensibilizzare il personale medico ad: - impiegare in modo appropriato; - i PPI rivalutando le terapie di durata superiore ad un anno per ridurre delle prescrizioni; - i farmaci inalatori per la BPCO secondo le indicazioni del gruppo di lavoro provinciale indirizzando la scelta verso principi attivi disponibili il PT AVEN; - i farmaci ipolipemizzanti nel rispetto della Nota AIFA 13 con riduzione del ricorso alle prescrizioni in prevenzione primaria in pazienti con età > 80 anni; - i PUFA (omega 3) la cui prescrizione è regolata solo dalla Nota 13; - della Vitamina D (indicazioni regionali) e riducendo l'utilizzo del monodose a favore delle formulazioni multi-dose e le prescrizioni; - gli antibiotici sistemici, con riduzione delle DDD prescritte - a formulare nella lettera di dimissione e nei referti di specialistica ambulatoriale, le terapie indicando sempre il principio attivo in luogo del nome commerciale del farmaco, nel rispetto delle note AIFA e dei contenuti del Prontuario Terapeutico AVEN		Direttore Medico			
Raccomandazioni Sicurezza Farmaci e Dispositivi Medici Dispositivovigilanza Scheda n° 6	<i>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</i>	- 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, - Rivalutare la valenza della documentazione interna a seguito della riorganizzazione delle modalità di gestione attrezzature e della eventuale presenza di procedure del gruppo - Programmare formazione volta a promuovere un uso sicuro ed appropriato dei dispositivi medici e a sensibilizzare gli operatori circa l'importanza della	IND0376 - N. segnalazioni di incidente con dispositivi medici x 10.000 ricoveri	Responsabile Locale Vigilanza (RLV)			

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>più tempestiva possibile l'applicazione delle azioni correttive</i> <i>Migliorare la sensibilità del personale nei confronti della puntuale segnalazione delle problematiche dovute a dispositivi medici.</i> <i>Monitorare l'applicazione della "Raccomandazione n° 9 Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali" e dei relativi documenti aziendali</i>	segnalazione di eventuali incidenti/reclami.					
Raccomandazioni Sicurezza Farmaci e Dispositivi Medici Emovigilanza Scheda n° 7	<i>Contenere il rischio di eventi avversi, complicanze e effetti collaterali dovuti all'utilizzo di emoderivati</i> <i>Mantenere elevata l'attenzione dei professionisti sul tema della sicurezza trasfusionale</i> <i>Monitorare l'applicazione della "Raccomandazione n° 5 per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0" e della relativa procedura aziendale "Pr 12 Gestione sangue ed emocomponenti"</i>	- Proseguire: → la rilevazione e il monitoraggio dei possibili eventi avversi, da incompatibilità AB0, complicanze e effetti collaterali dovuti all'utilizzo di emoderivati → l'analisi delle caratteristiche degli eventi, dei fattori che hanno contribuito all'accadimento, degli esiti, ...; - Individuare gli ambiti di miglioramento e/o di criticità per poi stabilire programmi di miglioramento. - Portare avanti la diffusione 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	IND0743 - Incidenti gravi per 1.000 unità trasfuse	Caposala Medici Direttore Medico			
Altre raccomandazioni Sicurezza Cure Allontanamento del paziente Scheda n° 8	<i>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</i>	- Continuare a tenere sotto controllo: → la frequenza dei casi di allontanamento, → il loro esito attraverso il monitoraggio di specifici indicatori. - Proseguire l'analisi delle caratteristiche degli eventi, dei fattori che hanno contribuito all'accadimento, degli esiti, ...;	N° di casi di allontanamento di pazienti dall'ospedale senza autorizzazione sanitaria	Caposala Medici Direttore Medico			

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		Note Considerazioni – Motivazioni
					Sì	No	
	<i>affrontare casi di sparizione, allontanamento temporaneo di pazienti senza autorizzazione sanitaria</i>	3. Individuare gli ambiti di miglioramento e/o di criticità per poi stabilire programmi di miglioramento.					
Gestione sinistri e comunicazione con i cittadini Reclami e Segnalazioni rilevanti ai fini del rischio clinico 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	Direttore Sanitario Referente URP			
Gestione sinistri e comunicazione con i cittadini Sinistri Scheda n° 10	<i>Migliorare la gestione del contenzioso Produrre dati attendibili</i>	1. Portare avanti la gestione implementata 2. Portare avanti i sistemi di monitoraggio. 3. Impostare una specifica reportistica della sinistrosità aggregata per aree/tematiche	IND0740 - Tasso di sinistrosità per 10.000 ricoveri	Risk Manager Risk Manager del Gruppo			
Altre Raccomandazioni Sicurezza Cure Lesioni da pressione 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. Approvare la Pr 48 Prevenzione e trattamento lesioni da pressione e i documenti ad essa collegati. 2. Formare – sensibilizzare il personale interessato 3. Implementare l'utilizzo della Piattaforma SegnalER 4. Avviare la rilevazione di tutte le lesioni da decubito sulla piattaforma aziendale	% di lesioni da pressione insorte dopo il ricovero in pazienti allettati % di obiettivi raggiunti lesioni da pressione	Direttore Medico Caposala			
Altre Raccomandazioni Sicurezza Cure Contenzione 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</i>	1. Approvare la Pr 27 Gestione delle misure contenitive di salvaguardia e i documenti ad essa collegati. 2. Formare – sensibilizzare il personale interessato 3. Mettere in atto possibili strategie di miglioramento per poter prevenire – ridurre l'utilizzo dei mezzi di	% di pazienti ricoverati in Lungodegenza Medica post-acuzie per i quali è stata utilizzata la contenzione	Direttore Medico Medici Caposala			

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>contenzione fisica, Aumentare l'utilizzo e la ricerca di soluzioni alternative</i>	4. Implementare l'utilizzo della Piattaforma SegnalER per le segnalazioni di contenzione					
Altre Raccomandazioni Sicurezza Cure Emergenze & urgenze Scheda n° 13	<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>	1. Fare partecipare il personale sanitario ai corsi BLS/D nel rispetto delle periodicità previste 2. Approvare l'IO 21 Gestione del carrello – presidio delle emergenze 3. Completare l'aggiornamento della PR 31 Gestione delle emergenze cliniche e dei documenti ad essa collegati 4. Formare – sensibilizzare il personale interessato 5. Fare ottenere/mantenere al personale la certificazione – abilitazione di addetto alla gestione delle emergenze, prevenzione incendi e lotta antincendio. Rischio 3 – D.M. 02/09/2021	% di personale che ha partecipato al retraining BLS/D % di personale che ha partecipato alla formazione aggiornamento addetto alla gestione delle emergenze, prevenzione incendi e lotta antincendio. Rischio 3 – D.M. 02/09/2021	Direttore Medico Medici Caposala Referente Servizio immobiliare			
Altre Raccomandazioni Sicurezza Cure Maltrattamento a danno di pazienti	<i>Prevenire i maltrattamenti a danno di pazienti Migliorare la consapevolezza del personale riguardo alla messa in atto di comportamenti potenzialmente non appropriati Implementare le</i>	1. Proseguire: ✗ il monitoraggio delle segnalazioni di episodi di maltrattamento a danno di pazienti, ✗ l'analisi delle caratteristiche degli eventi, dei fattori che hanno contribuito all'accadimento, degli esiti, ...; ✗ la individuazione degli eventuali interventi preventivi/ correttivi/migliorativi. 2. Implementare l'utilizzo della Piattaforma SegnalER	N° di segnalazioni di maltrattamento a danno di pazienti	Direttore Medico Direttore Sanitario Caposala Coordinatori fisioterapisti			

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>competenze del personale per affrontare in modo adeguato i problemi di assistenza e il rischio di incomprensioni e conflitti.</i>	3. per le segnalazioni di contenzione Programmare e realizzare almeno 2 incontri all'anno del Comitato 4. Applicare – recepire le misure del Comitato Aziendale, diffonderle al personale e verificarne - monitorarne l'applicazione.					

Note:



- Il Piano riporta le aree sulle quali la Direzione ha ritenuto prioritario intervenire nell'anno 2025 e/o che proseguono dall'anno 2024.
- 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 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 ne come realizzati ne come non realizzati (contrassegnare entrambe le colonne con /)
- Gli interventi – attività – strategie di miglioramento sono sostanzianti in termini di adempimenti.
- L'indicatore di valutazione - verifica della realizzazione di interventi – attività – strategie pianificati si basa sul criterio: sì (realizzato completamente) in parte (realizzato in parte) – 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 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 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)" 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
DGR del 01 luglio 2024, n° 1314 e successive modifiche e integrazioni. Attuazione del D.M. del Ministro della Salute 19 dicembre 2022. Approvazione Requisiti Generali di Accreditemento delle Strutture Sanitarie Pubbliche e Private.
Regione Emilia Romagna Protocollo del 13/01/2025.0026394.U, Programma strategico regionale per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio sanitario - Pianificazione delle attività 2025-2026



15 giugno 2026 la Direttrice Sanitaria – Risk Manager Kyriakoula Petropulacos