

RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI VERIFICATESEI ALL'INTERNO DELL'AZIENDA OSPEDALIERA "SANTA MARIA" DI TERNI ANNO 2025

L'A.O. "S. MARIA" di Terni con 489 posti letto (447 ordinari e 42 diurni) rappresenta il secondo ospedale della regione dell'Umbria ed è ubicata nel territorio del comune di Terni. La missione dell'azienda è quella di concorrere alla promozione ed alla tutela della salute dei cittadini e della collettività, attraverso l'erogazione di prestazioni di ricovero ospedaliero, di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale nell'ambito delle indicazioni dei piani sanitari nazionali e regionali. Oltre a garantire prestazioni di alta complessità, che rappresentano l'elemento caratterizzante di un 'azienda ospedaliera, per le quali il bacino di utenza è assai ampio ed oltrepassa tranquillamente i confini dell'amministrazione regionale umbra, essa rappresenta anche l'ospedale di comunità per la popolazione che risiede nel comune di Terni e negli altri comuni limitrofi ed è punto di riferimento dell'Azienda Sanitaria Usl Umbria 2. Costituisce inoltre un ospedale di insegnamento, in virtù dei rapporti da tempo consolidatisi con l'Università degli studi di Perugia, in particolar modo, con la Facoltà di Medicina e di infermieristica.

ATTIVITA' E PRODUZIONE RELATIVI ALL'ANNO' 2025

Dipartimenti (n. 8)

Dipendenti (N. 1871)

Dirigenti medici 394+ 15 universitari

Dirigenti Sanitari non medici: 30

Personale del comparto: 1059

- Infermieri 851
- Tecnici sanitari 148
- Tecnici riabilitazione 24
- Ostetriche 36

Tecnici/professionali tecnici: 89

Ausiliari: 32

OSS:184

Assistenti Religiosi: 2

Amministrativi: 66

Totale:

Ricoveri (N)

Ordinari 19742

DH/DS 4595

Totale: 24337

Valore attività (euro)

Medio bassa specialità regionale € 54.085.950

Alta specialità regionale € 26.700.022

Altre regioni € 14.596.123

Totale € 95.382.095

Attività chirurgica (N)

Elezione: 16.878

Urgenza: 2.216

Totale: 19.094

Prestazione ambulatoriali (N)

CUP 2.263.550

Pronto soccorso: 381.860

Dialisi 10.877

Totale: 2.645.410

Totale parti = 1113

numero cesarei = 377

numero parti naturali = 736

numero nati vivi = 1106

Nel contesto della Clinical Governance rinforzata dalla legge 24 del 1°8 marzo 2017, ovvero *”disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”*, il rischio clinico, inteso come possibilità che un paziente subisca un “danno o disagio imputabile , anche se in modo involontario, alle cure mediche che causa prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o morte, è giustamente considerato un indicatore di qualità delle strutture che dispensano salute .

Esso non indica però la competenza o la” fortuna” dei medici bensì l’efficacia dell’unità organizzativa nel raggiungere gli obiettivi di cura.

La Struttura aziendale di gestione del rischio clinico, il cui organigramma è riportato sul sito aziendale nella sezione dedicata al Rischio Clinico, è in staff della Direzione Sanitaria. L’Azienda assicura una soddisfacente qualità di vita in ospedale e garanzia di ambienti salubri e sicuri. Pone massima attenzione alla definizione e al controllo della qualità delle cure, alla gestione dei processi di miglioramento continuo della qualità, all’integrazione e alla continuità delle cure favorendo l’innovazione tecnologica, la formazione, l’aggiornamento, la ricerca clinica, e la collaborazione tra le diverse professionalità e unità organizzative a livello aziendale e interaziendale. In riferimento alla tutela della sicurezza, l’Azienda promuove e garantisce la corretta gestione del rischio collegato ai processi di cura ed assistenza. (www.aosp.terni.it)

La struttura di Risk Management segue e supporta metodologicamente il personale anche nell’ottica di una corretta attribuzione delle priorità degli interventi, nonché di sottoporlo a verifica per agevolare un miglioramento continuo dei processi e delle singole azioni.

Questo per:

- 1) Aumentare la sicurezza e la soddisfazione del paziente
- 2) Dare sostegno alla attività professionale di tutti gli operatori.
- 3) Ridurre la possibilità di contenzioso tra il paziente e la A.O.
- 4) Migliorare l’immagine aziendale della A.O. e la fiducia del paziente
- 5) Aumentare il feedback con gli operatori

La gestione del rischio clinico è un processo sistematico, comprendente sia la dimensione clinica che gestionale mediante l’impiego di metodi, strumenti, ed azioni che consentono di identificare, analizzare, valutare, trattare i rischi al fine di migliorare la sicurezza del paziente.

I principali metodi pro-attivi sono:

- FMEA (Failure Mode and Effect Analysis)
- FMECA (Failure Mode, Effects and Criticality Analysis)

I principali metodi re-attivi sono:

- RCA (Root Cause Analysis)
- Audit
- Audit-SEA
- Sistemi di reporting

- Morbidity & Mortality review
- Il ministero della salute prevede nel sistema SIMES principalmente la RCA e l'audit lasciando comunque aperta la possibilità di utilizzare anche altri metodi. Anche i metodi del rischio clinico devono rispondere a criteri di validità scientifica, di affidabilità e trasferibilità.

La difficoltà maggiore per la gestione del rischio clinico è rappresentata dalla diffusione della cultura del rischio e della sicurezza del paziente, solo tale processo culturale potrà indurre gli operatori sanitari a:

- imparare dall'errore senza temere di essere colpevolizzati, collaborando con la struttura dirigenziale all'organizzazione ed allo sviluppo di un approccio sistemico e sentirsi corresponsabili della sicurezza delle cure erogate
- utilizzare gli strumenti idonei per la prevenzione degli eventi indesiderati
- utilizzare le metodiche più idonee per comunicare gli eventi indesiderati

Solo una volta superate queste barriere culturali, sarà possibile realizzare concretamente un cambiamento poiché un piano aziendale potrebbe essere potenzialmente molto efficace ma poi potrebbe non essere attuato.

SCHEMA DESCRITTIVA DELLA FONTE INFORMATIVA/STRUMENTO DI MISURAZIONE SULLA SICUREZZA DELLA CURE	
Tipologia	Incident reporting interno ed esterno
Letteratura/normativa di riferimento	<p>DM 2 aprile 2015 n.70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" (Standard generali di qualità per presidi ospedalieri-GRC).</p> <p>Accordo Stato-regione 19 febbraio 2015 (6 criterio: appropriatezza clinica e sicurezza-6.3 programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi</p> <p>WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning system (2006)</p> <p>Delibera del Direttore Generale n 170 del 2.3.2018 "Il sistema di incident reporting – procedura aziendale per la segnalazione spontanea degli eventi" e successivo aggiornamento Delib. Dir. Gen. N. 388 del 13.6.2024 "Il sistema di incident reporting. Revisione procedura aziendale per la segnalazione spontanea degli eventi."</p> <p>Legge 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di</p>

	<p>responsabilita' professionale degli esercenti le professioni sanitarie.”</p> <p>DGR N. 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”</p> <p>DGR N. 212 del 19/03/2025 “Approvazione del documento Linee di indirizzo regionali per la definizione, classificazione e segnalazione degli Eventi Sentinella redatto dal Centro per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente della Regione Umbria”</p> <p>DGR 403 del 07/05/2025 “Aziende Sanitarie Regionali-Assegnazione obiettivi per l’anno 2025”</p>
<p>Descrizione dello strumento/flusso informativo</p>	<p>L’incident Reporting interno è uno strumento per la segnalazione, l’analisi e la valutazione di pericoli o eventi da parte degli operatori. L’obiettivo primario è sviluppare la cultura della sicurezza creando negli operatori una maggiore propensione alla comunicazione degli eventi indesiderati e dei quasi eventi, offrire l’opportunità di riflessione sulla pratica clinica e di apprendimento dall’esperienza. Gli obiettivi secondari sono attivare un processo strutturato di analisi degli eventi per l’identificazione dei fattori contribuenti e determinanti, definire e mettere in atto le azioni correttive e/o preventive per ridurre le situazioni pericolose e la ripetizione di errori o eventi avversi e disporre di dati utili alla definizione del profilo del rischio locale mettendo in luce pericoli e anomalie non identificabili con altri strumenti</p>
<p>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</p>	<p>Il totale delle segnalazioni dell’anno 2025 è stato di 257 (rispettivamente 176 cadute accidentali del pz; 30 aggressioni a carico degli operatori sanitari; 42 altro). In 12 casi si è trattato di eventi sentinella.</p> <p>Il 68,5 % è rappresentato da cadute di cui il 2,3 % sono risultate eventi sentinella.</p> <p>L’ 11,7 % è rappresentato da violenza a carico degli operatori sanitari, di cui il 10 % sono risultate eventi sentinella.</p> <p>Il 1,6 % near miss relativi al percorso della richiesta di emazie</p>

	<p>Sono inoltre stati analizzati i sinistri aperti nell'anno (n.41 aperti eleggibili pari a n. 37).</p>
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>Le segnalazioni sono state verificate ed analizzate con gli strumenti di valutazione e gestione del rischio clinico e sicurezza delle cure più idonei, anche con la collaborazione dei facilitatori per l'hospital risk management (dell'area di interesse del caso) seguiti da atti migliorativi specifici.</p> <p>Per la documentazione sanitaria è stato:</p> <p>Organizzato in collaborazione un evento formativo sulla corretta compilazione della documentazione sanitaria e sua conservazione (C 8685-E 11607 del 17/12/2025)</p> <p>Diffuso il promemoria sulla corretta applicazione “Procedura Prevenzione delle cadute dei pazienti anziani in ambito sanitario” Nota Protocollo 0033683 del 20/05/2025</p> <p>Organizzato in collaborazione un evento formativo in due edizioni su “Handover: passaggio di consegne fra équipe medico assistenziali all'interno di un percorso di cura (c8550-E11222-E11227)</p> <p>Effettuato il monitoraggio della implementazione della cartella ambulatoriale dell'AO di Terni. Nota protocollo 0034585 del 23/05/2025</p> <p>Prodotta la Delibera 459 del 30/06/2025 “PA N 41 Norme generali e modalità di gestione delle cartelle cliniche: determinazioni</p> <p>Inviato promemoria per la diffusione della DG 788 del 05/12/2024” “Procedura per la redazione dell'informativa e l'acquisizione del consenso informato all'atto sanitario.” Nota Protocollo 0021560 del 31/03/2025</p> <p>Inviato secondo promemoria per la corretta applicazione “Procedura per la redazione dell'informativa e l'acquisizione del consenso informato all'atto sanitario- Del DG 788 del 05/12/2024” Nota Protocollo 0042740 del 24/06/2025</p> <p>Organizzato il Corso formativo-informativo per la presentazione della DG 788 del 05/12/2024” “Procedura per la redazione dell'informativa e l'acquisizione del consenso informato all'atto sanitario (C 7275 10 Edizione. E10379- 20 Edizione. E 10380)</p>

Per la prevenzione degli eventi avversi in sala parto e blocchi operatori si è proceduto a:

Elaborazione della procedura operativa per l'induzione del travaglio di parto (ITP) (Delibera N. 102 del 10.2.2025)

Recepimento delle Linee di indirizzo Regionali DGR n.200 del 12.03.2025 e implementazione della PROCEDURA per la RACCOMANDAZIONE N.6 "Procedura per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto" (Delibera. N. 843 del 31.12.2025)

Realizzazione della procedura aziendale raccomandazione n.16 "Procedura per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita" (Delibera N.854 del 31.12.2025)

Installazione del tastierino alfanumerico su entrambe le porte d'ingresso al reparto di Ostetricia- Rooming-in (mail del 10.09.2025)

Attivazione presidio di Vigilanza armata presso il reparto di Ginecologia e Ostetricia. Nota Protocollo n.49651 del 24.07.2025

Promemoria per l'adesione alla formazione prevista dal progetto Ministeriale Itoss. Nota Protocollo n.9569 del 10.02.2025

Aggiornamento della procedura aziendale raccomandazione n.2 "La ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico può causare gravi danni" (Delibera N. 707 del 06.11.2025)

Aggiornamento della procedura aziendale raccomandazione ministeriale n.3 "le procedure invasive - chirurgiche in paziente sbagliato o su parte del corpo sbagliata e le procedure errate possono causare gravi danni ai pazienti" (Delibera N. 730 del 10.11.2025)

Per la prevenzione degli eventi avversi relativi al percorso terapeutico ed all'uso di dispositivi medici e dei farmaci si è proceduto a:

Aggiornamento della procedura sul corretto utilizzo di soluzioni concentrate di potassio per via endovenosa. Raccomandazione ministeriale n.1 (Delibera N. 696 del 29.10.2025)

Aggiornamento della Procedura per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica.

	<p>(Raccomandazione ministeriale n.7) e della procedura per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci “look-alike/sound-alike” (Raccomandazione ministeriale n.12) (Delibera N. 841 del 31.12.2025)</p> <p>Aggiornamento della procedura interna secondo la Raccomandazione ministeriale n.10 “Raccomandazione per la prevenzione dell’osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati”. (Delibera N. 649 del 14.10.2025)</p> <p>Aggiornamento della procedura interna secondo la Raccomandazione Ministeriale n. 9 “Il malfunzionamento degli apparecchi elettromedicali derivante da una mancata o inadeguata manutenzione può determinare eventi avversi gravi” (Delibera N. 644 del 09.10.2025)</p> <p>Aggiornamento della procedura: “Gli errori in corso di terapia con farmaci antineoplastici provocano gravi danni” (Delibera N. 581 del 28.08.2025)</p> <p>Aggiornamento della procedura interna secondo la Raccomandazione ministeriale n. 17: La mancata Riconciliazione della terapia farmacologica può causare gravi danni ai pazienti. (Delibera N. 706 del 06.11.2025)</p> <p>Aggiornamento ed implementazione della raccomandazione ministeriale n.18 “raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all’uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli” (Delibera N. 773 del 01.12.2025)</p> <p>Aggiornamento procedura relativa alla raccomandazione Ministeriale n.19 “La manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide, qualora si renda necessaria, causa errori in terapia se non correttamente gestita. (Delibera N. 845 del 31.12.2025)</p> <p>Giri di sicurezza in alcune Strutture complesse in collaborazione con la Responsabile della SC di Farmacia</p> <p>Per la prevenzione degli eventi avversi in area emergenza urgenza si è provveduto a:</p> <p>Aggiornare la procedura relativa alla Raccomandazione Ministeriale n.5 “Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0” (Delibera N. 844 del 31.12.2025)</p> <p>Diffusione delle indicazioni e moduli per la corretta gestione dei Trasporti in elisoccorso. Nota protocollo 0021623 del 31/03/2025</p>
--	---

	<p>e successiva nota per l'attivazione dell'elisoccorso in orario notturno. Nota Protocollo 0060298 dell'11.09.2025</p> <p>Installazione della linea telefonica Punto -Punto tra il Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni e la Centrale Operativa della Questura di Terni (trasmissione di nota PEC a dpps186.00F0@pecps.poliziadistato.it</p> <p>Rimodulazione della organizzazione dei ricoveri urgenti in reparti specialistici nota protocollo 0070751 del 23/10/2025 e successiva ridefinizione delle "Nuove misure per gestione ricoveri urgenti". Nota Protocollo 0084894 del 19/12/2025</p> <p>Corsi BLSD (BLSD Codice Edizione: C7272 - E10623, BLSD RETRAINING -codici: C-7468, E-11223, E-11230, BLSD ASSISTENZA VENTILATORIA" codici: C-8558, E-112249, E-11250, E-11251),</p> <p>Corsi sugli accessi venosi "Evidenze scientifiche applicate alla corretta gestione di PICC e PORT a CATH" Codice: C8642 DEL 26.11.2025</p> <p>Per il miglioramento della qualità e della sicurezza nei percorsi assistenziali si è provveduto a:</p> <p>Aggiornare la "procedura per la gestione del rischio clinico in brachiterapia" (Delibera N. 254 del 09.04.2025)</p> <p>Aggiornare la procedura: "radioterapia stereotassica frazionata" (Delibera N.251 del 9.4.2025)</p> <p>Aggiornare la procedura sul percorso organizzativo in caso di violenza sessuale e/o di genere. (Delibera N.375 del 28.5.2025)</p> <p>Realizzare la procedura "Gestione del campionamento delle biopsie istologiche presso il laboratorio di anatomia patologica (Delibera N. 303 del 30.4.2025)</p> <p>Recepire le linee di indirizzo Regionali e aggiornamento della procedura aziendale "Procedura di monitoraggio e gestione degli eventi sentinella" (Delibera N. 446 del 24.6.2025)</p> <p>Realizzare la procedura gestione emergenze-urgenze intraospedaliere per soggetti non ricoverati (Delibera N.588 del 09.9.2025 con nota per la consegna chiavi autovettura in esecuzione della delibera in data 10.09.2025)</p> <p>Aggiornare la procedura per un sistema di trasporto dei pazienti secondo la raccomandazione ministeriale n. 11 ovvero: "La morte</p>
--	--

	<p>o il grave danno subito dal Paziente a seguito di malfunzionamento del sistema di trasporto sia in ambito ospedaliero che extraospedaliero rappresenta un evento sentinella spesso indicativo di carenze organizzative” (Delibera N 620 del 30.9.2025)</p> <p>Aggiornare la Procedura “Raccomandazione Ministeriale n.4 “Il suicidio in ospedale rappresenta un evento sentinella di particolare gravità la cui prevenzione si basa su una appropriata valutazione delle condizioni del paziente” (Delibera N. 802 del 11.12.2025)</p> <p>Produrre la “procedura di valutazione e mitigazione del rischio clinico nel paziente ospedalizzato con disturbo mentale in comorbidita’. (Delibera N. 797 del 11.12.2025)</p> <p>Aggiornare la procedura relativa alla Raccomandazione Ministeriale n.5 “raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0” (Delib. n° 844 del 31.12.2025)</p> <p>Effettuare il monitoraggio dell’applicazione delibera aziendale n. 297 del 30/04/2024 – Compilazione Check-list per la Sicurezza in Sala Operatoria. Nota Protocollo 0063955 del 29.09.2025 e riscontro da parte del responsabile, Nota Protocollo 0065374 del 02.10.2025.</p> <p>Realizzazione della “procedura per la richiesta di consulenza psichiatrica verso SPDC di Terni (Delibera N.590 del 09.09.2025)</p> <p>Diffusione Indicazioni e Moduli per la corretta gestione dei trasporti in elisoccorso (Nota Protocollo 21623 del 31.03.2025)</p> <p>Diffusione di promemoria per il corretto utilizzo del bracciale identificativo del paziente. Nota Protocollo 0035233 del 27.5.2025</p> <p>Implementare il sistema EMOUMBRIA e Bedsidecheck per la gestione dei servizi trasfusionali unificato nell’ambito degli investimenti del PNRR per la missione 6 Componente 2 2 Digitalizzazione DEA I e II livello. Nota Protocollo 0057271 del 29.08.2025.</p> <p>Per la prevenzione della violenza a carico degli operatori sanitari e per il benessere nel luogo di lavoro si è provveduto a</p>
--	---

	<p>Recepire la DGR n. 899 seduta del 11/09/2024 oggetto: “Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, la segnalazione e gestione degli episodi di violenza a danno dell’operatore sanitario e socio-sanitario. Aggiornamento”. (Delibera N.846 del 31.12.2025) e organizzazione del gruppo di lavoro per l’implementazione.</p> <p>Partecipare alla “Giornata Umbra di Educazione e Prevenzione contro la violenza nei confronti degli Operatori Sanitari e Socio - Sanitari” (C7328 E10480) il 12 MARZO 2025</p> <p>Diffusione della locandina realizzata per la giornata contro la violenza nei confronti degli Operatori Sanitari e Socio Sanitari</p> <p>Stipulare un Protocollo di Intesa con la questura (25.11. 2025)</p> <p>Realizzare la procedura “approvazione regolamento per il patrocinio legale dei dipendenti dell'A.O. di Terni”. (Delibera N. 329 dell’8.5.2025)</p> <p>Per la prevenzione e gestione delle ICA:</p> <p>Richiesta alla Direzione Sanitaria di acquisto del sistema informatizzato, DARM, per la sorveglianza delle ICA. DARM (marzo 2025) e successiva proposta al Centro Regionale per la gestione del rischio sanitario e sicurezza del paziente.</p> <p>Partecipazione alle riunioni del Comitato Infezioni Ospedaliere (Nota Protocollo 0043190 del 26.06.2025 e Nota Protocollo 0058900 del 04.09.2025)</p> <p>Monitoraggio del consumo di gel idroalcolico nell’AO di Terni in collaborazione con il SITRO, con ricognizione dei dispenser a muro del gel idroalcolico e successiva implementazione dei supporti e dei flaconi e successiva diffusione delle locandine per la sensibilizzazione sull’importanza dell’igiene delle mani e dell’uso del gel idroalcolico (Nota Protocollo 0082874 del 12/12/2025)</p> <p>Partecipazione al gruppo di lavoro Regionale per la Revisione linee di indirizzo per la gestione della sepsi e dello shock settico (Nota Protocollo 0028064 del 24.04.2025)</p> <p>Nota protocollo 0043819 del 30/06/2025 per limitare i ricoveri in appoggio presso i reparti specialistici al fine di mitigare il rischio di infezioni correlate all’assistenza (ICA) nei pazienti degenti.</p> <p>Costituzione di un Gruppo Tecnico di Infection Control con peculiarità operative, in particolare per:</p>
--	--

	<p>-ricognizione procedure infezioni nosocomiali / ospedaliere -ricognizione procedure DVR controllo impianti acque -procedure per sanificazione e sterilizzazione Dispositivi medici -procedure smaltimento in deposito temporaneo dei rifiuti CER -protocolli in merito alla pulizia delle superfici ed eventuale contraddittorio -procedure microbiologiche qualora sia necessario fare tamponi su superficie -procedura legionella Verificare la formazione e l'individuazione dei professionisti dell'infection control dei reparti (nota mail del DS del 27/11/2025)</p> <p>Nota email del 19.3.2025 per l'implementazione della distribuzione di Dispositivi medici disinfettanti-PRAESIDIA SRL presenti nel prontuario farmaceutico</p> <p>Corso di formazione "PNRR, Missione 6, componente 2 sub investimento 2.2 (b) Prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza</p> <p>Per la diffusione della cultura del rischio e dell'utilità dell'incident reporting si è proceduto a:</p> <p>Diffusione della nota di promemoria per la segnalazione degli eventi sentinella in diverse strutture. (Nota della Regione del 17/11/2025 tramite pec e successiva nota protocollo 0077801 del 21/11/2025 avente ad Oggetto: Gestione del Rischio Clinico - segnalazione eventi avversi, near miss ed eventi sentinella)</p> <p>Realizzazione di incontri di sensibilizzazione, promossi dal Facilitatore per il clinical risk management della SC radioterapia oncologica sulla procedura di segnalazione degli eventi avversi in radioterapia (tenutisi il 28.11.2025 e il 05.12.2025)</p> <p>Realizzazione del Corso di formazione per facilitatori del rischio clinico e sicurezza del paziente 2.0 (C7269 – E 10373)</p> <p>Realizzazione del Corso di formazione propedeutico per i facilitatori"ON 1"per il clinical risk management,obbligatorio per i neoassunti (C7271-E10375)</p> <p>Per la formazione degli operatori sanitari</p> <p>Corso formativo informativo per la presentazione della DG 788 del 05/12/2024" "Procedura per la redazione dell'informativa e l'acquisizione del consenso informato all'atto sanitario (C 7275 10 Edizione. E10379- 20 Edizione. E 10380)</p>
--	--

	<p>Organizzato in collaborazione con l'USL Umbria 2 un evento formativo sulla corretta compilazione della documentazione sanitaria e sua conservazione (C 8685-E 11607 del 17/12/2025)</p> <p>Organizzato in collaborazione con l'USL Umbria 2 un evento formativo in due edizioni su "Handover: passaggio di consegne fra équipe medico assistenziali all'interno di un percorso di cura (c8550-E11222- E11227)</p> <p>Evento formativo ed informativo sulla procedura Aziendale "Percorso organizzativo in caso di violenza sessuale e/o di genere (C 8551- E11223- E11224-E11225-E11226)</p> <p>Corso: "nutrizione in ostetricia (C 7388 – E 10642) del 23 aprile 2025</p> <p>Presentazione delle procedure aziendali: "La farmacovigilanza, e "L'informativa e l'acquisizione del consenso informato" (C 7275-E10739 – E10380) 10 Marzo 2025</p> <p>Corso "Comunicazione efficace e tecniche di de-escalation per la risoluzione dei conflitti. C8666 novembre 2025</p> <p>Project work e progetti di ricerca</p> <p>Progetto "implementazione di un approccio standardizzato per la comunicazione del passaggio di consegne (handover) per la presa in carico di pazienti trasferiti tra TIPO e setting medico-chirurgico". Nota Protocollo 34589 del 23.5.2025</p> <p>Frequenza volontaria per un 1 anno presso la SSD rischio clinico del dott. P. F. (Delibera N. 569 del 26.8.2025)</p>
Risultati ottenuti	A seguito della condivisione delle attività con tutti professionisti coinvolti sta progressivamente aumentando la consapevolezza della cultura del rischio e della sicurezza delle cure e la partecipazione degli operatori sanitari alla attività della struttura per la gestione del rischio clinico.

I risultati ottenuti nell'anno 2025 grazie al contributo della rete Aziendale dei facilitatori per l'hospital risk management ed alla sensibilizzazione degli operatori sulla importanza della sicurezza delle cure sono certamente indicativi di un miglioramento; rimane però indispensabile la continua collaborazione con gli operatori per la diffusione della cultura del rischio sanitario e la consapevolezza di imparare dall'errore per il miglioramento delle cure coinvolgendo in tale processo anche i rappresentanti dei cittadini.

Dr.ssa Moira Urbani

Responsabile SSD Risk Management