



Servizio Sanitario Regionale Basilicata  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

NUMERO 2017/00253

DEL 20/04/2017

Collegio Sindacale il 20/04/2017

**OGGETTO**

APPROVAZIONE DEL PIANO AZIENDALE DI PREVENZIONE DEL RISCHIO CLINICO ANNO 2017

Struttura Proponente

Budget e Controllo di Gestione

Documenti integranti il provvedimento:

Descrizione Allegato	Pagg.	Descrizione Allegato	Pagg.
Piano aziendale di prevenzione del rischio	12		

Uffici a cui notificare

Budget e Controllo di Gestione

**CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE**

La presente è stata pubblicata ai sensi dell'Art.32 della L.69/2009 all'Albo Pretorio on-line in data 20/04/2017

La presente diviene  
eseguibile ai sensi  
dell'art.44 della L.R.  
n.39/2001 e ss.mm.ii

Immediatamente

Dopo 5 gg dalla  
pubblicazione all'Albo

Ad avvenuta  
approvazione  
regionale

**VISTA** la DGR n. 167/2017 avente ad oggetto “DGR 662/2015 – Obiettivi di salute e di programmazione economico/finanziaria per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere regionali anni 2015-2017 – aggiornamento 2017”, con cui si prevede, tra l’altro, anche l’approvazione annuale da parte di ciascuna Azienda del Piano aziendale di prevenzione del rischio clinico;

**RICHIAMATA** la DGR n. 137 del 10.2.2015, avente per oggetto “Istituzione del sistema regionale di gestione del rischio clinico e della sicurezza del paziente in attuazione della DGR n. 238 del 23.2.2011”, con cui si dà mandato alle Aziende Sanitarie Regionali della attuazione dei contenuti programmatici di cui al documento allegato alla citata DGR n. 137 del 10.2.2015;

**VISTA** la DDG n. 186 del 14/03/2016 con la quale vengono recepite le disposizioni regionali di cui alla citata DGR n. 137/2015 e si dispone la nomina del Gruppo Aziendale di Coordinamento per la Gestione del Rischio Clinico (G.A.C.), della Funzione Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico e la Sicurezza del Paziente e della Rete dei Referenti Aziendali;

**RICHIAMATA** la Determinazione Dirigenziale della Regione Basilicata n. 189 del 13/05/2016 “Adozione del Programma Regionale per la Prevenzione del Rischio Clinico e per la Sicurezza dei Pazienti- Triennio 2016-2018”;

**VISTA** la bozza del Piano aziendale di prevenzione del rischio clinico - Anno 2017, predisposta dalla Direzione Sanitaria in collaborazione con le articolazioni di cui alla citata DDG n. 186/2016, bozza che si conforma nei contenuti a quanto previsto nella Determinazione Dirigenziale n. 189/2016;

**RITENUTO** di dover approvare il Piano aziendale di prevenzione del rischio clinico - Anno 2017 così come predisposto dalla Direzione Sanitaria ed integrato alla luce dei contributi pervenuti, nel testo allegato quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

**ACQUISITO IL PARERE FAVOREVOLE** del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo;

## **D E L I B E R A**

- **Di approvare** il Piano aziendale di prevenzione del rischio clinico - Anno 2017, nel testo allegato quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- **Di notificare** il presente provvedimento alla U.O. Controllo di Gestione.

La presente delibera non comporta oneri.

---

L'Istruttore

---

Il Responsabile Unico del Procedimento

Beatrice Nolè

---

Il Dirigente Responsabile dell'Unità Operativa

*Massimo De Fino*

*Giovanni Battista Bochicchio*

*Giacomo Chiarelli*

---

Il Direttore Sanitario  
Massimo De Fino

---

Il Direttore Generale  
Giovanni Battista Bochicchio

---

Il Direttore Amministrativo  
Giacomo Chiarelli

Tutti gli atti ai quali è fatto riferimento nella premessa e nel dispositivo della deliberazione sono depositati presso la struttura proponente, che ne curerà la conservazione nei termini di legge.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza



*Management*

**ASP**

Azienda Sanitaria Locale di Potenza

# Piano Aziendale di Prevenzione del Rischio Clinico

Anno 2017



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

# PIANO AZIENDALE DI PREVENZIONE DEL RISCHIO CLINICO

## ANNO 2017

### *1.1 risultati raggiunti nell'anno 2016.*

La definizione del Piano Aziendale di Prevenzione del Rischio Clinico per l'anno 2017 non può prescindere, nei suoi contenuti, dall'analisi dei risultati raggiunti con l'attuazione del Piano precedente.

Il Piano 2016 è stato approvato con deliberazione aziendale n. 215 del 30/03/2016 avente ad oggetto "Approvazione Piano di Risk Management - Anno 2016".

*Lo sviluppo attuativo del Piano 2016 e delle progettualità previste è stato rendicontato nella Relazione conclusiva, trasmessa alla Regione entro i termini previsti con nota prot. n. 25294 in data 28.02.2017.*

*Rimandando, pertanto, alla suddetta Relazione per una lettura più approfondita delle azioni realizzate nell'anno precedente, si rappresentano di seguito, in sintesi, gli obiettivi specifici, le linee d'intervento e le attività per la gestione del rischio clinico realizzate nell'anno 2016.*

Con la DDG n. 186 del 14.3.2016 di recepimento della DGR n. 137 del 10.2.2015, l'ASP ha strutturato il modello organizzativo/gestionale del rischio clinico costituendo il Gruppo Aziendale di Coordinamento per la gestione del rischio clinico (GAC), la Funzione Aziendale per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e la Rete dei Referenti Aziendali per la gestione del rischio clinico (RETE). Per ciascun livello organizzativo, inoltre, la richiamata DDG ne ha individuato i componenti con i ruoli e le funzioni.

Con la successiva DDG n. 215 del 30.3.2016, è stato approvato il Piano di Risk Management con l'individuazione degli obiettivi di piano per il 2016.

I tre livelli organizzativi, GAC, Funzione e RETE, nei loro incontri hanno fatto emergere alcune criticità tra le quali, in particolare, la segnalazione di un'alta incidenza delle piaghe da decubito e delle infezioni assistenziali. In aggiunta è stata rappresentata l'esigenza non più emendabile di avviare un percorso formativo specifico come elemento strategico per l'implementazione di un sistema di gestione del rischio clinico.

Altra esigenza di particolare rilevanza emersa nel confronto tra i componenti dei gruppi aziendali del R.M., anche in occasione dell'incontro successivo al primo (tenutosi in data 26.10.2016) è stata la necessità di un approccio sistemico al rischio clinico, avvalendosi della collaborazione, ciascuno per le proprie competenze, della rete di professionalità ed esperienze aziendali.

E' stato, altresì, evidenziato che è importante agire per un cambiamento culturale che sposti il target di attenzione da una visione retrospettiva ad una di tipo prospettico, partendo dall'analisi degli errori e delle sue cause, per porre in essere le necessarie azioni di governo del sistema.

### **Azioni e programmi realizzati**

- **Diffondere la cultura della sicurezza del paziente e degli operatori**  
Coerentemente con tale obiettivo l'ASP ha organizzato un corso di formazione sul Risk Management nel periodo 5.12.2016/13.12.2016 rivolto ai componenti del GAC, della Funzione del R.C. e della RETE.
- **Applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali e del Piano Aziendale di R.M.**  
Il Piano Aziendale di Risk Management ha trovato, anche nel 2016, diffusa applicazione con particolare riferimento alla gestione e controllo dei farmaci LASA, al rischio di cadute accidentali, alla compilazione della check-list di sala operatoria, alla prevenzione delle piaghe da decubito.  
Con riferimento alla prevenzione delle ulcere da decubito, alla prevenzione degli stati di malnutrizione, alla salvaguardia del patrimonio venoso ed alla terapia del dolore, in tutto

l'ambito aziendale, a cura dell'Unità di Oncologia Critica Territoriale Cure Palliative e Domiciliari, sono state pianificate ed attuate azioni organizzative volte ad assicurare la gestione del rischio, tra l'altro nei confronti di pazienti fragili.

Per la prevenzione dello stato di malnutrizione, con la collaborazione del servizio di Dietetica Ospedaliera, laddove presente, è stata adottata la valutazione nutrizionale all'ingresso del paziente. Analoghe iniziative sono in atto sul territorio per i pazienti trattati a domicilio.

La valutazione dello stato del patrimonio venoso, utile in specie per i pazienti assistiti a domicilio, è inserito nelle cartelle dei pazienti trattati a domicilio dall'U.O. Cure Palliative.

Coerentemente con le Linee d'intervento e azioni declinate nel Piano, nel corso dell'anno 2016, presso il P.O. di Villa d'Agri, a cura della Direzione Medica Ospedaliera, è stato attuato un processo di revisione delle procedure già approvate, e in uso da anni, nelle diverse UU.OO. Di seguito si richiamano solo alcune delle procedure revisionate:

- Procedura sul cateterismo vescicale;
- Procedura sulla prevenzione e gestione delle piaghe da decubito;
- Procedura sulle misure di controllo dell'infezione TBC.

- **Implementazione della check-list di sala operatoria e sua rielaborazione presso il P.O. di Villa d'Agri**

In considerazione della diffusione degli interventi chirurgici ambulatoriali, così come da obiettivi rinvenuti dal Tavolo Lea, si è proceduto a differenziare la check-list per gli interventi che si effettuano in regime di ricovero (ordinario e DH), da quella per gli interventi ambulatoriali ed endoscopici.

Le novità apportate, in sintesi, sono state lo snellimento e la contestualizzazione dei tre momenti della check-list (Sign in, Time out e Sign out), attraverso l'adozione di specifiche diverse. E' stata prevista, inoltre, la firma del solo medico ed infermiere nella check-list di chirurgia ambulatoriale e procedure endoscopiche, non essendo contemplata in questo caso la presenza dell'anestesista. Infine, si è ritenuto utile adottare un codice colore diverso tra le due, al fine di una immediata individuazione del tipo di check-list da utilizzare, tanto sia per evitare errori, sia anche per eseguire i controlli ex-post.

- **Monitoraggio dei sinistri ed analisi del fenomeno (reclami e contenzioso)**

A cura dell'UOS di Medicina Legale Aziendale, è stato elaborato un report riferito al monitoraggio dei sinistri ottenendo le informazioni dal censimento delle richieste di risarcimento per danni alla persona pervenute all'U.O. Affari Legali nel periodo compreso tra l'1.4.2014 ed il 30.9.2016. Su n. 98 richieste, n. 6 interessano cadute accidentali sia all'interno che all'esterno delle strutture sanitarie, e n. 1 un trauma in autoambulanza. Le restanti n. 91 sono riferite a presunti errori da malpractice. I dati, inoltre, coerentemente all'andamento statistico nazionale e non solo, hanno evidenziato come siano le UU.OO. chirurgiche ad essere maggiormente coinvolte. Infatti, per tali UU.OO si sono registrati n. 45 casi, con un valore percentuale superiore al 59%.

Un importante aspetto da tenere in considerazione è che gli eventi segnalati che hanno dato esito a richieste risarcitorie sono solo la punta di un iceberg di un sommerso che statisticamente presenta dati più corposi.

- **Analisi del fenomeno infortunistico**

E' stata effettuata un'analisi retrospettiva degli infortuni causati da punture accidentali o da schizzi di sangue su mucose valutando le denunce di infortunio degli ultimi cinque anni presso il P.O. di Villa d'Agri. La finalità, oltre che verificare l'andamento statistico di incidenza degli infortuni denunciati nel corso degli anni in modo da rilevare eventuali fenomeni "anomali", era quella di valutare la tipologia di infortuni con riferimento alle dinamiche con cui sono occorsi. Tale ultimo aspetto è di particolare rilevanza per comprendere eventuali cause legate al sistema o agli operatori, e per adottare le necessarie misure correttive e preventive.

- **Infezioni correlate ai processi assistenziali**

Dall'esperienza condotta anche per il 2016, è necessario precisare che, pur essendo adottate le procedure di corretta igiene delle mani in maniera più o meno capillare nei diversi presidi, oltre all'adesione ai bundles assistenziali, entrambi indispensabili per il controllo della diffusione delle HAI, l'attività di prevenzione basata su corretti comportamenti non è sufficiente se non è correlata ad un sistema di sorveglianza adeguato.

- **Procedure trasfusionali**

La completa adesione alle procedure previste dal Manuale del buon uso del sangue con contestuale verifica dell'appropriatezza delle richieste trova applicazione presso le UU.OO. dei Presidi di Melfi e Villa d'Agri.

- **Applicazione di procedure per la gestione dei PICC e MIDLINE**

Anche queste procedure trovano applicazione diffusa nei diversi presidi aziendali, con la positiva collaborazione, per alcuni ambiti, dell'U.O. di Cure Palliative.

- **Monitoraggio eventi avversi**

Il flusso informativo di segnalazione di eventi avversi è regolarmente alimentato. In proposito si evidenzia la necessità di favorire la cultura della segnalazione dell'evento e del near miss, secondo una visione non "colpevolista", ma orientata ad attuare le analisi (RCA e audit), che sono propedeutiche agli interventi di sistema volti al miglioramento.

Non solo ma, dovendo ricondurre la gestione del rischio in un'ottica sistemica e di prevenzione, va data anche sempre maggiore diffusione alle metodiche proattive (FMEA).

## *2. Obiettivi strategici per l'anno 2017.*

*L'obiettivo generale sotteso alle attività di prevenzione e gestione del rischio clinico è quello di realizzare un sistema di Risk Management integrato, basato sull'approccio per processi, nella convinzione che gli errori non vadano intesi solo come conseguenza dell'agire individuale bensì come conseguenza dell'agire organizzato (Reason, 1990).*

Ne deriva che l'attenzione non deve essere focalizzata sulla ricerca della responsabilità individuale (che può essere determinata da negligenza, inosservanza delle regole, disattenzione, e/o incompetenza) perché raramente gli incidenti sono causati da un unico errore, umano o tecnico, ma più frequentemente rappresentano il risultato di una sequenza di eventi all'interno di un processo organizzato. Essi spesso sono correlati a sistemi di comunicazione inefficaci, e/o ad inadeguata organizzazione del lavoro, alla mancata manutenzione delle tecnologie, ad un insufficiente addestramento al loro uso, alla mancata motivazione del personale, ad una scarsa supervisione, ad una carente leadership.

*Con riferimento agli atti di indirizzo e di programmazione regionale ed, in particolare, alla **DGR n. 137/2015**, alla **DGR 167/2017** avente ad oggetto "DGR 662 2015 – Obiettivi di salute e di programmazione economico finanziaria per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere regionali anni 2015-2017- aggiornamento anno 2017", alla **Determinazione Dirigenziale n. 189 del 13/05/2016** "Adozione del Programma Regionale per la Prevenzione del Rischio Clinico e per la Sicurezza dei Pazienti- Triennio 2016-2018", ed in continuità con i precedenti Piani Aziendali di Risk Management, in coerenza con la Mission aziendale e con le linee programmatiche contenute nel PAL Triennio 2015-2017- aggiornamento anno 2017, sono stati identificati per l'anno 2017 i seguenti obiettivi strategici:*

- 1. migliorare l'appropriatezza clinica ed organizzativa dell'assistenza domiciliare**, attraverso la realizzazione di percorsi di cura sicuri e condivisi tra operatori (MMG, medico specialista, infermiere, ecc.) ed utenti (malati e familiari);
- 2. diffondere la cultura della sicurezza del paziente, degli operatori e delle apparecchiature sanitarie sia tra gli operatori che nella comunità;**
- 3. favorire la comunicazione tra i professionisti anche attraverso l'ulteriore sviluppo del ricorso all'audit clinico;**
- 4. ridurre il rischio che possano verificarsi eventi avversi, eventi avversi che riguardano in particolare la gestione dei medicinali (conservazione e somministrazione) e l'utilizzo delle apparecchiature biomedicali;**

**5. monitorare l'andamento dei sinistri e degli eventi avversi (caduta del paziente, infezioni ricorrenti da catetere permanente, piaghe da decubito, etc.) e mirare al loro contenimento;**

**6. prevenire le ulcere da pressione e la malnutrizione nei pazienti allettati;**

**7. promuovere l'integrazione tra le diverse articolazioni aziendali coinvolte nel governo clinico;**

**8. garantire la formazione e l'aggiornamento degli operatori sui temi della sicurezza e della gestione del rischio clinico**

**9. concorrere alla riduzione del contenzioso.**

*L'attivazione del GAC, della Funzione Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico e della Rete dei referenti, deliberata con DDG n. 186 del 14/03/2016, dovrà essere necessariamente rivista nella composizione dei componenti, alla luce della L.R. n. 12/2017 e del conseguente trasferimento dei tre Presidi Ospedalieri di Melfi, Villa d'Agri e Lagonegro all'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo.*

*L'istituzione dei nuovi gruppi sopra citati potrà essere d'impulso ad una eventuale modifica e/o integrazione del presente Piano di Risk Management, Piano che, come è ovvio, sarà sempre più chiamato a mettere al centro la valorizzazione ed il miglioramento della qualità delle prestazioni e dei servizi che l'Azienda eroga sul territorio.*

L'evoluzione del sistema di cure ha portato, del resto, allo sviluppo di soluzioni alternative al tradizionale ricovero ospedaliero, quali le residenze sanitarie protette (RSA), le strutture per lungodegenza e cure palliative, le forme di assistenza domiciliare (ADI e ADP); si è avuta, pertanto, una contestuale evoluzione del Rischio Clinico verso un modello territoriale sempre più incentrato sui malati cronici, anche in correlazione con il progressivo aumento della popolazione anziana e delle disabilità psicofisiche, delle malattie neoplastiche e delle malattie cronico-degenerative.

Molto spesso la complessità e l'evoluzione della malattia necessitano di una risposta multidisciplinare d'equipe, basata sul coordinamento tra le diverse professionalità ed una comunicazione efficace tra gli operatori. Rilevante diventa, in questo contesto, anche la partecipazione attiva da parte del malato e dei familiari, una partecipazione consapevole dei rischi che possono presentarsi nell'ambito dell'assistenza domiciliare (vedasi, ad esempio, la non corretta assunzione dei farmaci).

### *3.Linee d' intervento e azioni per l'anno 2017.*

**Applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali in tema di gestione del rischio e sicurezza delle cure con riferimento alle attività assistenziali espletate nelle diverse articolazioni territoriali, con particolare riferimento ai Distretti della Salute, all'assistenza domiciliare (AD), all'assistenza domiciliare integrata (ADI), alle strutture di lungodegenza, alle strutture di riabilitazione e alle residenze sanitarie assistenziali (RSA);**

In coerenza e congruità con la citata Determinazione Dirigenziale regionale, **sviluppare almeno nel 70% delle UU.OO. assistenziali sopra richiamate, le seguenti pratiche per la sicurezza del paziente, dando evidenza delle procedure implementate:**

- **Prevenzione delle cadute**
- **Igiene delle mani**
- **Scheda Terapeutica Unica**
- **Audit clinico**
- **Segnalazione degli eventi con danno (eventi Sentinella)**
- **Segnalazione volontaria dei quasi eventi e degli eventi senza danno (Incidente reporting)**
- **Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione**
- **La misura e gestione del dolore**

*Le azioni previste per la prevenzione e gestione delle cadute dei pazienti* sono state già avviate nei distretti. Con riferimento alle RSA, occorre sistematizzare la valutazione dei pazienti al loro ingresso nelle strutture sanitarie, rispetto a variabili quali la condizione neurologica, le capacità di deambulazione, la possibilità di mobilitazione con e senza ausili. Le Unità di Valutazione distrettuali che prendono in carico il paziente continueranno a svolgere tale attività al fine di ridurre i rischi specifici.

*L'uso sistematico dell'attività di audit clinico* deve essere finalizzata all'individuazione da parte dei professionisti degli eventuali rischi e alla condivisione delle buone pratiche atte a rimuovere i rischi stessi. L'audit clinico, inteso come momento di confronto e revisione della performance clinica, pur essendo stato per anni una prerogativa medica, deve coinvolgere tutto il personale del sistema sanitario.

*La messa a regime di un sistema informatizzato di rilevazione dei rischi e degli eventi con e senza danno è un obiettivo importante che trova evidenza anche nel PAL-aggiornamento 2017. E'*

evidente che ai fini della prevenzione e gestione del rischio clinico non si può prescindere dalla rilevazione sistematica e continua dei dati utili a darci contezza del fenomeno e delle variabili ad esso collegate. Un sistema di reporting efficace rappresenta una componente essenziale in un programma per la sicurezza del paziente. Una adeguata e tempestiva identificazione dei rischi e soprattutto degli eventi sentinella, consente di mettere in atto una serie di misure idonee a prevenire e ridurre i danni e, naturalmente, anche il contenzioso.

***L'elaborazione di procedure condivise per la prevenzione e la gestione delle ulcere da pressione deve interessare in particolare le UU.OO. che svolgono attività clinica ed assistenziale a favore dei pazienti cronici e allettati.*** Le procedure dovranno mirare all'identificazione precoce dei pazienti a rischio, importante sarà anche, come è ovvio, garantire la disponibilità di ausili e prodotti idonei per la prevenzione e la cura delle ulcere da pressione.

L'implementazione di tali procedure deve accompagnarsi con l'avvio di un monitoraggio del fenomeno e con la valutazione periodica dei risultati raggiunti.

***La misura e gestione del dolore è considerato obiettivo prioritario*** in quanto, nonostante l'emanazione della L.38 del 2010, non si è ancora riusciti in Italia ad apportare significativi miglioramenti alla gestione del dolore, come testimonia il basso consumo di oppiacei che ci colloca agli ultimi posti in Europa e che è considerato il principale indicatore significativo.

La Basilicata non si discosta da tale andamento ed è, a sua volta, tra le Regioni nettamente al di sotto della media nazionale di utilizzo di tali farmaci.

Si prevede di:

- Inserire in tutte le cartelle cliniche domiciliari una scala di valutazione del dolore, sia all'interno della sezione dedicata all'esame obiettivo sia all'interno del diario clinico;
- Favorire i processi di distribuzione diretta di oppioidi a domicilio dei malati terminali e dei malati con dolore cronico;
- Ridefinire la composizione del Comitato Aziendale per la lotta al dolore.

### **Gestione dei farmaci e controllo dei farmaci LASA nell'ambito della farmaceutica territoriale.**

Procedere alla individuazione dei fattori responsabili dell'errore a seconda del punto della catena in cui l'errore si verifica (ad esempio, fase di prescrizione, di preparazione, consegna e somministrazione).

Azioni di prevenzione del rischio già messe in atto da parte della U.O. Farmaceutica Territoriale:

- Sensibilizzazione della classe medica alla segnalazione delle reazioni avverse da farmaci
- Controlli sulle prescrizioni mediche anche ai fini delle interazioni farmacologiche

- Attivazione di tutte le misure possibili e le accortezze per cercare di ridurre a zero il rischio di errore nelle attività tecnico professionali di approvvigionamento, logistica e distribuzione dei farmaci
- Catalogazione delle cartelle dei pazienti con specifico piano terapeutico in ordine alfabetico e per farmaco
- Per evitare lo scambio di farmaci tra loro simili, per aspetto delle confezioni e per fonetica del nome, i farmaci vengono disposti nel magazzino per ordine alfabetico, avendo cura di separare le confezioni che possono ingenerare confusione.

*L'analisi dei reclami condotta annualmente dall'URP* sarà volta anche a rilevare la valutazione del rischio così come percepito e vissuto dai pazienti e dai cittadini in generale.

*La formazione sulle procedure e le buone pratiche per la prevenzione e la gestione del rischio clinico*, condotta in maniera partecipata ed estesa a tutti gli operatori, assume la valenza di strumento essenziale per la riduzione del rischio stesso. L'attivazione di percorsi formativi volti a diffondere la cultura della sicurezza e all'apprendimento degli strumenti di gestione del rischio continuerà anche nel 2017. In particolare sono state programmate due giornate formative, a marzo ed aprile, condotte da esperti di medicina legale dell'Università di Foggia, su tematiche quali la corretta compilazione della documentazione sanitaria come strumento di prevenzione e gestione del rischio, l'errore in medicina, gli aspetti medico-legali, la metodologia per l'analisi del rischio e per la conduzione di audit clinici.

*Per sensibilizzare la società civile alla tematica del rischio clinico* sarà organizzata dall'URP, in collaborazione con i Distretti e con la U.O. di Oncologia Critica Territoriale Cure Domiciliari e Palliative, una campagna di informazione e comunicazione per la sicurezza del paziente che vedrà il coinvolgimento diretto degli utenti e delle Associazioni di Categoria a difesa del cittadino.

### **Conclusioni**

Anche per l'annualità 2017, sarà necessario garantire il raccordo e l'integrazione del Piano Aziendale di Prevenzione del Rischio Clinico con gli obiettivi che si andranno ad assegnare ai diversi CDR a conclusione del processo di negoziazione del Budget 2017, e questo al fine di evitare una responsabilità sì diffusa ma generica rispetto alla piena attuazione del presente Piano, individuando specifiche aree di responsabilità ed obiettivi misurabili sulla base di appositi indicatori.

**Il Direttore Sanitario**  
**Massimo De Fino**

