



Servizio Sanitario Regionale Basilicata  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

## DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

NUMERO 2020/00387

DEL 24/07/2020

Collegio Sindacale il 24/07/2020

### OGGETTO

Approvazione Piano Aziendale di Prevenzione del Rischio Clinico - anno 2020

Struttura Proponente

Medicina Legale e Rischio Clinico ASP

Documenti integranti il provvedimento:

Descrizione Allegato	Pagg.	Descrizione Allegato	Pagg.
Piano Aziendale di Prevenzione del Risch	17		

### Uffici a cui notificare

Affari Generali	Budget e Controllo di Gestione
Medicina Legale e Rischio Clinico ASP	

### CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

La presente è stata pubblicata ai sensi dell'Art.32 della L.69/2009 all'Albo Pretorio on-line in data 24/07/2020

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

Il Direttore Sanitario > relaziona quanto segue:

In **RICHIAMATE**:

- la DGR n. 137 del 10.02.2015, avente per oggetto “*Istituzione del Sistema Regionale di Gestione del Rischio Clinico e della Sicurezza del Paziente in attuazione della DGR n. 238 del 23.02.2011*”, 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 10.02.2015;
- 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;
- la DGR n. 190 del 9 marzo 2018, avente oggetto “*Obiettivi di salute e di programmazione sanitaria per le Direzioni Generali delle Aziende ASP, ASM e AOR San Carlo di Potenza e per la Direzione Generale dell’IRCC di CROB di Rionero in Vulture – anni 2018-2020*”, con cui si prevede, tra l’altro, anche l’approvazione da parte di ciascuna Azienda del Piano aziendale del rischio clinico, da adottare a trasmettere in Regione entro il 30 giugno;

**CONSIDERATO** che con la L.R. n. 2 del 12.01.2017 veniva approvato il riordino del sistema sanitario della Regione Basilicata, prevedendo per l’Azienda Sanitaria Locale di Potenza ASP:

- l’assunzione della competenza esclusiva, sia gestionale che economica ed organizzativa, sul sistema regionale dell’emergenza/urgenza 118, comprensiva dei rapporti di lavoro, delle risorse strutturali, strumentali ed economiche in essere;
- il trasferimento all’Azienda Ospedaliera regionale (AOR) “San Carlo” di Potenza della titolarità dei Presidi Ospedalieri di Lagonegro, Melfi e Villa d’Agri;

**TENUTO CONTO** che, per gli effetti della suddetta L.R. n. 2/2017, si è proceduto con atto deliberativo n. 276 del 24.04.2018:

- a) alla modifica del Gruppo Aziendale di Coordinamento per la Gestione del Rischio Clinico (GAC) di cui alla citata DDG n. 186/2016;
- b) alla modifica della Funzione Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico e per la Sicurezza del Paziente, di cui alla citata DDG n. 186/2016;
- c) alla modifica della Rete dei Referenti Aziendali per la Gestione del Rischio Clinico di cui alla citata DDG n. 186/2016;

**RICHIAMATA** la Determinazione Dirigenziale della Regione Basilicata n. 290 del 04.06.2019: ”  
*Adozione del Programma Regionale per la Prevenzione del Rischio Clinico e per la Sicurezza dei Pazienti – Triennio 2019-2021*”;

**CONSIDERATO** che con Determina Dirigenziale n. 2167 dell’11.07.2019, su indicazione del GAC, venivano nominati i componenti di Gruppi di Lavoro per la stesura di procedure aziendali relative all’applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali per la Prevenzione degli eventi sentinella, inclusi nell’area della “*sicurezza farmacologica*”;

**VISTA** la bozza del Piano Aziendale di Prevenzione del Rischio Clinico – Anno 2020 – predisposta dalla Direzione Sanitaria e che si conforma nei contenuti a quanto previsto nella DGR n. 190 del 09.03.2018 e nella citata Determinazione Dirigenziale n. 290 del 04.06.2019, in particolare:

- sviluppo e implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali, considerate nell’area “*sicurezza farmacologica*”;
- implementazione delle procedure per la riduzione delle Infezioni Correlate all’Assistenza (ICA), in particolare per quanto riguarda le misure di prevenzione del rischio infettivo e biologico legato alla pandemia da SARS.CoV-2.;
- attuazione dei contenuti del Piano Nazionale di Contrasto all’Antibiotico-Resistenza;

**RITENUTO** di dover approvare il Piano Aziendale di Prevenzione del Rischio Clinico – Anno 2020 - come predisposto dalla Direzione Sanitaria nel testo allegato quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento serire il testo della premessa

**Dato atto che** la formulazione della proposta di un atto deliberativo impegna la responsabilità del soggetto proponente in ordine alla regolarità amministrativa e legittimità del contenuto della stessa;

### **PROPONE AL DIRETTORE GENERALE**

**Di approvare** il Piano Aziendale di Prevenzione del Rischio Clinico – Anno 2020 – nel testo allegato quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

### **IL DIRETTORE GENERALE**

**In virtù** dei poteri conferitigli con Decreto di nomina dal Presidente della Giunta Regionale di Basilicata n. 258 del 16.11.2018;

**Letta e valutata** la proposta deliberativa riportata in narrativa;

**Acquisiti** i pareri favorevoli del Direttore amministrativo, del Direttore sanitario, resi per quanto di rispettiva competenza;

### **DELIBERA**

di adottare la proposta di deliberazione sopra riportata, nei termini indicati e per l’effetto:

- **In di approvare** il Piano Aziendale di Prevenzione del Rischio Clinico – Anno 2020 – nel testo allegato quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- **di notificare** il presente provvedimento alla U.O. Affari Generali, alla U.O. Controllo di Gestione, al Dipartimento Politiche della Salute della Regione Basilicata, nonché ai componenti del Gruppo Aziendale di Coordinamento, della Funzione Aziendale e della Rete dei Referenti Aziendali per la Gestione del Rischio Clinico e la Sicurezza del Paziente.

---

L'Istruttore

---

Il Responsabile Unico del Procedimento

Sergio Carboni

---

Il Dirigente Responsabile dell'Unità Operativa

Il presente provvedimento è notificato ai destinatari a cura dell'istruttore.

*Luigi D'Angola*

*Lorenzo Bochicchio*

*Giuseppe Spera*

---

Il Direttore Sanitario  
Luigi D'Angola

---

Il Direttore Generale  
Lorenzo Bochicchio

---

Il Direttore Amministrativo  
Giuseppe Spera

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 2020

## Sommario

1. PREMESSE .....	3
2. Obiettivi strategici regionali per il triennio 2019-2021 .....	4
3. Azioni ed interventi realizzati.....	6
3.1 Sicurezza Farmacologica.....	6
3.2 Uso corretto degli antibiotici.....	8
4.1 Raccomandazione Sul Corretto Utilizzo Delle Soluzioni Concentrate Di Cloruro Di Potassio – Kcl – Ed Altre Soluzioni Concentrate Contendenti Potassio (Racc. N. 1, Marzo 2008).....	9
4.2 Raccomandazione Per La Prevenzione Della Morte, Coma O Grave..... Danno Derivati Da Errori In Terapia Farmacologica” (Racc. N. 7, Marzo 2008).....	11
4.3 Raccomandazione Per La Prevenzione Dell’osteonecrosi Della ..... Mascella/Mandibola Da Bifosfonati” (Raccomandazione N. 10, Settembre 2009) .....	12
4.4 Raccomandazione Per La Prevenzione Degli Errori In Terapia Con..... Farmaci “Looka-Like/Sound-Alike” (Raccomandazione N. 12, Agosto 2010).....	13
5. Covid-19 e Prevenzione Rischio Clinico .....	14
Riferimenti.....	17

## 1. PREMESSE

La sicurezza dei pazienti è uno dei fattori determinanti la qualità delle cure e pertanto è uno degli obiettivi prioritari che il Servizio Sanitario Nazionale si pone. Lo sviluppo di interventi efficaci è strettamente correlato alla comprensione delle criticità dell'organizzazione e dei limiti individuali, richiedendo una cultura diffusa che consenta di superare le barriere per l'attuazione di misure organizzative e di comportamenti volti a promuovere l'analisi degli eventi avversi ed a raccogliere gli insegnamenti che da questi possono derivare.

L'impegno per la promozione della sicurezza del paziente coinvolge, a vario titolo e con diversa responsabilità, tutti i soggetti del "sistema salute". A livello istituzionale l'attività di gestione del rischio clinico viene sviluppata a tutti i livelli di programmazione e controllo sanitario: nazionale, regionale, aziendale e di singole strutture operative. Le Regioni hanno incluso questo tema negli indirizzi di programmazione e si sono dotate di specifici piani attuativi. A livello di singole aziende sanitarie sono state costituite unità di gestione del rischio clinico, gruppi interdisciplinari e multiprofessionali preposti al coordinamento delle attività di identificazione del rischio clinico ed alla analisi e programmazione di interventi migliorativi.

La Regione Basilicata, in linea con la normativa nazionale e con le indicazioni previste dagli accordi Stato-Regione, attraverso la DGR n. 137 del 10.02.2015 ha istituito un "*Sistema Regionale di Gestione del Rischio Clinico e della Sicurezza del Paziente*" con l'intento di garantire, su tutto il territorio, un'unica strategia per la gestione del rischio clinico nelle strutture sanitarie. Per tale scopo, la DGR ha previsto la costituzione di gruppi di coordinamento sia regionale (GRC) che aziendale (GAC), nonché la presenza di rappresentanti della Funzione Aziendale e della Rete dei Referenti aziendali per il rischio clinico.

Recependo l'atto di indirizzo regionale, proposto dal GRC, uno dei primi e più importanti obiettivi del GAC è quello di definire, ogni anno, un Piano Aziendale di Prevenzione del Rischio Clinico, la cui approvazione ed attuazione devono essere trasmesse annualmente all'Organo regionale, come previsto dalla DGR n. 190 del 09.03.2018 (*Obiettivi di salute e di programmazione sanitaria per i Direttori Generali delle aziende sanitarie - anni 2018-2020*).

Occorre, tuttavia, ricordare che la legge di riordino del sistema sanitario regionale n. 2/17, con il trasferimento delle attività assistenziali e gestionali dei presidi ospedalieri "*per acuti*" dall'ASP all'AOR "San Carlo" di Potenza, non solo ha richiesto una revisione dei componenti del GAC, della Funzione Aziendale e della Rete dei Referenti, ma un adeguamento dei piani aziendali di prevenzione del rischio clinico, i cui obiettivi e le linee operative sono stati rivolti verso un modello di assistenza prevalentemente di tipo territoriale.

## 2. Obiettivi strategici regionali per il triennio 2019-2021

In riferimento alle Raccomandazioni Ministeriali ed in continuità con gli atti di indirizzo e di programmazione regionale, con la D.D. n. 290 del 04.06.2019 è stato approvato il programma regionale per la prevenzione del rischio clinico e per la sicurezza dei pazienti per il triennio 2019-2020, con lo scopo principale di omogenizzare le procedure correlate alle raccomandazioni ministeriali nelle diverse aziende sanitarie, verificando, attraverso audit interaziendali, lo stato di attuazione delle stesse e dei rispettivi protocolli, nonché la evidenziazione di eventuali criticità.

Partendo dalla precedente D.D. n. 326/2015 e tenuto conto dell'ultimo Questionario LEA (anno 2018) la nuova programmazione regionale è rivolta essenzialmente alla implementazione, in almeno l'80% delle aziende sanitarie della Regione, attraverso un approccio procedurale uniforme, di almeno 12 Raccomandazioni Ministeriali su 17.

Come già sottolineato, la L.R. n. 2/17 ha mutato l'assetto organizzativo-strutturale del Servizio Sanitario Regionale, per cui si è reso necessario rivedere, nella programmazione regionale, il coinvolgimento delle singole aziende, individuando per ognuna di esse quali raccomandazioni possono essere applicabili e, quindi, implementabili.

Per quanto riguarda l'ASP di Potenza, l'impegno deve essere rivolto all'attuazione delle seguenti raccomandazioni ministeriali:

- **Racc. n. 1:** *corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio (KCL) ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio;*
- **Racc. n. 4:** *prevenzione della prevenzione del suicidio di paziente in ospedale;*
- **Racc. n. 7:** *prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica;*
- **Racc. n. 8:** *prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari;*
- **Racc. n. 9:** *prevenzione degli eventi avversi conseguenti al mal funzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali;*
- **Racc. n. 10:** *prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifonati;*
- **Racc. n. 11:** *morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero);*
- **Racc. n. 12:** *prevenzione degli errori in terapia con farmaci "look-alike/sound-alike";*
- **Racc. n. 13:** *prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie;*
- **Racc. n. 15:** *morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso;*
- **Racc. n. 17:** *riconciliazione della terapia farmacologica;*
- **Racc. n. 18:** *prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle, simboli.*

La stessa D.D. n. 290/2019 stabilisce, inoltre, che nel corso del triennio le Aziende provvederanno a revisionare le varie procedure e protocolli già predisposti e relativi alle predette raccomandazioni, tenendo conto anche dei percorsi-paziente, riportati nel Manuale di Accredimento regionale delle strutture sanitarie, revisionato con DGR n. 346 del 30.04.2018, in particolare per quanto riguarda la gestione del rischio clinico nei seguenti percorsi assistenziali:

- **paziente oncologico:** *trattamenti chirurgici e chemio-radioterapici;*
- **paziente con ictus:** *lesioni da pressione, reazioni avverse a farmaci e trombosi venosa profonda;*
- **paziente con IMA:** *trasporto sanitario intraospedaliero;*
- **paziente chirurgico:** *registro operatorio, infezioni del sito (ISO), tracciabilità della strumentazione e check-list operatoria;*
- **paziente nefropatico cronico:** *dispositivi e apparecchiature, farmaci nefrotossici e riconciliazione farmacologica;*
- **percorso nascita:** *errata identificazione madre-neonato.*

Per il raggiungimento degli obiettivi regionali previsti dalla DDR n. 290/19, ad ogni Azienda Sanitaria è stato chiesto di esplicitare almeno le seguenti azioni:

- *inserimento, nel processo di negoziazione dei budget e di valutazione delle performance, degli obiettivi che riguardano la gestione del rischio clinico;*
- *implementazione del sistema informatico di gestione delle attività del DIGS e di quelle relative al Rischio Clinico;*
- *monitoraggio dell'uso della check-list in sala operatoria;*
- *diffusione delle Raccomandazioni Ministeriali.*

Pertanto, al fine di omogeneizzare l'impegno delle singole aziende sanitarie, è stato proposto di raggruppare le succitate raccomandazioni ministeriali in quattro aree di operatività, indicando l'anno di riferimento in cui esse dovranno essere sviluppate in maniera completa, ivi compreso un adeguato programma di formazione degli operatori e di monitoraggio attraverso audit interaziendali:

- a) **sicurezza farmacologica** (anno 2019-2020): racc. n. 1, 7, 10, 12, 14, 17 e 18
- b) **sicurezza materno-infantile**: (anno 2019-2020): racc. n. 6 e 16
- c) **sicurezza del paziente chirurgico**: (anno 2020-2021): racc. n. 2 e 3
- d) **cadute/trasporto/triage**: (anno 2020-2021): racc. n. 11, 13 e 15

Per quanto riguarda la nostra azienda, alla luce dell'attuale assetto organizzativo-strutturale e funzionale, nel periodo 2019-2020 l'impegno deve essere rivolto essenzialmente

verso alcune delle raccomandazioni che affluiscono all'area relativa alla “sicurezza farmacologica” e, precisamente, le raccomandazioni n. 1 - 7 - 10 - 12 - 17 e 18.

\*\*\*\*\*

### 3. Azioni ed interventi realizzati

Per un approfondimento ed una migliore conoscenza circa gli interventi realizzati nel corso del 2019, si rinvia a quanto rendicontato nella relazione annuale trasmessa alla Regione nei modi e nei termini stabiliti dalla DGR n. 190/2018.

Tuttavia, in riferimento alle indicazioni regionali, in questa sede occorre sottolineare che già da alcuni anni l'ASP ha previsto, come obiettivo trasversale nel processo di negoziazione dei budget e di valutazione delle performance, l'attuazione del Piano di Prevenzione del Rischio Clinico e la rendicontazione annuale delle azioni adottate all'U.O. Controllo di Gestione.

Per quanto riguarda l'implementazione informatica del DIGS (Dipartimento Interaziendale Gestione Sinistri) occorre segnalare che, poichè le attività sono state interrotte, presso l'U.O. Affari Generali e Legali è in fase di costituzione il Comitato Aziendale per la Valutazione dei Sinistri (CAVS) la cui attività medico-legale è coordinata dalla S.I.C. Regionale di Medicina Legale.

Fatta eccezione per alcuni interventi di chirurgia oculare, negli Ospedali territoriali e Distrettuali dell'ASP non vengono effettuati altre attività chirurgiche, che richiedono la procedura della check-list post-operatoria.

Circa la diffusione delle Raccomandazioni Ministeriali, come già esplicitato, sono state prese in considerazione, per il periodo 2019-20, quelle che riguardano la sicurezza della terapia farmacologica; in particolare la n. 1, la n. 7, la n. 10, la n. 12, la n. 17 e la n. 18.

#### 3.1 Sicurezza Farmacologica

Su decisione del GAC, Funzione Aziendale e Rete dei Referenti, con D.D. n. 2167 dell'11.07.2019 si è proceduto alla nomina di tre gruppi di lavoro per la stesura di protocolli aziendali per la prevenzione degli eventi sentinella, relative alle Raccomandazioni Ministeriali **n. 1** (*corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio (KCL) ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio*) **n. 7** (*prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica*) e **n. 17** (*riconciliazione della terapia farmacologica*).

Ad oggi è stata approvata la procedura aziendale per “*la ricognizione e la riconciliazione farmacologica*”, che, per l’attivazione sul campo, in considerazione del numero e della tipologia degli operatori e delle articolarietà delle strutture sanitarie coinvolte, necessita di un adeguato periodo di addestramento capillare, mediante l’utilizzo del supporto tecnico Terap.

Tale procedura è stata illustrata nell’evento formativo: “*La gestione del rischio nella terapia farmacologica in Basilicata*”, tenutosi presso l’ASL di Matera il 17.09.2019 in occasione della Giornata Nazionale per la Sicurezza delle Cure e della Persona.

Per quanto riguarda l’utilizzo in terapia di soluzioni concentrate di cloruro di potassio (Raccomandazione n. 1) in attesa di una procedura aziendale ufficiale e validata, occorre, comunque, precisare che già in alcune attività ospedaliere, in particolare in Nefrologia e Post-Acuzie, vengono applicati rigidi protocolli operativi, che tengono conto delle linee guida e delle indicazioni contenute nella stessa raccomandazione.

Sempre in tema di sicurezza farmacologica e in sintonia con quanto previsto anche dai precedenti Piani aziendali, si segnala che in molte UU.OO. vengono assicurate precise azioni per prevenire eventi avversi, tra le quali il controllo costante delle confezioni, con attenzione alla scadenza, all’integrità ed alla corretta conservazione, in particolare per quanto riguarda la presenza di farmaci cosiddetti “*LASA*” (Raccomandazione n. 12).

La prevenzione dei rischi legati alla terapia farmacologica non può prescindere da una corretta appropriatezza prescrittiva, tant’è che l’Azienda, con Delibera del DG n. 839/19, ha previsto, per ciascun Distretto della Salute, una apposita commissione, che, attraverso audit periodici con i Medici di MG e Pediatri di LS, ha lo scopo di monitorare e migliorare il consumo dei farmaci, non solo per quanto riguarda la spesa farmaceutica, ma anche sul piano quali-quantitativo delle prescrizioni.

Sempre ai fini di una migliore appropriatezza organizzativa e, soprattutto, della sicurezza del paziente, l’attività di auditing è stata estesa ed implementata anche in alcune UU.OO. (Assistenza Sanitaria e Farmacia Territoriale) attraverso incontri con i MMG e i PP.LL.SS., allo scopo di incentivare la segnalazione delle reazioni avverse dei farmaci e per analizzare i risultati dei controlli effettuati dal servizio farmaceutico territoriale in tema di interazioni farmacologiche pericolose e di appropriatezza prescrittiva, in particolare per quanto riguarda il rispetto delle note AIFA.

### 3.2 Uso corretto degli antibiotici

Nell'ambito delle attività mirate ad assicurare, non solo una migliore appropriatezza prescrittiva, ma anche la sicurezza del paziente nelle terapie farmacologiche, rivestono particolare importanza tutte quelle azioni ed iniziative per contenere un uso improprio degli antimicrobici.

A tale proposito, occorre ricordare che, già da diversi anni, all'interno dell'Azienda sono effettuate attività di controllo e monitoraggio da parte di organi e servizi (Commissione Tecnica Aziendale e di Vigilanza, l'UOC Farmacia Territoriale e l'UOSD Farmacologia Clinica) che consentono una verifica costante del consumo degli antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale. I risultati, finora, ottenuti sono molto incoraggianti; infatti, secondo i dati forniti dal Distretto della Salute di Venosa, l'uso degli antibiotici da parte dei MMG ha presentato una graduale e progressiva riduzione passando dal 24,4% nel 2013 al 17,28% nel 2019, a fronte dell'obiettivo aziendale atteso (< 16%).

\*\*\*\*\*

## 4. PIANO AZIENDALE E LINEE DI INTERVENTO PER L'ANNO 2020

La recente emergenza sanitaria provocata dal Covid-19 ed i conseguenti provvedimenti adottati per il contenimento della diffusione del contagio non hanno permesso, purtroppo, un preliminare confronto tra i componenti del GAC aziendale, per definire i programmi e le linee di intervento del Piano di Prevenzione del Rischio Clinico per l'anno in corso.

Tuttavia, la definizione del Piano di Prevenzione del Rischio Clinico per il 2020 non può prescindere dalle indicazioni contenute nella stessa D.D. n. 290/2019, tenendo conto di quanto finora realizzato e di quanto ancora si dovrà realizzare.

Pertanto, sulla scorta di tali premesse, è necessario che il nuovo Piano contenga azioni e linee di interventi, rivolte, principalmente alla implementazione delle Raccomandazioni ministeriali, in particolare, per quanto riguarda l'ASP di Potenza, a quelle che afferiscono alla cosiddetta "*area della sicurezza farmacologica*", indicate dalla D.D. regionale sopracitata per quanto concerne il biennio 2019-2020 e che sono state in parte recepite dalla D.D. aziendale n. 2167 dell'11.07.2019.

È indispensabile, innanzitutto, che sia completato quanto previsto dalla suddetta Determina, e cioè la stesura, da parte del Gruppo di Lavoro incaricato, di protocolli operativi finalizzati all'applicazione ed all'implementazione delle raccomandazioni n. 1 (*corretto utilizzo*

delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio) e n. 7 (prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica).

In ottemperanza alle indicazioni regionali ed agli impegni assunti per il biennio 2019-2020, si ritiene opportuno sviluppare o, qualora siano già presenti, implementare le procedure ed i protocolli, relativi alle altre raccomandazioni afferenti alla sicurezza farmacologica, in particolare, la raccomandazione n. 10 (prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifonati) e la n. 12 (prevenzione degli errori in terapia con farmaci "look-alike/sound-alike).

Per quest'ultima, occorre sottolineare che nei PP.OO., transitati successivamente all'AOR San Carlo, erano già previste procedure volte a prevenire possibili errori che possono verificarsi durante tutto il processo di gestione dei farmaci, come quella sviluppata dalla Direzione Sanitaria del P.O. di Villa d'Agri nel 2012 (cod. PRHDS00110) che, a seguito del mutato assetto assistenziale prodotto dalla L.R. n. 2/2017, necessita di una adeguata revisione e di un aggiornamento.

Si rende, quindi, indispensabile la nomina, da parte del GAC, di Gruppi di Lavoro per la elaborazione e la stesura di protocolli operativi, che, secondo le direttive regionali e come già sottolineato nel precedente Piano, ai fini della loro validazione e condivisione, dovranno definire, per ciascuna raccomandazione:

- gli obiettivi specifici;
- i relativi indicatori;
- le figure professionali responsabili per l'implementazione della specifica raccomandazione;
- il relativo cronoprogramma di attuazione;
- provvedimenti amministrativi per il perseguimento dell'obiettivo specifico prefissato.

A tal fine, può essere utile riportare i contenuti essenziali delle Raccomandazioni sopracitate, che necessitano di essere sviluppate o/e implementate.

#### 4.1 Raccomandazione Sul Corretto Utilizzo Delle Soluzioni Concentrate Di Cloruro Di Potassio – KCl – Ed Altre Soluzioni Concentrate Contendenti Potassio (Racc. N. 1, Marzo 2008)

##### Premessa

L'esperienza e la letteratura internazionale riconoscono che l'inappropriato utilizzo di soluzioni concentrate di potassio (K) per uso endovenoso (e.v.) comporta un grave rischio per il paziente ed è una delle principali cause di incidenti mortali nelle Unità Operative ospedaliere.

Gli errori che più frequentemente si associano all'uso improprio di KCl sono lo scambio di fiala, la mancata diluizione, la non corretta preparazione del prodotto da infondere e l'errata identificazione del paziente. L'efficace implementazione della presente raccomandazione

prevede l'attivo interessamento dell'intero contesto organizzativo e pertanto essa si rivolge alla direzione aziendale, alla direzione sanitaria, a medici, farmacisti ed infermieri.

### Obiettivi e campi di applicazioni

L'obiettivo principale è quello di ridurre il rischio di sovradosaggio accidentale di K derivante dall'uso improprio di soluzioni concentrate di KCl e di altre soluzioni ad elevato contenuto di K, garantendo nel contempo la tempestiva disponibilità del farmaco in caso di bisogno.

La presente raccomandazione si applica alle soluzioni contenenti KCl e alle altre soluzioni contenenti K per uso e.v. con le seguenti concentrazioni: 1 meq/ml; 2 meq/ml; 3 meq/ml.

Oltre alle aree critiche di assistenza (Terapia Intensiva, T.I.N., Rianimazione, Unità coronarica, Sala Operatoria, etc.) trova applicazione nelle UU.OO. di Nefrologia, nei Dipartimenti di Emergenza e in tutte le aree assistenziali individuate dalla programmazione aziendale e regionale, nelle quali è richiesto l'uso urgente del farmaco.

### Azioni

Le azioni che devono essere messe in atto nel contesto ospedaliero riguardano i seguenti punti critici:

- *Conservazione delle soluzioni concentrate di KCl ed altre soluzioni ad elevato contenuto di K;*
- *Prescrizione delle soluzioni concentrate contenenti K;*
- *Preparazione delle soluzioni diluite contenenti K;*
- *Controllo della corretta preparazione ed utilizzo delle soluzioni contenenti K;*
- *Gestione del processo di corretto utilizzo delle soluzioni concentrate contenenti K.*

La Direzione aziendale sviluppa procedure specifiche per la corretta gestione del rischio (risk management) associato all'uso di soluzioni concentrate di K, con approccio multidisciplinare, che includano linee-guida, check-list, modulo di richiesta prestampato, modalità specifiche di confezionamento e di identificazione del farmaco e formazione.

La direzione aziendale svolge le seguenti azioni:

- A. Identificazione delle aree assistenziali in cui è consentita la conservazione delle soluzioni concentrate contenenti K.
- B. Produzione di una procedura che fornisca indicazioni precise su:
  - *Appropriata prescrizione;*
  - *Modalità di approvvigionamento di soluzioni contenenti K da parte delle unità operative in modo da assicurare, in caso di bisogno, la tempestiva disponibilità del farmaco;*
  - *Indicazioni per la conservazione in sicurezza delle soluzioni concentrate di K;*
  - *Protocollo scritto per la preparazione delle soluzioni diluite;*
  - *Indicazioni per garantire la tracciabilità della prescrizione e della somministrazione;*
  - *Monitoraggio delle richieste e dei consumi al fine di valutarne l'appropriatezza d'uso.*

## 4.2 Raccomandazione Per La Prevenzione Della Morte, Coma O Grave Danno Derivati Da Errori In Terapia Farmacologica” (Racc. N. 7, Marzo 2008)

### Premessa

La sicurezza dei pazienti e la riduzione degli errori in terapia farmacologica rappresentano una priorità dell'assistenza sanitaria. Gli errori in terapia farmacologica si possono verificare durante tutto il processo di gestione del farmaco in ospedale: approvvigionamento, immagazzinamento, conservazione, prescrizione, preparazione, distribuzione, somministrazione e monitoraggio.

Questi eventi, prevenibili ed evitabili, vanno differenziati dalle reazioni avverse ai farmaci (Adverse Drug Reaction - ADR), legate al farmaco stesso e che vengono rilevate e valutate mediante le attività di farmacovigilanza nazionali, regionali ed aziendali.

### Obiettivi e campi di applicazioni

L'obiettivo principale è prevenire il verificarsi dell'evento sentinella dovuto ad un uso non corretto dei farmaci nell'ambito dell'assistenza ospedaliera con particolare riferimento agli eventi correlati all'impiego di farmaci considerati ad *“alto rischio”*

Che richiedono *particolare attenzione* nella gestione ed uso, a causa della loro potenziale tossicità, del basso indice terapeutico e dell'alta possibilità di interazioni, ad esempio: agonisti adrenergici, anestetici generali endovena, anestetici locali iniettabili, bloccanti neuromuscolari, anticoagulanti, eparina, warfarin, antiaritmici, antineoplastici, stupefacenti, oppioidi, benzodiazepine endovena, digossina, insulina, ipoglicemizzanti orali, sodio nitroprussiato, soluzioni concentrate di sodio cloruro, soluzioni concentrate di potassio cloruro, soluzioni concentrate di potassio, soluzioni di calcio, soluzioni di magnesio.

La Raccomandazione si applica a tutti i farmaci usati in ospedale e in tutte le strutture sanitarie, in particolare ai farmaci *“ad alto livello di attenzione”*. Essa è rivolta a tutti gli operatori sanitari coinvolti nel processo di gestione del farmaco.

### Azioni

Le Aziende sanitarie devono dotarsi di strumenti ed acquisire metodologie di lavoro per impostare un trattamento terapeutico che risulti corretto e completo in tutti i suoi aspetti e che risponda a requisiti di sicurezza:

- *adozione di procedure/protocolli aziendali codificati e condivisi tra gli operatori; elaborazione di un piano della sicurezza aziendale che consideri in maniera rilevante l'analisi degli errori in terapia e le azioni preventive e mitiganti da intraprendere;*
- *predisposizione di una lista di farmaci ad “alto rischio”;*
- *definizione di un piano della formazione del personale strutturato e specifico per la sicurezza dei farmaci;*
- *promozione di iniziative per favorire la comunicazione tra gli operatori sanitari;*
- *predisposizione di un protocollo sulle modalità di comunicazione specifica degli eventi avversi;*
- *individuazione di percorsi diagnostico terapeutici;*
- *stesura di capitoli di acquisto ed acquisizione dei farmaci con particolare attenzione all'aspetto della sicurezza dei pazienti;*

- *elaborazione di procedure ad hoc per la gestione delle scorte in farmacia ed in reparto;*
- *introduzione di tecnologie informatizzate (in base alle risorse economiche e umane);*
- *definizione di misure di monitoraggio con le quali seguire la terapia sia in termini di efficacia che di possibili effetti collaterali (ad esempio, livelli plasmatici del farmaco, indici di funzionalità che possono essere modificati dalla terapia);*
- *provvedere in modo continuativo al monitoraggio e valutazione dell'impiego corretto dei farmaci in relazione anche alla frequenza degli eventi avversi verificatisi.*

#### 4.3 Raccomandazione Per La Prevenzione Dell'osteonecrosi Della

Mascella/Mandibola Da Bifosfonati” (Raccomandazione N. 10, Settembre 2009)

##### Premessa

I bifosfonati sono farmaci che presentano un'alta affinità per le ossa, di cui hanno la capacità di modulare il turnover e ridurre il rimodellamento in corso di riassorbimento; essi tendono, tuttavia, a depositarsi nel tessuto osseo, dove possono determinare alterazioni persistenti anche dopo l'interruzione della terapia con un effetto prolungato. Il loro meccanismo d'azione si basa sulla capacità di inibire il riassorbimento osseo mediato dagli osteoclasti.

I bifosfonati vengono utilizzati come terapia di riferimento per diverse patologie metaboliche ed oncologiche coinvolgenti l'apparato scheletrico, dalle metastasi ossee all'ipercalcemia neoplastica, dal morbo di Paget all'osteogenesi imperfetta ed anche alle varie forme di osteoporosi (post - menopausale, maschile e da corticosteroidi).

I bifosfonati possono causare vari effetti indesiderati come reazioni gastro-intestinali, ulcerazioni delle mucose, anemia, dispnea, astenia e sintomi simil-influenzali. In alcuni pazienti, essi possono provocare lesioni ossee del mascellare e/o della mandibola associate a segni locali e sintomi di diverso tipo e gravità, come ulcerazione della mucosa orale che riveste l'osso, esposizione dell'osso nel cavo orale, dolore ai denti e/o alle ossa mandibolari/mascellari, tumefazione o infiammazione, intorpidimento o sensazione di “mandibola pesante”, aumento della mobilità dentale, perdita dei denti.

Attualmente, proprio la dose cumulativa del farmaco sembra essere l'elemento più attendibile per definire il rischio di effetti indesiderati gravi, come l'osteonecrosi della mascella/mandibola (ONM).

##### Obiettivi e campi di applicazioni

Obiettivo della presente Raccomandazione è fornire indicazioni in ambito oncologico per la corretta gestione dei pazienti che devono iniziare o hanno già iniziato il trattamento con bifosfonati, specialmente quelli sottoposti a terapia per via endovenosa e che devono sottoporsi a manovre chirurgiche odontoiatriche.

La Raccomandazione è rivolta agli odontoiatri e a tutti gli operatori sanitari coinvolti nel processo di cura dei pazienti sottoposti o che si sottoporranno a terapia con bifosfonati, in particolare a medici di medicina generale e specialisti, infermieri, farmacisti, igienisti dentali.

Si applica in tutte le strutture sanitarie pubbliche e private in cui vengono assistiti pazienti che hanno assunto, stanno assumendo o dovranno assumere bifosfonati, in particolare i pazienti oncologici che hanno bisogno di ricevere cure odontoiatriche.

### Azioni

Le Aziende sanitarie devono elaborare una procedura/protocollo per la prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola in ambito oncologico, che preveda tre diverse modalità di intervento.

- Pazienti che non hanno ancora iniziato il trattamento con bifosfonati

Prima di iniziare il trattamento con bifosfonati, i pazienti, adeguatamente informati, devono effettuare una visita odontoiatrica per la valutazione della salute orale, per l'impostazione di un adeguato programma di prevenzione e l'eventuale trattamento di patologie locali; a tal fine, il medico specialista (ad esempio, l'oncologo, l'endocrinologo, l'ortopedico) e/o il medico di medicina generale, indirizzano tutti gli assistiti che devono iniziare la terapia farmacologica ad una visita odontoiatrica.

- Pazienti che hanno già iniziato la terapia con bifosfonati ma non presentano sintomi.

Nei pazienti asintomatici che assumono bifosfonati, il medico specialista o il medico di medicina generale non dovrebbero far sospendere tale terapia, ma indirizzare il paziente dall'odontoiatra, che effettuerà una attenta valutazione clinica evidenziando e trattando i problemi di salute orale e diagnosticando tempestivamente lo sviluppo di eventuali lesioni ossee o mucose. Egli potrà ricorrere a metodiche non invasive, prevedendo un monitoraggio con frequenti controlli.

- Pazienti sintomatici in corso di trattamento con bifosfonati

Il medico specialista e il medico di medicina generale devono inviare all'odontoiatra il paziente che presenta segni clinici o sintomi riconducibili all'insorgenza di ONM, considerato anche il possibile instaurarsi subdolo ed aspecifico della patologia.

L'odontoiatra effettuerà una valutazione dettagliata della situazione, provvederà ad alleviare la sintomatologia dolorosa con terapie mirate e non invasive, imposterà una eventuale terapia antibiotica ed un programma di controlli frequenti per seguire l'evoluzione della lesione nonché per raggiungere e mantenere un adeguato livello di salute orale e provvederà ad eventuali indispensabili interventi chirurgici.

#### 4.4 Raccomandazione Per La Prevenzione Degli Errori In Terapia Con

Farmaci "Looka-Like/Sound-Alike" (Raccomandazione N. 12, Agosto 2010)

##### Premessa

Tra gli errori durante la terapia farmacologica quelli più frequenti sono riferiti all'uso dei farmaci cosiddetti "Look-Alike/Sound-Alike" o LASA, acronimo utilizzato per indicare quei farmaci che possono essere facilmente scambiati con altri per la somiglianza grafica e/o fonetica del nome e/o per l'aspetto simile delle confezioni. Nomi che si scrivono e/o si pronunciano in modo simile, confezioni simili nelle dimensioni, forma, colore, indicazione del dosaggio e disposizione dei caratteri, possono indurre in errore durante tutte le fasi della gestione del farmaco sia in ospedale che sul territorio.

##### Obiettivi e campi di applicazioni

Prevenire gli errori in terapia legati all'uso dei farmaci LASA, sia in ambito ospedaliero che territoriale. La Raccomandazione si pone anche la finalità di:

- fornire indicazioni per prevenire lo scambio tra farmaci con somiglianza fonetica e grafica nel nome, nonché somiglianza nella confezione;
- sensibilizzare tutti gli operatori sanitari e i vari attori coinvolti nella gestione del farmaco affinché siano messi in atto tutte le misure preventive per evitare lo scambio di farmaci.

La Raccomandazione è rivolta a tutti gli operatori sanitari coinvolti, a vario titolo, nel processo di gestione del farmaco: in ospedale, nei servizi territoriali delle ASL, nelle Farmacie di comunità, negli studi dei medici di medicina generale e dei pediatri di famiglia nonché alle Direzioni delle Aziende sanitarie e farmaceutiche.

Può trovare applicazione in tutte le Strutture sanitarie, nelle RSA e nelle Case di riposo, negli Hospice, nelle Strutture private di riabilitazione e cura, negli Istituti penitenziari, sulle ambulanze, presso il domicilio del paziente e i grossisti di medicinali.

### Azioni

La prevenzione degli errori in terapia legati all'uso dei farmaci LASA è attuabile con una serie di interventi condivisi tra operatori, sanitari e non, coinvolti nella gestione del farmaco sia in ospedale che sul territorio.

Tutti gli operatori sanitari (medici, infermieri, farmacisti) che lavorano in ospedale e nei servizi territoriali delle ASL sono chiamati ad un ruolo attivo nella gestione del Rischio clinico mettendo in atto gli interventi previsti dalla Azienda sanitaria e seguendo scrupolosamente le procedure e/o ai protocolli adottati per la qualità delle prestazioni erogate.

Si rende, inoltre, necessario che la Raccomandazione abbia una ampia diffusione ed applicazione anche a livello territoriale, tra i farmacisti di comunità, i medici di medicina generale e i pediatri di famiglia.

\*\*\*\*\*

## **5. Covid-19 e Prevenzione Rischio Clinico**

Oltre all'implementazione delle suddette raccomandazioni ministeriali, l'attuale Piano di Prevenzione del Rischio Clinico non può non tenere conto degli ulteriori obiettivi strategici, indicati nella programmazione regionale (DGR n. 190/2018) e già riportati nel precedente piano aziendale, in particolare per quanto riguarda l'implementazione delle procedure, già in essere, per la prevenzione delle infezioni legati all'assistenza (ICA) e quelle correlati all'antibiotico-resistenza (AMR).

In tema di prevenzione del rischio infettivo, non si può non evidenziare l'impegno e le iniziative, messi campo dall'ASP, per fronteggiare l'emergenza sanitaria determinata dall'infezione da Coronavirus (SARS-CoV-2).

I provvedimenti, di volta in volta adottati nel pieno rispetto delle direttive nazionali e delle indicazioni fornite dalla Task Force Regionale, sono stati rivolti, innanzitutto, a contenere la diffusione del contagio e, contestualmente, a garantire la sicurezza delle cure e degli operatori sanitari impegnati.

Per un approfondimento più dettagliato circa le misure di contrasto e di contenimento dell'infezione da Covid-19 e per una valutazione dei risultati ottenuti, si rimanda a quanto comunicato periodicamente dalla Task-Force regionale ed ai relativi report aziendali.

In questa sede giova sottolineare che, per quanto riguarda la prevenzione del rischio, si è dato particolare spazio agli interventi per la prevenzione del cosiddetto “*rischio biologico in ambito lavorativo*”, essendo gli operatori sanitari coinvolti (medici, infermieri, OSS) la categoria più esposta al rischio infettivo, nonché una ulteriore fonte di contagio e di trasmissione del virus.

L’esigenza di prevenire l’insorgenza di focolai epidemici all’interno delle strutture sanitarie e, quindi, di salvaguardare la salute dei pazienti e degli operatori, ha richiesto un aggiornamento ed una integrazione del Documento di Valutazione del Rischio (DVR), in particolare del rischio biologico legato al SARS-Cov-2, tramite una più rigorosa applicazione delle cosiddette “*precauzioni standard*”, cioè quelle misure che normalmente vengono adottate per la prevenzione delle ICA.

Pertanto, il Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale (SPP) alla luce anche delle indicazioni fornite dall’INAIL, attraverso uno specifico Documento Tecnico, ha diramato, ai sensi dell’art. 36 del D.L.vo n. 81/2008, una “*Informativa ai Lavoratori*”, per contenere il rischio biologico in ambito lavorativo e prevenire la diffusione del contagio, che, successivamente, è stata oggetto di revisione e aggiornamento per poter affrontare la “Fase 2” post-emergenziale.

Nel documento vengono riportate misure contenitive di carattere generale e misure applicabili a specifici contesti lavorativi. Esse riguardano l’organizzazione del lavoro e degli ambienti lavorativi, con particolare riferimento all’igienicità dei locali, all’utilizzo degli spazi comuni e di servizio, all’orario di lavoro e ai contatti anche con soggetti esterni.

Le misure di prevenzione e protezione prevedono: sanificazione degli ambienti, precauzioni igieniche personali, utilizzo di mascherine e altri dispositivi di protezione individuali (DPI) ed una sorveglianza sanitaria per la tutela della salute e sicurezza dei lavoratori cosiddetti “*fragili*”. Sono previste, inoltre, misure specifiche per la prevenzione di focolai epidemici, che contengono protocolli operativi per la individuazione tempestiva e la gestione di casi sospetti.

Per quanto riguarda l’applicazione delle misure post-emergenziali, il Ministero della Salute ha diramato linee di indirizzo finalizzate alla riattivazione in sicurezza dei servizi assistenziali socio-sanitari ridotti o sospesi a causa dell’emergenza COVID-19 ed al progressivo ripristino della totalità dei livelli essenziali di assistenza.

Accanto alle misure generali di prevenzione e protezione, sostanzialmente sovrapponibili a quelle già riportate nel documento del SPP aziendale, viene raccomandato:

- *l'aggiornamento e la capillare divulgazione delle procedure per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza, generali e per Covid-19;*
- *la promozione di attività di formazione continua del personale;*
- *la promozione di visite per la sicurezza, avvalendosi delle funzioni competenti (Comitato per il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza, Risk Manager, Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, Medico Competente);*
- *l'adozione di adeguati protocolli igienici e di protezione ambientale, con particolare attenzione al corretto utilizzo del DPI, all'igiene delle mani, al rispetto del distanziamento sociale, all'aerazione ed alla sanificazione dei locali;*
- *la sorveglianza sull'osservanza delle misure igieniche e di prevenzione e protezione ambientali ed individuali.*

Nella Circolare ministeriale vengono, inoltre, fornite precise indicazioni per la riattivazione delle attività ambulatoriali e dei ricoveri ospedalieri programmati, con la raccomandazione, al personale sanitario, di osservare rigorosamente le procedure di prevenzione e controllo delle infezioni in generale e delle infezioni respiratorie in particolare (precauzioni standard, via aerea, da droplets e da contatto).

Sebbene i dati epidemiologici, forniti dalla Task-Force regionale, testimonino l'efficacia delle misure contenitive finora adottate, tanto da far considerare la Basilicata tra le prime "Regioni Covid-Free", occorre, tuttavia, adoperare molta cautela nella rimodulazione delle stesse, soprattutto in ambito sanitario, per prevenire un eventuale e possibile ritorno della pandemia.

La prevenzione del rischio d'insorgenza e di trasmissione delle infezioni collegate all'assistenza, nella fattispecie del Coronavirus, sia negli operatori che nei pazienti (Rischio Infettivo e Biologico) richiede azioni concertate che vedano il concorso di tutti gli attori della sanità, singolarmente e collettivamente, sia pure con diversi ruoli, profili e responsabilità.

Il Direttore Sanitario  
Dr. Luigi D'Angola

## Riferimenti

- D.G.R. n. 137 del 10/02/2015: “*Istituzione del Sistema Regionale di Gestione del Rischio Clinico e della Sicurezza del Paziente*”;
- D.D.R. n. 272 dell’11/06/2015: “*Approvazione dei documenti prodotti dal Gruppo di Coordinamento Regionale di Gestione del Rischio Clinico e per la Sicurezza del Paziente in attuazione della DGR 137/2015*”;
- D.G.R. 190 del 09/03/2018: “*Obiettivi di salute e di programmazione sanitaria per le Direzioni Generali delle Aziende ASP, ASM, AOR San Carlo e IRCCS CROB di Rionero In Vulture - Anni 2018-2020*”;
- D.D.G. dell’ASP n. 62 del 31.01.2019: “*Piano Triennale della Performance 2019-2021*”;
- D.D.R. n. 290 del 04.06.2019: “*Adozione del Programma Regionale per la Prevenzione del Rischio Clinico e per la Sicurezza dei Pazienti – Triennio 2019-2021*”;
- D.D. n. 2167 dell’11.07.2019: “*Nomina componenti gruppi di lavoro per la stesura di procedure aziendali relative all’applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali per la prevenzione degli eventi "sentinella", incluse nell’area "sicurezza farmacologica"*”.
- Circolare del Ministero della Salute del 16.03.2020: “*Linee di indirizzo per la rimodulazione dell’attività programmata differibile corso di emergenza da COVID-19*”;
- Documento Tecnico INAIL, Aprile 2020: “*Possibile rimodulazione delle misure di contenimento del contagio da SARS-CoV2 nei luoghi di lavoro e strategie di prevenzione*”
- Informativa ai Lavoratori (SPP e MC Aziendali, 24.04.2020): “*Preinformativa Fase 2*”;
- Circolare del Ministero della Salute dell’01.06.2020: “*Linee di indirizzo per la progressiva riattivazione delle attività programmate considerate differibili in corso di emergenza da COVID-19*”.