



1. PREMESSA

Ogni organizzazione sanitaria rappresenta un sistema complesso la cui attività si esprime attraverso azioni in cui intervengono fattori umani, tecnologici, ambientali, ecc. La complessità tecnico organizzativa delle attività, la molteplicità delle relazioni intra ed interprofessionali, l'invasività delle nuove tecniche e tecnologie di diagnosi e cura, definiscono un sistema che tende a produrre al suo interno condizioni favorevoli al manifestarsi di errori, rendendo il rischio di eventi avversi di fatto ineliminabile.

La gestione del rischio ha lo scopo di contenere e/o evitare gli eventi avversi attraverso un processo sistematico di identificazione, valutazione e trattamento dei rischi, anche potenziali, connessi alle attività che si svolgono.

Uno dei momenti fondamentali per individuare e raggiungere gli obiettivi correlati alla gestione del rischio è quello legato alla raccolta delle informazioni di interesse per la sicurezza attraverso una gestione integrata dei flussi informativi.

L'obiettivo fondamentale è quello di aumentare la sicurezza dei pazienti (ma anche di altri soggetti che interagiscono con l'organizzazione, come operatori e visitatori), riducendo gli eventi avversi prevenibili e, di riflesso, le occasioni di contenzioso.

Il miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie e della sicurezza dei pazienti si fonda su un approccio sistemico che comprende l'adozione di azioni preventive, lo studio degli eventi avversi, l'identificazione ed il controllo delle circostanze e dei fattori che possono facilitare o determinare un danno per il paziente e la progettazione di processi assistenziali appropriati, efficaci ed efficienti.

La Legge 8 Marzo 2017 n. 24 prevede che le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie predispongano una relazione annuale consuntiva sugli accadimenti relativi alla sicurezza delle cure verificatisi, sulle cause che li hanno prodotti e sulle conseguenti iniziative messe in atto; prevede inoltre che la relazione venga pubblicata nel sito internet delle stesse.

Pertanto, nel presente documento sono presentati i risultati relativi al monitoraggio degli accadimenti significativi, le informazioni che possono essere utilizzate per lo studio approfondito delle cause, per il superamento delle criticità evidenziate e per aumentare il livello di sicurezza, nonché le attività per prevenire il riverificarsi di tali eventi. Le attività svolte in Villa Erbosa sono in coerenza con gli indirizzi forniti da Regione Emilia Romagna, Ministero della Salute ed Agenas per l'applicazione delle Raccomandazioni agli operatori e lo sviluppo delle pratiche per la sicurezza dei pazienti.

2. DESCRIZIONE DEL CONTESTO DI RIFERIMENTO

2.1 Breve descrizione dell'azienda e dei luoghi di produzione dei servizi

L'Ospedale Privato Accreditato Villa Erbosa opera per garantire al paziente prestazioni sanitarie di elevato contenuto medico-scientifico. La qualità di servizi e prestazioni fornite, la disponibilità di moderne tecnologie sanitarie ed un'organizzazione efficiente, garantiscono al paziente di trovare soluzioni ai propri bisogni di salute in sicurezza e piena libertà di scelta. Il paziente può rivolgersi con semplicità alla Struttura in tutte le fasi del proprio percorso terapeutico, dalla diagnosi, al ricovero ed, infine, al *follow up*.

Villa Erbosa è una struttura accreditata con il SSN, con Sistema di Gestione Qualità certificato UNI EN ISO 9001 e con adozione del Modello di Gestione, Organizzazione e Controllo ai sensi del D.Lgs. 231/2001. Dispone di 279 posti letto autorizzati per la degenza medica (Medicina Interna, Lungodegenza Medica, Medicina Fisica e Riabilitazione), la degenza chirurgica (Chirurgia Generale, Ginecologia, Oculistica, Ortopedia, Otorinolaringoiatria, Urologia) e per la Terapia Intensiva.

Un edificio principale accoglie le degenze, i blocchi operatori (per un totale di 8 sale operatorie) ed i servizi tecnici e sanitari, quali Diagnostica per Immagini (Radiologia, TC, RM e Diagnostica Senologica), Palestra, Armadio Farmaceutico, bar e cucina con mensa per il personale. Il fabbricato comprende anche una Cappella e il Servizio Mortuario.

Un secondo corpo, collegato al preesistente, dà sistemazione al Laboratorio di Analisi, alla Fisiocinesiterapia ed al Poliambulatorio, autorizzato per numerose branche specialistiche.

Pertanto l'articolazione si può così riassumere:

- ↳ UU.OO. di degenza sia medica sia chirurgica, inclusi blocchi operatori e terapia intensiva,
- ↳ Poliambulatorio con ambulatori medici, chirurgici, endoscopici e servizi di diagnosi e cura.

2.2 Dati di attività e di produzione

Dati di struttura (anno 2019):

Ricoveri Totali	11624
Prestazioni ambulatoriali	121966

Il numero degli interventi chirurgici complessivi effettuati è stato 8376, così distribuiti:

Interventi chirurgici in Ricovero Ordinario	5171
Interventi chirurgici in Ricovero Day Surgery	1037
Interventi chirurgici Ambulatoriali	2168

È opportuno sottolineare che, in una logica di presa in carico e continuità, nell'ambito dei percorsi clinico assistenziali, i degenti ortopedici hanno la possibilità di effettuare, ove necessario, il loro percorso riabilitativo all'interno di Villa Erbosa tramite trasferimento nella specialità di Medicina Fisica e Riabilitazione. Sempre in tale ottica, la Terapia Semintensiva viene intesa – in primis, come servizio a supporto dell'area chirurgica per particolari tipologie di pazienti, in quanto consente di poter offrire un'adeguata assistenza post operatoria a pazienti che necessitano nelle prime 24/48 ore di frequente monitoraggio dei parametri vitali e di interventi diagnostico terapeutici e di nursing mirati.

Villa Erbosa ha diversificato il proprio mix produttivo orientando la propria produzione verso prestazioni a maggior complessità, come si può desumere dalla tipologia dei DRG, di seguito riportati. Infatti la produzione di prestazioni sanitarie che esitano in DRG a maggior complessità ha visto, negli ultimi anni, un importante aumento, peraltro la produzione di prestazioni sanitarie che esitano in DRG a minor complessità risulta in flessione.

DRG di maggior peso prodotti nel 2019	Peso DRG	Casi
496 - Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato	5,1811	89
546 - Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna	5,0089	74
497 - Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con cc	3,8451	57
498 - Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza cc	3,2406	470
545 - Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	2,7175	111
442 - Altri interventi chirurgici per traumatismo con cc	2,6634	3
217 - Sbrigliamento ferita e trapianto cutaneo eccetto mano, per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	2,5978	6
334 - Interventi maggiori sulla pelvi maschile con cc	2,2241	5
520 - Artrodesi vertebrale cervicale senza cc	2,1786	70
544 - Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	2,0283	950

DRG di minor peso prodotti nel 2019	Peso DRG	Casi
284 - Malattie minori della pelle senza cc	0,4238	4
254 - Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza cc	0,4225	24
369 - Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	0,4208	1
251 - Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza cc	0,4164	2
450 - Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età > 17 anni senza cc	0,4109	30

324 - Calcolosi urinaria senza cc	0,4010	4
60 - Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	0,3999	11
426 - Nevrosi depressive	0,3902	6
343 - Circoncisione, età < 18 anni	0,2944	12
451 - Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età < 18 anni	0,2938	2
467 - Altri fattori che influenzano lo stato di salute	0,2583	274

Per quanto riguarda la specialistica ambulatoriale, Villa Erbosa eroga numerose prestazioni delle seguenti branche: Allergologia, Angiologia, Cardiologia, Chirurgia Generale, Dermatologia, Dietologia, Endocrinologia, Fisiatria, Gastroenterologia, Medicina Generale, Medicina del Lavoro, Neurochirurgia, Neurologia, Oculistica, Oncologia, Ortopedia, Ostetricia e Ginecologia, Otorinolaringoiatria, Pneumologia, Psicologia Clinica, Reumatologia, Urologia.

Nel Presidio di Medicina Fisica e Riabilitazione si svolgono percorsi di Fisiokinesiterapia individuali.

Il Laboratorio Analisi consente di svolgere gli esami per un completo inquadramento clinico.

Dati di processo

Ogni prestazione sanitaria è il risultato di una pluralità di interventi sanitari e specialistici in cui diverse figure professionali devono integrarsi, scambiandosi informazioni critiche in modo efficiente ed efficace. Di conseguenza, l'efficacia relazionale e della comunicazione interpersonale ed il grado di collaborazione tra le diverse figure sono fattori essenziali per il buon esito degli interventi e la riduzione dei rischi correlati.

Una buona politica di gestione del personale è il fattore strategico principale da tenere in forte considerazione per assicurare il successo delle attività e dare soddisfazione alla domanda e ai bisogni dell'utenza.

Degli oltre 500 operatori in attività in Villa Erbosa al 31/12/2019, quelli impegnati a livello aziendale nella gestione del rischio clinico sono circa il 35 % Professionisti Medici e oltre il 47 % di altri Professionisti Sanitari nelle diverse professionalità (Biologi, Coordinatori Infermieristici, Farmacista, Fisioterapisti, Infermieri, OSS/OTA, Tecnici di Laboratorio Analisi e di Radiologia Medica).

2.3 Assetto organizzativo aziendale per la gestione del rischio clinico

La Legge 208 del 28 Dicembre 2015 (risk management, art. 1, co. 538-540) prevede che tutte le strutture che erogano prestazioni sanitarie attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario, principio rafforzato dalla Legge 8 Marzo 2017, n.24.

Tale attività deve essere coordinata da personale medico dotato delle specializzazioni in igiene, epidemiologia e sanità pubblica o equipollenti, in medicina legale ovvero da personale dipendente con adeguata formazione e comprovata esperienza almeno triennale nel settore.

Pertanto la Direzione di Villa Erbosa, sulla base della sopraindicata normativa, verificato il possesso dei titoli e delle capacità tecniche e professionali previste, ha individuato e nominato con atto formale il **Risk Manager**.

Villa Erbosa ha messo a punto un modello organizzativo per la sicurezza che vede chiaramente definite le responsabilità di tutte le funzioni interessate.

La Direzione di *Villa Erbosa* persegue l'obiettivo della prevenzione e della sicurezza sul posto di lavoro mediante l'implementazione di un sistema di gestione che si coniuga inscindibilmente e sinergicamente con la gestione del rischio aziendale. È definita la struttura organizzativa per la sicurezza (TU 81/08) che vede chiaramente individuate tutte le funzioni previste dalla normativa cogente e attribuite le relative responsabilità, a garanzia di un adeguato controllo della salute e sicurezza dei lavoratori.

Per Villa Erbosa, **la Gestione del Rischio Clinico** è una funzione strategica, operativa ed attuativa: l'assetto organizzativo distingue quindi più "livelli" di responsabilità, ognuno dei quali è contraddistinto da ruoli e prerogative chiaramente differenziati.



A tal fine, è stata definita l'organizzazione delle diverse componenti della gestione del rischio clinico in **Comitati/Gruppi** di lavoro mirati, presieduti o direttamente dal Direttore Sanitario, oppure da Coordinatori / Referenti. I Comitati / Gruppi sono preposti ad attività di identificazione del rischio clinico e analisi e proposta di interventi migliorativi e si riuniscono periodicamente per analizzare gli aspetti di propria competenza (infezioni ospedaliere, farmacosecurezza, controlli interni attività di ricovero, sorveglianza e controllo legionella, gestione gas medicali, ospedale senza dolore, buon uso del sangue, prevenzione atti di violenza verso operatori, ecc.).

Il Direttore Sanitario periodicamente monitora e verifica lo stato di avanzamento delle attività, che vengono attuate in stretta connessione e collaborazione con la ASSR RER, della quale è stata completamente adottata la metodologia proposta, per ottenere una più stretta omogeneità di dati, di intervento e di ricaduta culturale e formativa.

RSQ fornisce supporto metodologico ai Comitati / Gruppi di lavoro e alle UU.OO. / Servizi attraverso incontri in / formativi dedicati e la diffusione di conoscenze ed esperienze maturate in ambito aziendale, regionale, nazionale, inoltre è componente di alcuni Gruppi aziendali.

Il **livello attuativo** è riferito alla gestione di rischi clinici specifici che rientrano nell'ambito di **responsabilità diretta** del personale medico, infermieristico e sanitario, collocato necessariamente a livello delle singole UUOO / Servizi che erogano le prestazioni.

2.3.1 Composizione, mandato e attività del Board Aziendale per la Sicurezza delle Cure

Gruppo di lavoro **GESTIONE RISCHIO CLINICO**

Gruppo **presieduto dal Direttore Sanitario**, l'attività svolta riguarda i seguenti ambiti:

- ↳ attivazione dei percorsi di audit o altre metodologie finalizzati allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti;
- ↳ rilevazione del rischio di inappropriata nei percorsi diagnostici e terapeutici e facilitazione dell'emersione di eventuali attività di medicina difensiva attiva e passiva;
- ↳ collaborazione nella predisposizione e attuazione di attività di sensibilizzazione e formazione continua del personale finalizzata alla prevenzione del rischio sanitario;
- ↳ collaborazione con le funzioni aziendali preposte alla gestione del contenzioso;
- ↳ collaborazione, laddove necessario, con le funzioni aziendali preposte alla stipula delle coperture assicurative o alla gestione delle misure analoghe come definite dalla L. 24/2017 e s.m.i.;
- ↳ predisposizione di una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto.

2.3.2 Definizione, estensione e attività dei principali Comitati / Gruppi di Lavoro, della Rete dei Referenti di UO/Servizio e rapporto / connessione con altre reti della sicurezza

Gruppo di lavoro **ACCREDITAMENTO FORMAZIONE QUALITÀ**

Gruppo **coordinato da RSQ**, qualificato per seguire le fasi di implementazione del Sistema Qualità progettato e sviluppato c/o Strutture Sanitarie ai fini di Accreditamento e valutarlo, su incarico e secondo le procedure definite dall'Autorità Regionale.

Il Gruppo è composto da tutte le funzioni aziendali di primo livello della struttura organizzativa, che supportano lo sviluppo di processi di miglioramento della qualità e di cambiamento organizzativo.

Le riunioni possono prevedere, in base allo specifico argomento, la partecipazione della Direzione Aziendale.

Alcuni componenti, sulla base della struttura organizzativa aziendale, sono individuati quali Dirigenti o Preposti ai sensi del D.Lgs. TU 81/2008 (anche RSPP partecipa agli incontri), altri, in base al proprio profilo professionale e al ruolo ricoperto, sono referenti a livello di reparto/servizio per la gestione del rischio, incluso controllo e sorveglianza del rischio infettivo e per la gestione del dolore, in attuazione della Legge n. 38/2010.

In base alle attività da svolgere vengono forniti contenuti specifici sulla normativa o documentazione aziendale di riferimento (Autorizzazione Sanitaria / Accreditamento Istituzionale, ISO 9000, Privacy, TU 81/08, D.Lgs. 231/01, gestione del rischio, riferimenti regionali, ecc).



La comunicazione nel gruppo è impostata in modo aperto e partecipato, con un'alta propensione all'ascolto, gli incontri si configurano soprattutto come strumento di comunicazione e di integrazione tra le diverse funzioni per la diffusione al personale tutto di informazioni pertinenti ad attività specifiche, inclusi i relativi risultati.

Gli incontri mensili sono accreditati ECM per tutte le professioni sanitarie, si possono prevedere ulteriori incontri su necessità.

Gruppo di lavoro **SI.CURE**

Nato nel 2003 (ex CRM) ai fini di effettuare l'analisi e la valutazione del rischio specifico e generico presente in Struttura e perseguire i progetti di miglioramento, con il **coinvolgimento dei Responsabili dei Settori** di volta in volta interessati, unitamente a **componenti fissi** del Gruppo di lavoro Gestione Rischio Clinico, persegue i seguenti obiettivi:

- ↳ implementazione del programma aziendale di gestione del rischio
- ↳ adesione a progetti regionali
- ↳ miglioramento e potenziamento del sistema qualità e accreditamento

In accordo alle indicazioni nazionali (DM 70/2015) e regionali (Linee di programmazione SSR) si occupa di alcuni temi afferenti alla Sicurezza delle cure, dei quali i principali sono:

- Monitoraggio di efficacia, appropriatezza e sicurezza delle cure
- Segnalazione eventi sentinella, in accordo al Protocollo del Ministero della Salute
- Applicazione raccomandazioni per la sicurezza ed adesione al monitoraggio regionale specifico
- Utilizzo SSCL (Check list di Sala Operatoria)
- Prevenzione delle cadute in ospedale
- Prevenzione delle lesioni da pressione

Verifiche della Sicurezza

In linea alle indicazioni della DGR 884/2013 (requisito 6.3), attraverso azioni sistematiche di verifica della sicurezza, è possibile effettuare l'identificazione dei fattori causali e/o contribuenti degli eventi avversi.

Il metodo consiste in "visite" che professionisti rappresentanti dell'area Gestione Rischio Clinico, del Servizio di Prevenzione e Protezione e della Direzione effettuano per far emergere nelle diverse articolazioni organizzative le varie problematiche legate alla sicurezza degli operatori e delle cure, individuare ed adottare le relative misure di contenimento e prevenzione, connettendo competenze ed esperienze diversificate, nello specifico:

- promuovendo la connessione tra le reti della sicurezza;
- stimolando un approccio etico al tema della sicurezza;
- promuovendo la conoscenza e l'applicazione delle Raccomandazioni per la sicurezza delle cure e delle buone pratiche per la sicurezza degli operatori ed evidenziare le problematiche correlate alla loro applicazione.

Gruppo di Lavoro **Prevenzione Violenza a danno degli Operatori Sanitari**

Il Gruppo di lavoro multidisciplinare PREVIOS, **coordinato dal Direttore Sanitario**, valuta gli ambienti di lavoro, il contesto organizzativo/lavorativo, la tipologia di utenza, le attività e le prestazioni erogate al fine di individuare i fattori di rischio, esistenti o potenziali, che aumentano la probabilità di occorrenza di episodi di violenza a danno degli operatori sanitari e le azioni preventive maggiormente efficaci da adottare.

Componenti del Gruppo sono il Responsabile Servizio di Prevenzione e Protezione, il Delegato del Datore di Lavoro per Salute e Sicurezza, il Coord. Inf. del reparto individuato a maggior rischio, il Responsabile Gestione Personale ed il Referente Area Tecnica.

Annualmente, in collaborazione con il SPP, il Gruppo predisponde una valutazione statistica relativa all'andamento del fenomeno nell'anno, strettamente collegata all'Analisi degli infortuni.

Gruppo **Significant Event Audit (SEA)**

Gruppo multidisciplinare e multiprofessionale, **presieduto dal Direttore Sanitario**, costituito in linea alle indicazioni della normativa regionale (DGR 884/2013), che si riunisce al verificarsi di eventi clinici considerati significativi.

I singoli eventi vengono analizzati tramite indagine interna in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure, individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri e stabilire se soddisfano i criteri per essere definiti eventi sentinella.

In base alla tipologia degli incidenti occorsi, possono venire coinvolte professionalità interne specifiche.



Comitato **Controlli Interni sulle prestazioni di ricovero**

Comitato costituito ai sensi della normativa regionale, al quale la **Direzione Aziendale** di Villa Erbosa ha delegato la responsabilità delle attività di **controllo sanitario interno sulle prestazioni di ricovero**; è composto da un Coordinatore Infermieristico, un Medico e un Impiegato, tutti i professionisti possiedono formazione specifica documentata.

Il Comitato svolge le attività di controllo sanitario interno in coerenza con la normativa vigente e contribuisce al raggiungimento dell'obiettivo del 10 % annuo. I controlli interni sono obiettivi vincolanti delle strutture private accreditate.

La responsabilità dell'organizzazione dei controlli, della loro effettuazione, del raggiungimento dei risultati della pianificazione degli stessi sono definite nella vigente normativa.

I controlli interni prescindono dalla residenza del paziente e riguardano:

1. i controlli di completezza e qualità della cartella clinica (tenuta e completezza della documentazione clinica),
2. i controlli di congruità (la corretta codifica delle variabili amministrative, delle diagnosi e di interventi e procedure, coerentemente con le indicazioni regionali),
3. i controlli di appropriatezza organizzativa (DRG potenzialmente inappropriati).

Comitato **Infezioni Ospedaliere** - Nucleo Strategico

Gruppo multidisciplinare istituito nel 2003, e successivamente rivisto ai sensi della DGR 318/2013, è **presieduto dal Direttore Sanitario** e composto da medici, biologa, farmacista, coordinatori infermieristici, infermieri, si riunisce almeno 3 volte l'anno, con il compito di elaborare e proporre alla Direzione Generale strategie di intervento per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza e per l'uso responsabile di antibiotici.

Ha inoltre il compito di predisporre report periodici sullo stato di avanzamento delle attività e una relazione consuntiva annuale sui risultati ottenuti in riferimento agli obiettivi definiti.

Gli interventi sono garantiti da due gruppi operativi con responsabilità specifiche, che operano in modo integrato fra di loro e con le diverse funzioni afferenti alla gestione del rischio.

Nucleo operativo per l'uso responsabile di antibiotici

Gruppo multidisciplinare, **il cui referente è un Medico**, con il compito di proporre e attuare le misure di gestione del rischio infettivo per quanto concerne le strategie aziendali di governo dell'uso responsabile di antibiotici e di rendicontare sui risultati raggiunti.

Nucleo operativo per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza

Gruppo multidisciplinare, **il cui referente è un Medico**, con il compito di proporre e attuare le misure decise di gestione del rischio infettivo per quanto concerne il controllo delle infezioni e di rendicontare sui risultati raggiunti.

Gruppo di Lavoro **controllo Legionellosi**

Ai sensi della DGR 828/2017 indicante le linee guida regionali per la sorveglianza e il controllo della legionellosi è stato istituito un **gruppo di lavoro multidisciplinare** con il compito di definire il programma di controllo della legionellosi correlata all'assistenza in Struttura e opera in stretta collaborazione con il CIO.

Il Programma di controllo della legionellosi, definito annualmente, affronta i seguenti principali argomenti:

- A) Valutazione del rischio in Struttura,
- B) Individuazione di interventi volti alla prevenzione e al controllo (compresa la definizione delle procedure da attuare in presenza di casi correlati all'assistenza) della malattia e relativi livelli di responsabilità
- C) Interventi di formazione specifica.

Ospedale senza Dolore

Gruppo, **il cui referente è un Medico Anestesista**, con il compito di diffondere la cultura del trattamento del dolore in linea alle indicazioni nazionali e regionali (Legge 15 marzo 2010, n. 38).

Promuove azioni di miglioramento continuo dei processi di trattamento del dolore acuto e cronico, nelle differenti sindromi cliniche, in ogni area di ricovero, secondo principi di buona pratica clinica.

In particolare:

- sostiene attività e definisce protocolli operativi per una gestione integrata della terapia del dolore,
- rileva e analizza le modalità con cui la pratica clinica affronta la tematica,
- effettua il monitoraggio del consumo di oppiacei e dell'utilizzo appropriato dei farmaci in linea al prontuario terapeutico regionale,
- promuove eventi formativi e la partecipazione a percorsi formativi regionali e interaziendali sul trattamento del dolore ai fini di rendere condivisa la cultura, l'impegno e la pratica della lotta al dolore,
- promuove la partecipazione alla giornata del sollievo, con distribuzione di materiale informativo e attuazione di indagini conoscitive per la rilevazione della percezione degli utenti al trattamento del dolore.

Buon Uso del Sangue

Il Gruppo, in stretta collaborazione con il Comitato Ospedaliero per il Buon Uso del Sangue dell'Azienda USL di Bologna, verifica, presso i reparti, l'attuazione delle indicazioni nazionali e regionali relative alla sicurezza trasfusionale.

In particolare:

- Segue i protocolli operativi definiti dal COBUS della AUSL di Bologna.
- Diffonde le Raccomandazioni per il buon uso del sangue del COBUS AUSL Bologna.
- Effettua il monitoraggio della pratica trasfusionale nei singoli reparti.
- È coinvolto nella verifica sulla corretta gestione della frigoemoteca.
- Promuove gli obiettivi aziendali per il Buon Uso del Sangue.

Inoltre, ai sensi del DM 1 settembre 1995, che disciplina i rapporti tra le strutture pubbliche provviste di servizi trasfusionali e quelle pubbliche e private, accreditate e non accreditate, dotate di frigoemoteche, è stato nominato un **Medico referente** per lo sviluppo delle attività inerenti la promozione della donazione autologa, dell'autotrasfusione e del buon uso del sangue, emocomponenti ed emoderivati.

Gruppo di Lavoro Gas Medicali

In linea alle indicazioni della normativa nazionale e regionale, le funzioni incaricate operano al fine di garantire la disponibilità di impianti di distribuzione di gas medicali sicuri e affidabili e il loro uso e funzionamento efficienti, per tutelare la sicurezza dei pazienti attraverso la continuità dell'erogazione, minimizzando il rischio clinico.

Il Gruppo definisce e garantisce nel tempo un sistema omogeneo di gestione dei gas medicinali, fornendo un indirizzo sul sistema organizzativo e sulle modalità di esecuzione dei controlli tecnici e di qualità sui gas medicinali prodotti, acquistati, stoccati e distribuiti in Struttura, al fine di garantire una somministrazione sicura al paziente.

3. SCHEDE DESCRITTIVE STRUMENTO / FONTE INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO

SCHEDE DESCRITTIVE DELLO STRUMENTO / FONTE INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO	
Tipologia	Incident Reporting
Letteratura / Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> → DM 2 Aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizioni degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" (standard generali di qualità per i presidi ospedalieri – gestione del rischio clinico) → Legge di Stabilità 2016 (Legge n. 208 del 28 Dicembre 2015, art. 1 comma 539) → DGR 1943/2017 "Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'Accreditamento delle Strutture Sanitarie" (6° Criterio Appropriatazza clinica e sicurezza) → Raccomandazione n.13 per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie. Ministero della salute → Linee di indirizzo Regione Emilia-Romagna su prevenzione e gestione delle cadute del paziente in ospedale
Descrizione dello strumento/fluxo informativo	<p>Definizione L'<i>Incident Reporting</i> è un sistema di segnalazione, nato nelle organizzazioni ad alto rischio e successivamente adattato al contesto sanitario. Lo strumento consente ai professionisti sanitari di descrivere e comunicare eventi avversi – definiti come danni involontari causati dal sistema sanitario o dalla malattia del paziente (Brennan et al., 1991) - e cosiddetti <i>near miss</i> - definiti come "eventi evitati" associati ad errori con la potenzialità di causare un evento avverso, che però non si verifica per effetto del caso o perché intercettato o perché non comporta effetti indesiderati per il paziente (Ministero della Salute, 2007).</p> <p>Obiettivi La raccolta sistematica delle informazioni inerenti gli eventi e/o quasi eventi e la periodica lettura e interpretazione delle segnalazioni consente di creare "massa critica" per promuovere la conoscenza di rischi presenti o potenziali all'interno delle strutture sanitarie e di accrescere quindi la consapevolezza di aree critiche dell'organizzazione, sia a livello locale che centrale. Lo scopo principale di questo sistema di segnalazione volontaria (così come di altri sistemi basati sullo stesso principio) è quello di apprendere dall'esperienza (<i>learning</i>), di acquisire informazioni indispensabili per la gestione del rischio e di adottare misure idonee a ridurre e/o a prevenire il ripetersi degli eventi.</p>



	<p>Un limite intrinseco dello strumento, legato alla volontarietà delle segnalazioni, è la sottostima o la sovrastima degli eventi, a seconda della “sensibilità” del segnalatore. Ma l’<i>Incident Reporting</i> non ha finalità epidemiologiche e le segnalazioni raccolte non possono in alcun modo essere considerate valide per stimare l’incidenza o la prevalenza degli eventi medesimi.</p> <p>I dati raccolti sono quindi da leggere con una certa cautela e con una prospettiva chiara: un elevato numero di segnalazioni (di eventi o <i>near miss</i>) non indica un minore livello di sicurezza garantito da quell’Azienda o da quel Dipartimento, e viceversa un numero ridotto di segnalazioni non corrisponde necessariamente a un elevato livello di sicurezza. In entrambi i casi, infatti, entra in gioco la propensione alla segnalazione, a sua volta influenzata da elementi come la diffusione della cultura della non colpevolizzazione del singolo professionista, la solidità del sistema delle segnalazioni e la capacità di apprendimento dell’organizzazione.</p> <p>In definitiva, l’<i>Incident Reporting</i> è da intendersi da un lato come uno strumento di apprendimento continuo, utile a implementare azioni di cambiamento favorevoli (come iniziative formative, diffusione di procedure e soluzioni, miglioramento del clima lavorativo, ecc.), dall’altro come una spia di allarme di un sistema con la capacità di intercettare (almeno) una parte degli eventi avversi.</p> <p>Fonte: Dossier ASSR n. 250 / 2015, pagg. 15 e 16</p>
<p>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</p>	<p>Il sistema di rilevazione degli incidenti segnalati tramite scheda Incident Reporting è applicato in tutte le UU.OO. / Servizi di Villa Erbosa. Sono utilizzate la scheda generale e la scheda di Anestesia; la Diagnostica per Immagini ed il Laboratorio Analisi utilizzano la scheda Generale.</p> <p>Nell’anno 2019 la tipologia degli eventi/quasi eventi segnalati tramite scheda <i>Incident Reporting</i> è stata in grande percentuale relativa a cadute (87 %), all’intero processo di gestione farmaci (3 %) e ad altri eventi, tra i quali i più significativi sono allontanamento paziente e violenza su operatore.</p> <p>La percentuale di cadute riferite alle giornate di degenza è pari a 0,16 %, rispetto al numero di ricoveri è pari a 1,08 %. I trend sono in linea rispetto agli anni precedenti, il fenomeno appare contenuto.</p> <p>Del totale degli eventi segnalati il 12 % ha avuto esito minore (<i>near miss</i> o evento senza danno), 88 % esito medio (ulteriori visite, trattamenti, indagini diagnostiche, ecc.).</p> <p>Tra le cause ovviamente sono presenti prevalentemente quelle riconducibili alle segnalazioni di cadute (fattori correlati al paziente ed errori umani di vigilanza) oltre ad errori umani relativi ad azioni e verifica.</p>
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>→ <i>Cadute</i></p> <p>L’osservazione dell’evento caduta di paziente rientra nelle attività previste dal Piano Programma per la Sicurezza delle Cure e la Gestione del Rischio 2017 - 2019, al fine di monitorare l’applicazione del Piano aziendale per la Prevenzione e la Gestione delle Cadute, che implementa le Linee di Indirizzo Regionali per la prevenzione e la gestione dell’evento caduta di paziente in ospedale.</p> <p>In riferimento a questo tema, anche sulla base dell’analisi delle Schede descrizione cadute, negli ultimi anni sono state sviluppate molteplici iniziative, quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ <u>attività formativa specifica</u> per gli operatori e sensibilizzazione continua dei partecipanti agli incontri del Gruppo Qualità nel prestare la massima attenzione alla prevenzione dell’evento caduta, ⇒ <u>revisione di documentazione aziendale</u> (incluso il recepimento della indicazione RER sulla comunicazione dell’evento sentinella cadute in caso di esito maggiore e delle Linee di Indirizzo RER), ⇒ <u>incontri specifici</u> con le diverse funzioni aziendali, ⇒ acquisto di <u>letti ad altezza variabile</u>, in percentuale superiore al 90 % sul totale dei posti letto, ⇒ sostituzione delle sedie per il totale dei posti letto con <u>sedie dotate di braccioli</u>. <p>L’analisi delle cause di caduta costituisce un elemento importante nella rilevazione del <u>fabbisogno formativo</u> per la predisposizione del Piano di formazione annuale.</p> <p>Villa Erbosa ha aderito al <u>Progetto ”Osservatorio Regionale sui Nursing Sensitive Outcome”</u>, relativamente all’outcome sulle cadute, indicando una figura aziendale di riferimento e inserendo tra gli obiettivi specifici un focus.</p>



Infatti il recepimento delle Linee di indirizzo regionali sulla prevenzione cadute del dicembre 2016 ha costituito un obiettivo specifico aziendale. I referenti aziendali hanno partecipato al corso regionale previsto nel primo semestre 2017 e, sempre seguendo le indicazioni RER, a partire dal secondo semestre sono stati formati sia i facilitatori attraverso anche un corso residenziale tenuto dai referenti aziendali, sia tutti i professionisti sanitari interessati tramite FAD regionale.

Da novembre 2017, sempre su indicazione regionale, è stato svolto un audit clinico per il monitoraggio dell'implementazione delle Linee di Indirizzo, che si è concluso nel mese di ottobre 2018. Dall'inizio dell'effettuazione dell'audit è stata adottata una scheda multifattoriale di rischio cadute, utilizzata in parallelo alla scheda di Conley e sostituita con la revisione della procedura aziendale di gestione delle cadute in applicazione dal mese di maggio 2018.

Nel primo semestre 2018 è stato predisposto il Piano Aziendale per la Prevenzione delle Cadute, sempre a recepimento delle indicazioni regionali.

Anche nel 2019 è proseguita la formazione dei professionisti sanitari tramite FAD regionale.

Tra le attività di miglioramento si evidenziano la formazione e la sensibilizzazione di tutto il personale, che devono mirare a sviluppare migliori processi di comunicazione al fine di integrare le diverse competenze per raggiungere l'obiettivo di una sempre più puntuale gestione del paziente a rischio, sotto il profilo sanitario (farmaci – posologia - tempi di somministrazione) e assistenziale, anche in ragione del notevole carico assistenziale in alcuni reparti a rischio.

È inoltre importante proseguire nelle azioni di ottimizzazione del processo di compliance del paziente e/o suo familiare per la prevenzione dell'evento caduta, grazie anche ad una corretta educazione sanitaria sia al paziente sia al familiare/caregiver attraverso la continuativa attività di in/formazione e la consegna e/o messa a disposizione del materiale illustrativo e l'apposizione di locandine presso le diverse articolazioni della struttura.

Non ultimo, si prosegue l'opera di sensibilizzazione verso i Medici ai fini di un pronto ritorno informativo alla Struttura su un eventuale aggravamento dello stato di salute del paziente correlato alla caduta stessa.

Ai fini di valutare l'efficacia delle azioni intraprese e valorizzare gli eventuali risultati, è previsto un reaudit sul tema secondo le tempistiche indicate dalla Regione.

→ Eventi correlati al processo di gestione farmaci

Nel 2019 sono stati segnalati alcuni eventi rientranti nel processo di gestione dei farmaci.

In base alle segnalazioni tramite scheda di IR relativa agli anni precedenti, è stata effettuata un'analisi del rischio del processo della gestione dei farmaci attraverso lo strumento della FMEA/FMECA.

Trattandosi di un processo complesso e composto da diverse fasi, come illustrato nella procedura aziendale, si è ritenuto di comprendere nell'analisi la gestione clinica del farmaco, dalla fase di prescrizione, passando per la preparazione e somministrazione, fino alla registrazione di avvenuta somministrazione.

Tutte le azioni pianificate a seguito dell'analisi, esplicitate nella relazione conclusiva, sono state portate a termine.

In particolare è stata completata l'attività relativa alle modifiche del Foglio Unico di Terapia, sul quale è stato fatto uno studio anche in base alle necessità emerse in corso di analisi.

Ai fini di meglio definire i contenuti, le caratteristiche ed i criteri per la compilazione ed il corretto utilizzo del Foglio Unico di Terapia come parte integrante della cartella clinica, nei primi mesi del 2019 sono state fornite a tutti i professionisti di pertinenza (Medici e personale tecnico-infermieristico) indicazioni operative specifiche in tema di gestione clinica dei farmaci (appropriatezza e responsabilità della prescrizione, responsabilità ed adeguatezza della somministrazione, della preparazione, approvvigionamento, distribuzione e conservazione dei farmaci, gestione delle scorte, smaltimento dei prodotti scaduti, ecc.) attraverso l'"Istruzione Operativa per la corretta compilazione del Foglio Unico Terapia".

Questa specifica attività è rientrata nel più ampio percorso di monitoraggio dell'intero processo di gestione farmaci, così come l'aggiornamento della Procedura



aziendale di gestione farmaci / dispositivi medici / reagenti e la redazione ex-novo di una Istruzione Operativa per la gestione in sicurezza dei farmaci stupefacenti.

Nel corso di tutto il 2019, inoltre, sono state implementate azioni omogenee e condivise in tutte le UU.OO. rispetto alla gestione/localizzazione dei farmaci LASA, i verbali sono conservati anche presso la Farmacia Interna.

I temi, trattati anche negli incontri formativi Qualità e Accreditamento, saranno attenzionati nel corso di tutto il 2020, ai fini di una valutazione dell'efficacia dell'attività svolta.

→ *Eventi correlati ad atti di violenza su operatori*

Vedere scheda "Sicurezza degli operatori e dell'ambiente di lavoro".

→ *Eventi correlati al processo di gestione allontanamento del paziente preso in carico dalla Struttura*

In base alle segnalazioni tramite scheda di IR relative agli anni 2016-2017, è stata effettuata, a partire dal mese di novembre 2017, un'analisi del rischio dell'intero processo di gestione allontanamento paziente, attraverso lo strumento della FMEA/FMECA; tra le attività svolte, in particolare, è risultato necessario redigere un documento aziendale più chiaro e dettagliato del precedente.

Poiché il processo di gestione di episodi di Allontanamento è un processo che coinvolge molteplici figure, su diversi livelli ed ambiti aziendali, la redazione di un documento aziendale ha permesso di descrivere con precisione ogni fase, definendone tempistiche e responsabili.

L'analisi degli eventi occorsi nel 2018 e nel 2019 ha evidenziato il rispetto delle regole descritte nella procedura aziendale in applicazione dal mese di marzo 2018.

Nell'aprile 2019 il gruppo di lavoro ha provveduto ad effettuare una rivalutazione del processo, rispetto agli episodi di allontanamento verificatisi nel 2018. Grazie alle indicazioni contenute nella procedura aziendale il personale ha potuto identificare i pazienti allontanati e mettere in atto tempestivamente tutte le azioni volte al ritrovamento.

L'attenzione nei reparti rimane alta e si sottolinea l'importanza di rendere la comunicazione tra professionisti e pazienti il più efficace possibile, così da poter prevenire gli episodi di allontanamento dalla struttura.

Nel secondo semestre 2019 si sono verificati alcuni episodi di allontanamento dal reparto di degenza di Medicina Interna, che accoglie pazienti provenienti da PS cittadini (rete assistenziale metropolitana). Episodi che si possono attribuire a particolari condizioni di fragilità dei pazienti (demenza, wondering, stato confusionale) che, nonostante siano state indagate come rischio, non hanno potuto portare al trasferimento dei pazienti in strutture più idonee ad accoglierli.

A questo proposito, per maggior sicurezza, nel mese di Gennaio 2020 in Villa Erbosa si è provveduto ad allarmare tutte le porte di accesso alle scale di emergenza in tutti i piani.

Valutazione risultati e prospettive future

L'*Incident Reporting* è un sistema di segnalazione su base volontaria che consente ai professionisti sanitari di descrivere e comunicare gli eventi avversi, con o senza danno, e i quasi eventi.

Attraverso l'identificazione delle aree critiche e la riflessione sui fattori che hanno contribuito a generare gli eventi segnalati, è possibile creare "massa critica" per l'apprendimento organizzativo, facendo crescere la consapevolezza dei professionisti e la loro capacità di acquisire e utilizzare informazioni indispensabili per la gestione del rischio e la messa in atto di azioni di miglioramento.

Prosegue l'attività di sensibilizzazione intrapresa, che ha portato a una maggiore capacità nel riconoscere gli eventi o quasi eventi, pur rimanendo differenze tra le Unità Operative nell'utilizzo dello strumento.

L'elemento di miglioramento più importante, infatti, si raffigura nella presa di coscienza da parte degli operatori che, nel corso di riunioni formalizzate, analizzano le possibili cause degli eventi, coinvolgendo tutti gli attori, al fine di risolvere le criticità evidenziate.

Per quanto riguarda l'utilizzo dello strumento a livello preventivo, al fine di ridurre la vulnerabilità del sistema, si ravvisa la necessità di proseguire nella integrazione con il SSL.



Infatti l'ultima revisione del documento aziendale di gestione infortunio, che descrive il percorso da seguire, le responsabilità specifiche, i servizi da coinvolgere e le modalità operative cui attenersi in caso di infortunio che coinvolga un lavoratore, contempla anche il quasi infortunio, facendo proprio il concetto di *near miss* introdotto dal sistema di segnalazione *Incident Reporting*, identificando un evento, correlato all'attività lavorativa, che avrebbe potuto causare un infortunio o danno alla salute (malattia) o morte ma, solo per puro caso, non lo ha prodotto. Un evento quindi che ha in sé la potenzialità di produrre un infortunio. Anche queste segnalazioni sono considerate parte del monitoraggio periodico degli infortuni.

SCHEDA DESCRITTIVA DELLO STRUMENTO / FONTE INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO

Tipologia	Eventi Sentinella e Monitoraggio Raccomandazioni Ministeriali
Letteratura / Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> → <i>Accordo Stato Regioni del 2008. Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure</i> → <i>Ministero della Salute. Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella - Luglio 2009</i> → <i>Decreto Ministeriale 11 Dicembre 2009. Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES)</i> → <i>Ministero della Salute. Linee guida per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in sanità - Giugno 2011</i> → <i>DGR 884/2013 Recepimento dell'intesa sancita ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5 Giugno 2003, N. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome sul documento recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento", in attuazione dell'articolo 7, comma 1, del nuovo patto per la salute per gli anni 2010-2012 ⇒ Criterio 6 – appropriatezza clinica e sicurezza</i> → <i>D.M. 2 aprile 2015, n. 70 Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera</i> → <i>Legge 208/2015 (risk management, art. 1, co. 538-540)</i> → <i>Determina 17868 del 15/12/2015</i> → <i>Lettera Regionale ER prot. PG/2016/91169 del 12.02.2016 "Comunicazione relativa alla segnalazione di eventi sentinella"</i> → <i>Circolare RER prot. PG/2016/106553 del 18.02.2016 relativa ai criteri per la definizione dell'evento sentinella "caduta di paziente"</i> → <i>Circolare RER prot. PG/2016/383095 del 24.05.2016 relativa alle istruzioni operative per la segnalazione degli accadimenti relativi a danno degli operatori sanitari</i> → <i>Circolare RER prot. PG/2016/514225 del 06.07.2016 relativa alle nuove schede SIMES C e D</i>
Descrizione dello strumento/flusso informativo	<p>Definizione Il Ministero definisce evento sentinella un evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione. È quindi da considerarsi sentinella quell'evento che determina esiti o condizioni cliniche che comportano cambiamenti nel processo assistenziale, quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ Morte ☞ Disabilità permanente ☞ Coma ☞ Stato di malattia che determina prolungamento della degenza o cronicizzazione ☞ Trauma maggiore conseguente a caduta di paziente ☞ Trasferimento ad una unità semintensiva o di terapia intensiva ☞ Reintervento chirurgico ☞ Rianimazione cardio respiratoria ☞ Richiesta di trattamenti psichiatrici e psicologici specifici in conseguenza di tentativi di suicidio ☞ Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0 ☞ Altro (ad esempio Trattamenti terapeutici con ulteriori farmaci che non sarebbero stati altrimenti necessari, Richiesta di indagini diagnostiche di maggiore complessità, Traumi e fratture). <p>Obiettivi Il Ministero intende aumentare la sicurezza dei pazienti nelle strutture sanitarie a garanzia dei LEA tramite le seguenti azioni:</p>



	<ul style="list-style-type: none"> ↳ a livello centrale: <ul style="list-style-type: none"> ○ raccolta ed analisi delle segnalazioni riguardanti gli eventi sentinella ○ elaborazione e disseminazione di Raccomandazioni specifiche rivolte a tutte le strutture sanitarie ○ valutazione dell'implementazione delle Raccomandazioni da parte delle strutture sanitarie ○ ritorno informativo alle strutture sanitarie ↳ a livello locale <ul style="list-style-type: none"> ○ raccolta delle segnalazioni riguardanti gli eventi sentinella ○ analisi delle cause e dei fattori contribuenti e determinanti per l'accadimento degli eventi stessi ○ individuazione ed implementazione delle azioni preventive ○ verifica dell'effettiva implementazione delle azioni preventive e della loro efficacia sul campo
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Nell'anno 2019 non sono stati segnalati eventi sentinella.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	<p>Ai fini tenere attivo il sistema di monitoraggio delle raccomandazioni applicabili, in un'ottica di prevenzione, nel mese di Dicembre Villa Erbosa ha partecipato al monitoraggio Agenas 2019 con la compilazione di questionari e griglie presenti sull'applicativo Agenas e l'invio delle relative procedure aziendali applicate, entro i termini previsti, con successiva validazione della regione.</p> <p>Il monitoraggio ha anche la finalità di supporto al miglioramento continuo della qualità e della sicurezza delle cure e prevede la compilazione di un questionario di autovalutazione del livello di implementazione di ciascuna raccomandazione ministeriale e della check list per la sicurezza in sala operatoria, supportato da relative griglie.</p>
Valutazione risultati e prospettive future	L'adesione al monitoraggio delle raccomandazioni ministeriali applicabili effettuato tramite questionario Agenas ha evidenziato un buon livello di implementazione aziendale delle stesse, che risultano recepite e applicate in Villa Erbosa, anche attraverso la stesura di documenti aziendali che regolano le diverse attività.

SCHEDA DESCRITTIVA DELLO STRUMENTO / FONTE INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO

Tipologia	Dispositivovigilanza
Letteratura / Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> → D.Lgs. 46/97 Attuazione della direttiva 93/42/CEE, concernente i Dispositivi Medici → Circolare del Ministero della Salute 27 luglio 2004 Vigilanza sugli incidenti con Dispositivi Medici → Decreto Ministeriale 15 novembre 2005 Approvazione dei modelli di scheda di segnalazioni di incidenti o mancati incidenti che coinvolgono dispositivi medici e dispositivi medico-diagnostici in vitro → Linee di indirizzo in materia di vigilanza sui dispositivi medici, sui dispositivi medici impiantabili attivi e sui dispositivi medico-diagnostici in vitro - Commissione Regionale Dispositivi Medici Regione Emilia Romagna, Settembre 2009 → Linee di indirizzo in materia di vigilanza sui dispositivi medici impiantabili attivi e sui dispositivi medico-diagnostici in vitro - Commissione Regionale Dispositivi Medici - Maggio 2013 → Lettera RER prot. PG/2014/422938 del 11/11/2014 relativa al trattamento delle protesi ortopediche a seguito di espanto
Descrizione dello strumento/flusso informativo	<p>Definizione</p> <p>La precoce individuazione del rischio associato all'utilizzo dei Dispositivi Medici è una strategia necessaria per migliorare la sicurezza dei pazienti e degli operatori sanitari.</p> <p>Per Dispositivo Medico si intende qualsiasi strumento, apparecchio, impianto, sostanza o altro prodotto, utilizzato da solo o in combinazione (compreso il software informatico impiegato per il corretto funzionamento) e destinato dal fabbricante ad essere impiegato nell'uomo a scopo di diagnosi, prevenzione, controllo, terapia o attenuazione di una malattia; di diagnosi, controllo, terapia, attenuazione o compensazione di una ferita o di un handicap; di studio, sostituzione o modifica dell'anatomia o di un processo fisiologico; di intervento sul concepimento, il quale prodotto non eserciti l'azione principale, nel o sul corpo</p>



	<p>umano, cui è destinato, con mezzi farmacologici o immunologici né mediante processo metabolico ma la cui funzione possa essere coadiuvata da tali mezzi.</p> <p>La Regione Emilia Romagna ha individuato tra le competenze della Commissione Regionale dei Dispositivi Medici il tema della promozione e dello sviluppo della vigilanza sui Dispositivi Medici che si realizza attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ il coordinamento della rete dei Referenti aziendali; ↳ la sensibilizzazione degli operatori sanitari al fine di aumentare la qualità e la numerosità delle segnalazioni anche attraverso un periodico e sistematico ritorno informativo; ↳ la gestione di un registro regionale informatizzato delle segnalazioni di incidente e mancato incidente. <p>Obiettivi</p> <p>L'obiettivo del sistema di vigilanza è quello di incrementare la protezione della salute e la sicurezza dei pazienti, degli utilizzatori e di altri riducendo la possibilità che lo stesso tipo di incidente dannoso si ripeta in luoghi diversi in tempi successivi.</p> <p>Tale obiettivo è raggiungibile attraverso la valutazione degli incidenti segnalati e, se del caso, la divulgazione delle informazioni al fine di prevenire altri incidenti dello stesso tipo.</p> <p>Al Ministero della Salute compete la classificazione e la valutazione dei dati riguardanti gli incidenti che possono causare o hanno causato la morte o un grave peggioramento dello stato di salute del paziente o di un utilizzatore.</p> <p>L'esito dell'attività di monitoraggio può consistere in uno spontaneo ritiro dal commercio del Dispositivo Medico da parte del fabbricante o del suo mandatario o nell'adozione di provvedimenti da parte del Ministero della Salute.</p>
<p>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</p>	<p>Nel 2019:</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ non sono state trasmesse al Ministero della Salute e alla Regione Emilia Romagna schede di "Rapporto di incidente o mancato incidente da parte di operatori sanitari"; ↳ sono state inviate ai fabbricanti n. 2 schede di "Segnalazione di reclamo" per difetti del dispositivo rilevati prima dell'utilizzo o manifestatisi in assenza del paziente; ↳ relativamente agli avvisi di sicurezza sul campo (FSCA), sono pervenute alla Farmacia 5 segnalazioni e nessuna notifica da parte delle ditte.
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>Le segnalazioni di reclamo ai fabbricanti, rilevate prima dell'utilizzo o in assenza del paziente, non hanno pertanto avuto conseguenze per il paziente stesso.</p> <p>Per ognuna delle segnalazioni di avviso di sicurezza sul campo è stato eseguito quanto specificamente richiesto.</p> <p>Per quanto riguarda <u>l'attività di recall su protesi impiantate</u> sono state recepite le indicazioni della Circolare RER nr. 8 del 25.07.2016 riguardante il monitoraggio impianti protesi MoM.</p> <p>L'attuazione del protocollo di sorveglianza è iniziata nel mese di Ottobre 2018, in seguito ad un primo incontro con i responsabili dei servizi interessati, durante il quale sono state individuate e definite le modalità operative di attuazione dello stesso.</p> <p>La Direzione Sanitaria nel Gennaio 2019 ha predisposto una "Relazione attuazione protocollo di sorveglianza MoM", che è stata inviata alla referente regionale, e una relazione di monitoraggio attività ad uso interno, contenente maggiori informazioni e specifiche. Le schede di follow-up concluse sono inviate all'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna all'attenzione del Referente del Protocollo MoM regionale.</p> <p>Nell'Aprile 2019 è stata elaborata una Istruzione Operativa interna che definisce il percorso del paziente che si sottopone al protocollo di sorveglianza MoM.</p> <p>Semestralmente viene redatta una relazione di avanzamento sulle attività svolte.</p>
<p>Valutazione risultati e prospettive future</p>	<p>Periodicamente viene svolta attività di sensibilizzazione degli operatori attraverso incontri e condivisione di documentazione specifica.</p> <p>Questo ha consentito di migliorare, negli anni, il livello di sensibilità degli operatori sanitari verso il tema della sicurezza d'uso dei dispositivi medici e, quindi, verso il sistema della segnalazione degli incidenti.</p>



SCHEDA DESCRITTIVA DELLO STRUMENTO / FONTE INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO

Tipologia	Farmacovigilanza
Letteratura / Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> → DM 12 dicembre 2003 - Nuovo modello di segnalazione di reazione avversa a farmaci e vaccini → Decreto Legislativo 24 aprile 2006, n. 219 e s.m.i. - Attuazione della direttiva 2001/83/CE (e successive direttive di modifica) relativa ad un codice comunitario concernente i medicinali per uso umano, nonché della direttiva 2003/94/CE. → Decreto Legislativo 29 dicembre 2007 (Disposizioni correttive al decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, recante attuazione della direttiva 2001/83/CE relativa ad un codice comunitario concernente medicinali per uso umano). → Legge 24 dicembre 2012, n. 228 - Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato → Decreto Legislativo 4 marzo 2014, n. 42 - Attuazione dell'articolo 1, paragrafi 1, 5 e 12 della direttiva 2012/26/UE, che modifica la direttiva 2001/83/CE, per quanto riguarda la farmacovigilanza. → Decreto Ministero della Salute 30 aprile 2015 - Procedure operative e soluzioni tecniche per un'efficace azione di farmacovigilanza adottate ai sensi del comma 344 dell'articolo 1 della legge 24 dicembre 2012, n. 228
Descrizione dello strumento/flusso informativo	<p>Definizione</p> <p>La Farmacovigilanza è l'insieme delle attività finalizzate all'identificazione, valutazione, comprensione e prevenzione degli effetti avversi o di qualsiasi altro problema correlato all'uso dei medicinali, al fine di assicurare un rapporto beneficio/rischio favorevole per la popolazione.</p> <p>I dati sulla sicurezza dei farmaci possono essere ricavati da differenti fonti: segnalazioni di sospette reazioni avverse (spontanee e non), studi clinici, letteratura scientifica, rapporti inviati dalle industrie farmaceutiche, ecc.</p> <p>Obiettivi</p> <p>In linea con questa definizione generale, gli obiettivi alla base della farmacovigilanza, in conformità con la vigente normativa europea, sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> → prevenire i danni causati da reazioni avverse conseguenti all'uso di un medicinale secondo le condizioni di autorizzazione, ma anche agli errori terapeutici, all'esposizione professionale, agli usi non conformi, incluso l'uso improprio e l'abuso; → promuovere l'uso sicuro ed efficace dei medicinali, in particolare fornendo tempestivamente informazioni sulla sicurezza degli stessi ai pazienti, agli operatori sanitari e al pubblico in generale.
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Nel 2019 non sono state effettuate segnalazioni di reazioni avverse.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	<p>Attività di verifiche e controlli interni:</p> <ul style="list-style-type: none"> → La Farmacia Interna effettua periodicamente visite di vigilanza nelle diverse articolazioni della Struttura ai fini di monitorare e gestire meglio la sicurezza dei farmaci per ottimizzarne l'uso sicuro ed efficace. <p>Nel corso delle visite viene verificata la gestione dei farmaci e dei DM negli armadi di reparto, la congruenza delle scorte alle esigenze, l'assenza di medicinali personali o campioni omaggio tra le confezioni ospedaliere, la corretta conservazione, la scadenza, la gestione dei farmaci stupefacenti, ecc.</p> <p>Le puntuali irregolarità vengono trattate e risolte contestualmente in collaborazione con i Coordinatori Infermieristici.</p> <ul style="list-style-type: none"> → La Direzione Sanitaria organizza e gestisce una costante e diffusa attività di verifica e controllo avvalendosi di personale tecnico-infermieristico che accede liberamente e senza preavviso in qualsiasi area sottoposta a verifica e controllo, acquisisce la documentazione per i riscontri e le verifiche di competenza. Anche in questo caso le puntuali irregolarità vengono trattate e risolte contestualmente in collaborazione con i Coordinatori Infermieristici. <p>Sono state effettuate numerose riunioni di sensibilizzazione/condivisione con tutto il personale sanitario.</p> <p>Vedere anche Scheda "Incident Reporting".</p>
Valutazione risultati e prospettive future	La sicurezza delle cure farmacologiche è aspetto rilevante dell'assistenza e componente essenziale della funzione di governo clinico, con questa



	<p>consapevolezza Villa Erbosa pone estrema attenzione alla tematica tramite iniziative di in/formazione e sensibilizzazione degli operatori. Questo ha consentito di migliorare, negli anni, il livello di sensibilità degli operatori sanitari verso il tema della farmacosicurezza e anche verso il sistema della segnalazione di eventuali eventi avversi.</p>
--	--

SCHEMA DESCRITTIVO DELLO STRUMENTO / FONTE INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO

Tipologia	Emovigilanza
Letteratura / Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> → Legge 21 ottobre 2005, n. 219 Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati → Decreto Legislativo 9 novembre 2007, n. 207 Attuazione della direttiva 2005/61/CE che applica la direttiva 2002/98/CE per quanto riguarda la prescrizione in tema di rintracciabilità del sangue e degli emocomponenti destinati a trasfusioni e la notifica di effetti indesiderati ed incidenti gravi → Decreto Legislativo 9 novembre 2007, n. 208 Attuazione direttiva 2005/62/CE che applica la direttiva 2002/98/CE per quanto riguarda le norme e le specifiche comunitarie relative ad un sistema di qualità per i servizi trasfusionali → Decreto Legislativo 20 dicembre 2007, n. 261 Revisione del decreto legislativo 19 agosto 2005, n. 191, recante attuazione della direttiva 2002/98/CE che stabilisce norme di qualità e di sicurezza per la raccolta, il controllo, la lavorazione, la conservazione e la distribuzione del sangue umano e dei suoi componenti → Ministero della Salute Raccomandazione n.5 Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO - Marzo 2008 → D.M. 2 Novembre 2015 Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti
Descrizione dello strumento/flusso informativo	<p>Definizione L'emovigilanza è il sistema di procedure volte alla rilevazione e al monitoraggio delle reazioni gravi e degli eventi avversi gravi relativi al processo trasfusionale e comprende anche la sorveglianza delle malattie infettive trasmissibili con la trasfusione. Attraverso l'istituzione del sistema informativo dei servizi trasfusionali (SISTRA), è stato possibile realizzare il sistema di emovigilanza, coordinato dal Centro nazionale sangue, che raccoglie le segnalazioni, i dati e le informazioni permettendone una più semplice elaborazione. Nel SISTRA esiste un'area dedicata all'emovigilanza, suddivisa in: → sorveglianza epidemiologica dei donatori (non effettuata a Villa Erbosa), → reazioni indesiderate gravi dei donatori (non effettuata a Villa Erbosa), → effetti indesiderati gravi sui riceventi e errori trasfusionali, → incidenti gravi. La raccolta di tali informazioni è basata sui modelli di notifica introdotti dalla Direttiva 2005/61/CE, recepita con il D.Lgs. 9 Novembre 2007, n. 207.</p> <p>Obiettivi L'insieme delle procedure di sorveglianza copre l'intera catena trasfusionale (dal donatore al paziente), ed è finalizzato alla raccolta e alla valutazione delle informazioni su effetti inaspettati o indesiderati e alla prevenzione dell'evento o della sua ricorrenza. L'obiettivo è da un lato riconoscere precocemente i nuovi rischi e i vizi di qualità; dall'altro avviare e valutare misure preventive.</p>
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	<p>→ <i>Reazioni trasfusionali indesiderate</i> Nel 2019 non si sono verificate reazioni trasfusionali indesiderate.</p> <p>→ <i>Segnalazioni di Non Conformità / Notifiche del SIMT</i> Nel 2019 il SIMT A.M. BO ha trasmesso: ↳ n. 3 segnalazioni di non conformità, ↳ n. 2 notifiche.</p> <p>Le segnalazioni e notifiche ricevute, che non hanno recato conseguenze al paziente, sono state trasmesse al Medico Referente del Buon Uso del Sangue di Villa Erbosa per le valutazioni di pertinenza.</p>
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	<p>Le segnalazioni/notifiche del primo semestre sono state analizzate nel corso di un primo incontro presso il SIMT tra il Medico Referente del Buon Uso del Sangue di Villa Erbosa e i Responsabili del Servizio. In tale sede è stata identificata una soluzione definitiva in merito alle segnalazioni.</p>



	<p>In un successivo incontro presso Villa Erbosa è stata confermata la soluzione identificata, a seguito della quale non si sono più verificati accadimenti della stessa tipologia.</p> <p>Inoltre sono state affisse nei locali riservati agli operatori le locandine fornite dal SIMT con gli step operativi da seguire per la gestione della terapia trasfusionale in routine o urgenza.</p>
Valutazione risultati e prospettive future	<p>Il monitoraggio degli elementi di deviazione che intervengono rispetto alla migliore pratica trasfusionale permette di intercettare quegli aspetti puntuali che possono richiedere un intervento di miglioramento e l'adozione di provvedimenti mirati alla loro prevenzione.</p> <p>La valutazione dei risultati porta essenzialmente a riconoscere che Villa Erbosa applica tutte le procedure per garantire la sicurezza del paziente fornite dal SIMT A.M. BO e condivise nell'ambito del Comitato ospedaliero di buon uso del sangue, del quale è componente il Medico Responsabile del Buon Uso del Sangue in Struttura. Inoltre la sicurezza nella terapia trasfusionale costituisce una <u>rilevante tematica</u> trattata nel <u>piano di formazione annuale 2020</u>.</p> <p>Non si ravvisa necessità di ulteriori azioni da attuare, se non proseguire nell'attività di sensibilizzazione già in atto, ai fini di consolidare la consapevolezza che:</p> <ul style="list-style-type: none"> → un efficace sistema di emovigilanza è indispensabile per migliorare la sicurezza e l'efficacia della terapia trasfusionale, → è necessario monitorare i processi che attengono alla sicurezza accertandosi della conoscenza e del rispetto delle procedure, → è fondamentale il rapporto di collaborazione tra tutti gli attori del percorso trasfusionale.

SCHEDA DESCRITTIVA DELLO STRUMENTO / FONTE INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO

Tipologia	Sinistri
Letteratura / Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> → DGR Emilia Romagna n. 1706/2009 Individuazione aree di miglioramento della qualità delle cure e integrazione politiche assicurative e di gestione del rischio → Legge 24 del 08.03.2017 Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e persona assistita
Descrizione dello strumento/flusso informativo	<p>Definizione</p> <p>Per Sinistro si intende ogni richiesta riferibile a ogni possibile evento dannoso cagionato a terzi riconducibile all'attività dell'azienda sanitaria, comprese le attività preliminari, conseguenti, accessorie, sussidiarie, complementari, di qualsiasi natura e con qualsiasi mezzo svolte, anche connesse all'utilizzo e/o uso di attrezzature destinate al raggiungimento dei fini istituzionali.</p> <p>Il flusso informativo dei sinistri, se correttamente e tempestivamente alimentato, contiene molte informazioni disponibili, che, insieme ad altri flussi, permettono di ricavare un'idea sulla sicurezza del sistema.</p> <p>Obiettivi</p> <p>Gli obiettivi della gestione dei sinistri sono molteplici:</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ ricostruire il rapporto di fiducia con il cittadino-utente, ↳ riconoscere le cause degli errori e saperli prevenire, ↳ allocare più correttamente le risorse, ↳ creare adeguate condizioni organizzative, gestionali e finanziarie per la gestione del contenzioso.
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	<p>In questo contesto si collocano gli sforzi organizzativi di Villa Erbosa che, in linea con la politica e la <i>mission</i> del Gruppo, ha rafforzato, negli anni, la sua struttura organizzativa, sia in termini di prevenzione del rischio sia in termini di gestione dei sinistri. In relazione a quest'ultimo aspetto, la struttura si avvale di personale competente e qualificato avente gli strumenti necessari a valutare sul piano medico-legale (ossia clinico e giuridico) la fondatezza della richiesta risarcitoria.</p> <p>La Direzione Sanitaria di Villa Erbosa effettua periodicamente l'analisi dei sinistri ai fini di individuare criticità che devono essere oggetto di valutazioni più approfondite.</p>



	<p>I dati riportati nella seguente relazione sono estratti sia dalle Schede Interne di Valutazione Sinistri, compilate dalla Direzione Sanitaria, sia dal Report informativo GSD.</p> <p>Su un totale di 48 schede sinistri aperti nel 2019, relativi ad eventi occorsi in un periodo che va dal 2006 al 2019 e per i quali c'è stata una richiesta danni, la percentuale maggiore di eventi riguarda la specialità di Ortopedia.</p> <p>Analizzando i sinistri per tipologia e rischio economico, si osserva che la maggioranza delle richieste di danni sono imputabili ad errore chirurgico / diagnostico. Dall'elaborazione dei dati si evince che il peso del fenomeno infezioni nel contenzioso della Struttura resta di rilevante importanza, ne consegue che le strategie aziendali devono necessariamente continuare a indirizzarsi verso la gestione di tale fenomeno.</p>
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>A seguito dell'analisi dei sinistri, negli ultimi anni sono state implementate le seguenti principali attività:</p> <ul style="list-style-type: none">☞ Svolgimento di eventi formativi aziendali specifici rivolti al personale medico ed al personale tecnico-infermieristico, con focus su temi quali infezioni correlate all'assistenza e metodi di prevenzione, responsabilità professionale, sicurezza delle cure, appropriatezza delle cure, consenso informato,☞ Collaborazione con il Servizio di Malattie Infettive dell'Ospedale Sant'Orsola per la funzione di consulenza clinica e presa in carico del paziente in un'ottica di continuità assistenziale,☞ Verifica sistematica sulla completa e corretta tenuta della documentazione sanitaria e attività di revisione di cartella clinica,☞ Periodiche riunioni del Comitato Infezioni Ospedaliere per analizzare gli aspetti di propria competenza e definire iniziative puntuali inerenti la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza,☞ Sistema di monitoraggio continuo basato su dati di laboratorio relativo alle infezioni e colonizzazioni batteriche,☞ Verifiche periodiche, effettuate a cura della Direzione Sanitaria, ai fini del controllo della corretta applicazione delle procedure aziendali, delle raccomandazioni e delle norme vigenti in tema di rischio infettivo,☞ Analisi e monitoraggio dei risultati delle verifiche strumentali degli impianti aeraulici e di distribuzione acqua per la valutazione e la gestione dei rischi infettivi a loro correlati.
<p>Valutazione risultati e prospettive future</p>	<p>La gestione dei sinistri permette di rispondere alla necessità di rilevare e monitorare le informazioni inerenti le denunce avanzate nei confronti della struttura, sia per le implicazioni di carattere economico, sia per la rilevanza che alcune informazioni possono avere nella definizione di strategie di gestione del rischio clinico e nella messa a punto di modelli organizzativi adeguati a consentire l'analisi del sinistro nell'ottica della sicurezza, valutare se è un evento sentinella o evento "maggiore", considerare la sua "ricorrenza" e attivare gruppi di analisi.</p> <p>Sulla base di quanto sopra riportato, è possibile richiamare l'attenzione su alcuni principali elementi da includere in una gestione complessiva del fenomeno:</p> <ul style="list-style-type: none">☞ Valutazione e verifica della Clinical Competence dei professionisti che sono maggiormente coinvolti nei sinistri;☞ Verifica dei comportamenti del personale sanitario, in termini di applicazione di indicazioni aziendali (PDT, procedure e protocolli), in particolare, in tema di prevenzione e trattamento delle infezioni;☞ Attività di sensibilizzazione ai professionisti medici sul tema dell'appropriatezza clinica delle procedure diagnostiche e terapeutiche adottate e della loro rispondenza a Linee Guida nazionali/internazionali validate e di comprovata efficacia clinica, nonché della presenza di documentazione adeguata a supporto;☞ Verifica della gestione efficace, puntuale, corretta della documentazione sanitaria, in quanto una cartella clinica lacunosa, in caso di supposizione di errore e/o colpa che hanno causato danno, favorisce la configurazione di presunzione di responsabilità con conseguente presunzione di mal practice;☞ Verifica della corretta informazione e acquisizione del consenso ai trattamenti sanitari. <p>Nel 2019 sono stati liquidati 18 risarcimenti.</p> <p>Si precisa che il pagamento di un risarcimento non è un indicatore di qualità dell'assistenza.</p>



SCHEDA DESCRITTIVA DELLO STRUMENTO / FONTE INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO

Tipologia	Reclami / Suggerimenti degli utenti relativi al rischio clinico
Letteratura / Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> → Legge 7 agosto 1990, n. 241 Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi e successive modifiche ed integrazioni → D.Lgs 502/92 Riordino della disciplina in materia sanitaria e successive modifiche ed integrazioni → DM Sanità 24.07.1995 Contenuti e modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e qualità del SSN → DPCM 19.05.1995 Linee guida per l'attuazione della Carta dei Servizi → DM Sanità 15.10.1996 Approvazione degli indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio riguardanti la personalizzazione e l'umanizzazione dell'assistenza, il diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché l'andamento delle attività di prevenzione delle malattie. → DGR Emilia Romagna n. 1706/09 Individuazione aree di miglioramento della qualità delle cure e integrazione politiche assicurative e di gestione del rischio → DGR Emilia Romagna n. 1943/2017 Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accreditamento delle strutture sanitarie (2° Criterio "Prestazioni e Servizi", 5° Criterio "Comunicazione", 8° Criterio "Umanizzazione") → Dossier 127-2006. La qualità percepita in Emilia-Romagna. Strategie, metodi e strumenti per la valutazione dei servizi → Documento ASSR del Maggio 2018 "Il punto di vista del cittadino nella valutazione dei sistemi sanitari. Proposta di un set minimo di indicatori"
Descrizione dello strumento/fluxo informativo	<p>Definizione Un reclamo è una qualunque espressione di insoddisfazione degli utenti e degli operatori sanitari. Costituisce una opportunità di miglioramento della qualità dei servizi e uno strumento necessario a monitorare il livello di soddisfazione dei cittadini/utenti. L'analisi dei reclami rappresenta uno strumento orientato al miglioramento della qualità dei servizi, facente parte di una serie di misure complementari quali: indagini di soddisfazione, indicatori di qualità, audit, ecc.</p> <p>Obiettivi L'opinione del cittadino sul servizio fornito può orientare le decisioni strategiche del management. In quest'ottica gli obiettivi specifici del sistema di gestione dei reclami sono due:</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Dotare l'organizzazione di uno strumento sensibile a rilevare ed a rispondere rapidamente alle situazioni di disagio ed insoddisfazione espresse dal singolo utente: la risposta rapida e chiara al perché del disservizio rappresenta un fattore di compensazione "in sé" che valorizza l'esistenza di un impegno istituzionale sulla qualità che si esprime nella Carta dei Servizi. ↳ Implementare un sistema di analisi dei reclami per orientare le decisioni aziendali relative al miglioramento della qualità dei servizi.
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	<p>→ Analisi Reclami ed Elogi Le informazioni relative ai reclami sono sottoposte al Riesame della Direzione, sono stabilite modalità efficaci per comunicare con il cliente in merito ai suoi reclami e le informazioni relative agli stessi sono riesaminate al fine di valutare l'esigenza di adottare azioni per evitarne il ripetersi. Nel 2019 non sono state presentate segnalazioni significative per la sicurezza delle cure. Il fattore critico che da alcuni anni Villa Erbosa ha identificato e tiene monitorato è la funzione comunicativa, essa contribuisce a migliorare e rafforzare la relazione tra la Struttura e gli utenti e a promuovere la conoscenza e l'utilizzo dei servizi/prodotti offerti. Villa Erbosa accoglie anche le espressioni di apprezzamento e ringraziamento dei pazienti a fronte di una risposta adeguata ai loro bisogni. Gli elogi pervenuti sono protocollati e consegnati alle persone in indirizzo tramite comunicazione scritta.</p> <p>→ Analisi Soddisfazione degli Utenti L'Accreditamento rappresenta lo strumento di sistema e la cornice normativa all'interno della quale trovano spazio metodologie di lavoro che favoriscono l'integrazione e l'ascolto di tutte le componenti, creando una cultura che valorizza un approccio all'ascolto di diversi attori e lo mette a sistema attraverso i processi di miglioramento.</p>



	<p>Questo elemento consolida ancor più l'attenzione di Villa Erbosa al tema dell'ascolto e del coinvolgimento, in cui la consapevolezza di tutti gli attori gioca un fondamentale ruolo nel raggiungimento e mantenimento di elevati standard.</p> <p>La rilevazione della qualità percepita dall'utente tramite somministrazione di questionari è condotta con metodo di tipo campionario, in modo da consentire la ripetibilità dell'indagine ed un corretto confronto dei risultati.</p> <p>Il periodo di rilevazione, non inferiore a 15 giorni ogni semestre, è concordato con i diversi responsabili/referenti delle Unità Operative/Servizi/Poliambulatorio, che si occupano sia della somministrazione del questionario sia del ritiro dello stesso, sostenendo, senza influenzare, l'utente in caso di necessità.</p>
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>L'analisi della Qualità Percepita mette in grado l'azienda di identificare i punti deboli dell'organizzazione, correggere i disservizi, realizzare aggiornamenti formativi e programmare interventi di miglioramento di cui sarà beneficiario tutto il bacino d'utenza del servizio.</p> <p>A tal fine sono stati aggiornati / modificati i questionari in essere, ai quali è stata data una veste nuova, e sono a disposizione degli utenti da gennaio 2019.</p> <p>Oltre a mantenere le classiche modalità quali somministrazione di questionari utenti, gestione reclami/segnalazioni/elogi, sono state implementate nuove modalità di ascolto e coinvolgimento dei pazienti/utenti, quali:</p> <ul style="list-style-type: none">↳ Un'attività di valutazione del punto di vista del paziente sulla qualità del servizio di ricovero, effettuata su tutti i piani di degenza almeno una/due volte alla settimana, mediante intervista diretta al paziente / al paziente con l'aiuto di un familiare, conoscente oppure osservazione diretta. Lo strumento utilizzato è un report controfirmato dal Coord. Inf. del Reparto di Degenza di riferimento e dagli altri referenti aziendali interessati, che congiuntamente intervengono con attività di miglioramento.↳ Le rilevazioni afferiscono per lo più a fattori quali servizi alberghieri e di ristorazione, pulizie degli ambienti, aspetti strutturali e fattori organizzativi, evidenziando altresì apprezzamenti di rilievo su personale infermieristico ed O.S.S.↳ Il monitoraggio delle opinioni dei pazienti relative a Villa Erbosa e i suoi professionisti sui principali siti web. Periodicamente vengono selezionate le valutazioni negative e inviate alle funzioni aziendali di interesse.↳ Svolgimento di Focus Group quale tecnica di rilevazione basata sulla discussione tra un piccolo gruppo di persone e focalizzata su un argomento, nello specifico nel 2019 presa in carico e continuità assistenziale: il trasferimento (CeMPA) da un reparto AUSL BO (acuti) verso l'UO di Medicina Fisica e Riabilitazione di Villa Erbosa (post-acuti). <p>Il miglioramento relativo alla funzione comunicativa è tra gli obiettivi identificati nel Piano Aziendale della Comunicazione, che ha visto oltre all'implementazione di note/opuscoli informativi diversificati rivolti agli utenti, anche l'effettuazione di eventi formativi a tema, tra i quali un corso in modalità FAD e pertanto accessibile ad un numero elevato di operatori.</p>
<p>Valutazione risultati e prospettive future</p>	<p><i>Reclami:</i> La revisione dei reclami offre la dimensione della qualità percepita della prestazione da parte del cliente e, quindi, assume una duplice finalità in quanto consente di agire sia come filtro per risolvere le incomprensioni tra cliente e operatori prima che si traducano in contenzioso, sia di identificare i fattori di rischio presenti in una determinata area.</p> <p>Nella valutazione dei risultati si conferma l'allineamento alle direttive aziendali per quanto riguarda il tempo medio di risposta.</p> <p><i>Elogi:</i> si confermano, con trend in aumento, le valutazioni positive rispetto alle diverse articolazioni di Villa Erbosa, in termini di equipe medico/tecnico-infermieristiche, sia di degenza, sia di sala operatoria, sia dei servizi.</p> <p><i>Qualità percepita:</i> i risultati ottenuti evidenziano una generale soddisfazione dell'utenza in tutte le UUOO/Servizi, i suggerimenti forniti sono stati presi in carico per azioni di miglioramento laddove necessario</p>



	<p>Il Piano Triennale della Formazione 2019-2021 prevede la pianificazione di corsi sul tema comunicazione e aspetti relazionali.</p> <p>Ulteriori attività sono previste per l'anno 2020, quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Somministrazione di questionari per la <u>valutazione della qualità di vita</u> relativamente a pazienti sottoposti a specifici interventi chirurgici.
--	--

SCHEMA DESCRITTIVO DELLO STRUMENTO / FONTE INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO

Tipologia	Attività di verifica documentazione sanitaria
Letteratura / Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> → DM 380/2000 Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina flusso informativo sui dimessi da istituti di ricovero pubblici e privati → Legge 133/08 Art. 79 Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, recante disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria → Del. G. Reg. n. 1171/09 Definizione delle linee di indirizzo regionali per l'attività di controllo in materia di ricovero → Del. G. Reg. n. 1706/09 allegato 3 - Tenuta della documentazione sanitaria → DM 10/12/2009 Controlli sulle cartelle cliniche → Del. G. Reg. n. 354/12 Linee di indirizzo regionali in materia di controlli esterni ed interni dei produttori pubblici e privati di prestazioni sanitarie nella regione Emilia Romagna. Aggiornamento → Determinazione n. 10449/12 PAC ex DGR 354/12 → Determinazione n. 6151/14 PAC ex DGR 354/12 - Anno 2014 → DM 261/2016 Regolamento recante modifiche ed integrazioni del decreto 27 ottobre 2000, n. 380 e successive modificazioni, concernente la scheda di dimissione ospedaliera → Determinazione n. 7249/17 Presa atto delle linee guida per l'adozione del regolamento per l'applicazione dell'accordo Regione Emilia-Romagna / AIOP ER 2016/2018 → DPCM 12/01/17 Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 → Disciplinare tecnico 1.7 del 5/02/2018 del Servizio Strutture, Tecnologie e Sistemi Informativi della Regione Emilia Romagna → Del. G. Regionale 8104/2018 Piano Annuale dei Controlli
Descrizione dello strumento/flusso informativo	<p>Definizione e Obiettivi</p> <p>Nel processo di gestione del rischio alcuni dei principali strumenti utilizzati nella fase di identificazione del rischio, ai fini anche di recepire e implementare gli aspetti contenuti nella normativa e raccomandazioni regionali, sono le verifiche interne sulla documentazione sanitaria effettuate dalla Direzione Sanitaria, la revisione di cartella clinica svolta dai professionisti medici e l'analisi di dati e informazioni ricavate dal flusso SDO.</p>
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	<p>→ Attività di controllo interno sulle prestazioni di ricovero</p> <p>Conformemente a quanto stabilito dai decreti nazionali e regionali in materia di controlli di documentazione sanitaria, in Villa Erbosca sono effettuate le attività di controllo interno sulla documentazione sanitaria inerente alle attività di ricovero. Il campione viene estratto con criterio di casualità fino al raggiungimento almeno della percentuale complessiva del 10% annuo dei ricoveri effettuati, indipendentemente dalla residenza dei pazienti e tipologia di ricovero, come indicato dalla normativa vigente.</p> <p>Per quello che riguarda i controlli della documentazione sanitaria interessano un campione di almeno il 5% delle Cartelle Cliniche.</p> <p>Per arrivare a controllare il 10% delle cartelle, concorrono alcune tipologie di ricovero, segnalate dalla Regione ed esplicitate in una procedura aziendale.</p> <p>Le cartelle cliniche selezionate, subiscono un solo tipo di controllo.</p> <p>Come strumento di controllo, per quello che riguarda la corretta tenuta e completezza della cartella clinica, viene utilizzata apposita check-list, che prevede il controllo di tutte le sezioni della cartella, permettendo di seguire il percorso del paziente dall'accettazione alla dimissione, attraverso modalità uniformi.</p> <p>La compilazione delle cartelle cliniche deve essere completa e corretta e i dati registrati devono essere leggibili. Una carente qualità e incompletezza di informazioni delle cartelle cliniche può essere considerato un indicatore negativo della qualità assistenziale, oltre a non dare le giuste informazioni in sede di controllo della documentazione sanitaria o di contenzioso.</p>



	<p>→ <i>Revisione di Cartella Clinica</i></p> <p>La revisione delle cartelle cliniche permette indagini sui processi decisionali e osservazioni di esito, analizzando l'aderenza a Linee guida e protocolli. Il revisore può cercare specifici tipi di dati o eventi presenti in modo implicito, laddove un clinico esperto emette un giudizio relativo ad uno specifico evento. Il processo di revisione delle cartelle può essere anche usato per monitorare i progressi nella prevenzione degli eventi avversi. Nell'anno in esame, ai fini di svolgere indagini sui processi decisionali e osservazioni di esito, analizzando l'aderenza a Linee guida e l'applicazione di protocolli e procedure interne, sono state pianificate attività di revisione di cartella clinica da parte dei professionisti medici afferenti all'area Oculistica (percorso paziente nell'intervento di cataratta con introduzione della SSCL specifica) e di Medicina Interna, con la collaborazione della Direzione Sanitaria.</p> <p>→ <i>Flusso SDO – Scheda SSCL e Scheda SICHER</i></p> <p>Dal Gennaio 2017, la Scheda di Dimissione Ospedaliera è stata modificata sostanzialmente per adeguarne il contenuto informativo alle esigenze di monitoraggio, valutazione e pianificazione della programmazione sanitaria. I due flussi informativi check list di sala operatoria (SSCL) e Infezioni del sito chirurgico (SICHER) già attivi in Regione da diversi anni, sono stati collegati alla SDO in modo da evitare duplicazioni di informazioni già presenti nel flusso dei ricoveri; attraverso il collegamento SDO è possibile stimare la copertura delle check list SSCL e SICHER.</p> <p>L'utilizzo della check list per la sicurezza in sala operatoria (SSCL) è previsto, già da numerosi anni, in tutte le specialità chirurgiche, su ogni intervento in sala operatoria condotto su pazienti ricoverati. Su indicazione della Regione, successivamente è stata inoltre introdotta un'ulteriore specifica check list di controllo relativa a interventi oculistici di cataratta ambulatoriale. La SSCL è uno strumento a supporto delle équipes operatorie, finalizzato alla verifica sistematica dell'adesione alle raccomandazioni sulla sicurezza in sala operatoria. Facendo parte della documentazione sanitaria, vengono controllate dal Comitato Controlli Interni, nella quota di almeno il 5 % delle cartelle dei pazienti dimessi di area chirurgica.</p> <p>Villa Erbosa partecipa al progetto Regionale per lo sviluppo di un sistema di sorveglianza permanente delle infezioni del sito chirurgico, attraverso l'invio dei dati al flusso regionale SICHER. Sono incluse nella sorveglianza le tipologie di procedura chirurgica afferenti alle categorie di intervento indicate dalla Regione.</p>
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>Per quanto riguarda le <u>verifiche interne sulla corretta tenuta e completezza</u> della documentazione sanitaria ⇒ le non conformità rilevate nel momento dei controlli nei reparti vengono discusse contestualmente alla rilevazione con professionisti medici, coordinatori e infermieri presenti, successivamente, ove necessario, vengono predisposte azioni a seguire.</p> <p>Inoltre, sono state controllate tutte le <u>SSCL</u> delle cartelle cliniche di area chirurgica prese in esame. Nel 2019, è stata verificata dalla Direzione Sanitaria la presenza della SSCL su un campione pari al 6,72 % delle cartelle cliniche di Area Chirurgica di pazienti dimessi.</p> <p>I risultati dell'attività di <u>revisione di cartella clinica</u> effettuata, trasmessi formalmente dai Medici al Direttore Sanitario, sono oggetto di analisi critica e valutazioni specifiche in merito.</p> <p>Per quanto riguarda l'attività formativa, sono stati svolti eventi formativi aziendali ECM a tema specifico:</p> <ul style="list-style-type: none">→ La Responsabilità professionale: aspetti legali;→ La gestione della documentazione sanitaria: aspetti legali;→ I Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali. <p>Villa Erbosa partecipa a tutti gli incontri organizzati dalla RER in tema, attraverso l'invio di figure professionali specifiche a seconda dell'argomento trattato.</p>



<p>Valutazione risultati e prospettive future</p>	<p>È prassi consolidata della Direzione Sanitaria confrontarsi con i professionisti interessati sulle criticità emerse dai controlli delle Cartelle Cliniche, allo scopo di evidenziare e prevenire eventuali non conformità. Proseguiranno pertanto gli incontri tra il Direttore Sanitario e i professionisti medici direttamente coinvolti nei processi di miglioramento.</p> <p>Anche per l'anno 2020 sono previste attività di revisione di cartella clinica da parte dei professionisti medici, con la collaborazione della Direzione Sanitaria, allo scopo di svolgere indagini sui processi decisionali e osservazioni di esito, analizzando l'aderenza a Linee guida e protocolli e procedure interne.</p> <p>Inoltre l'intera attività di verifica sulla documentazione sanitaria svolta nell'anno in esame, ha costituito una rilevazione importante del fabbisogno formativo per la predisposizione del piano di formazione annuale 2020.</p>
---	---

SCHEMA DESCRITTIVA DELLO STRUMENTO / FONTE INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO

Tipologia	Indicatori di rischio clinico
Letteratura / Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> → D.Lgs. 502/92 Riordino della disciplina in materia sanitaria e successive modifiche ed integrazioni → DM Sanità 24.07.1995 Contenuti e modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e qualità del SSN → DPCM 19.05.1995 Linee guida per l'attuazione della Carta dei Servizi → DM Sanità 15.10.1996 Approvazione degli indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio riguardanti la personalizzazione e l'umanizzazione dell'assistenza, il diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché l'andamento delle attività di prevenzione delle malattie → DM Sanità 12.12.2001 Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria → Delibera di Giunta Regionale Emilia Romagna n. 327/2004 Applicazione della LR n. 34/1998 in materia di autorizzazione e di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e dei professionisti [...] e successive Delibere requisiti specifici → Delibera di Giunta Regionale Emilia Romagna n. 1706/2009 Individuazione di aree di miglioramento della qualità delle cure e integrazione delle politiche assicurative e di gestione del rischio → Delibera di Giunta Regionale Emilia Romagna n. 318/2013 Linee di indirizzo alle Aziende per la gestione del rischio infettivo: infezioni correlate all'assistenza e uso responsabile di antibiotici → Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020 → Delibera di Giunta Regionale Emilia Romagna n.828/2017 Approvazione delle Linee guida regionali per la sorveglianza e il controllo della Legionellosi
Descrizione dello strumento/flusso informativo	<p>Definizione</p> <p><i>Indicatore:</i> caratteristica qualitativa (paragonabile) o quantitativa (misurabile) di un oggetto o di un fenomeno che su questi consente di inferire (= costruire ipotesi, dare giudizi). Il risultato della osservazione della caratteristica in questione, sia essa uno stato o un evento, definisce il 'valore' o la misura dell'indicatore.</p> <p>In senso traslato indicatore può essere:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ il 'valore' che fornisce indicazioni sullo stato e permette, se ripetuto, una evidenza della tendenza alla evoluzione nel tempo di specifici output di una organizzazione; ○ lo strumento utilizzato per misurare l'oggetto dell'osservazione. <p>Gli indicatori possono essere classificati in vari modi: in base alla loro relazione con l'oggetto, in base all'oggetto indagato (struttura, processo, risultato), alla tipologia di informazioni veicolate (statiche, dinamiche), in base all'utilizzo (descrittivi, predittivi...), al livello di applicazione (di articolazione operativa, aziendali, regionali, nazionali) [Glossario Regione Emilia Romagna].</p> <p>Gli indicatori di struttura/utilizzo, più semplici da utilizzare e maggiormente confrontabili, sono quelli che si occupano di aspetti prevalentemente quantitativi dell'assistenza, ma indirettamente ne forniscono un'immagine qualitativa (ad esempio: il numero di letti rispetto al numero del personale sanitario e la degenza media sono misure quantitative che possono dare un'immagine della qualità dell'assistenza).</p> <p>Gli indicatori di processo informano sulla qualità della prestazione erogata sottintendendo che se una prestazione è corretta dovrebbe portare a buoni risultati. Si utilizzano indicatori in grado di valutare la qualità tecnico-scientifica e umana dell'assistenza per evidenziare eventuali lacune procedurali e mettere in atto interventi correttivi.</p>



	<p>Gli indicatori di esito, o di risultato, valutano i cambiamenti osservati in un individuo o in una comunità in seguito all'intervento effettuato (valutazione di impatto), nonché la soddisfazione degli utenti e degli operatori (valutazione di effetto). In questo modo è possibile rapportare gli obiettivi dell'assistenza con i risultati.</p> <p>Obiettivi La raccolta di indicatori contribuisce ai processi di miglioramento della qualità, ad intercettare aree di inappropriatezza e di scostamento da esiti previsti, a pianificare azioni correttive puntuali, a promuovere l'attendibilità agli utenti ed agli stakeholders interessati, a fare Benchmarking e a supportare la programmazione aziendale.</p>
<p>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</p>	<p>Il principale obiettivo della valutazione dell'assistenza sanitaria è il miglioramento della qualità dell'assistenza stessa, è importante pertanto farne una continua valutazione, anche ai fini di un utilizzo ottimale delle risorse disponibili. Per attribuire un giudizio di valore nell'assistenza sanitaria sono utilizzati indicatori che rappresentano informazioni utili alla programmazione e all'organizzazione delle attività. Nel Piano Indicatori di Villa Erbosa gli stessi sono raggruppati per aree omogenee (struttura, processo ed esito) e classificati per tipologia (efficacia, efficienza, soddisfazione, sicurezza, performance clinica). Sono inclusi pertanto numerosi indicatori di rischio clinico, quali ad es. trombosi venosa post chirurgica, lesioni da compressione, contenzioni, reinterventi, ecc., nonché indicatori di rischio infettivo.</p>
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>L'analisi dei dati resi disponibili attraverso il monitoraggio degli indicatori consente di conoscere i diversi fenomeni, valutarne il rischio, individuare eventuali criticità nell'ottica di possibili interventi correttivi ed attuare azioni di miglioramento finalizzate all'aumento dei livelli di sicurezza. I dati e gli eventuali scostamenti vengono analizzati e discussi periodicamente, sia nel corso delle riunioni d'équipe, sia durante gli incontri con la Direzione Aziendale, per definire e condividere l'adozione di azioni necessarie al raggiungimento dei risultati attesi.</p> <p>→ <i>Rischio Infettivo</i> Villa Erbosa aderisce alla sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico attraverso l'invio dei dati al flusso regionale SICHER, nell'anno in esame ha definito un programma delle attività in continuità con quelle degli anni precedenti, individuando come tematiche di intervento la sorveglianza e il controllo delle ICA, il corretto uso degli antibiotici e la formazione degli operatori. È proseguita l'importante azione di sensibilizzazione per il lavaggio delle mani e l'utilizzo di gel alcolico sia per gli operatori sanitaria sia per gli utenti e visitatori; sono stati posizionati erogatori di gel alcolico nei reparti di degenza e negli ambulatori in alcune aree comuni. Sono continuative le misure di prevenzione contro la legionella, con sorveglianza microbiologica sulla rete di distribuzione dell'acqua calda sanitaria effettuata a campione con periodicità individuata annualmente dal Gruppo di Lavoro Multidisciplinare in base alla valutazione del rischio effettuata e/o alla valutazione dei risultati dei campionamenti. Allo stesso modo prosegue l'analisi e il monitoraggio dei risultati delle verifiche strumentali degli impianti aereali per la valutazione e la gestione dei rischi infettivi a loro correlati. È attiva la sorveglianza da parte del laboratorio analisi sugli alert organism, sono stati individuati tre diversi gruppi di microrganismi/eventi allertanti quali Microrganismi ad elevata diffusibilità e pericolosità (ad es. clostridium difficile, legionella, ecc.), Antibioticoresistenza (ad es. enterobatteri resistenti ai carbapenemi, stafilococco aureo meticillino resistente, ecc.), Matrici nobili (emocolture e liquor). È in essere una convenzione con l'Infettivologia dell'AOSP-Univ. S.Orsola di Bologna per consulenza e/o presa in carico di pazienti (aggiornamento profilassi e terapia antibiotica, malattie infettive, infezioni di ferite chirurgiche).</p>



	<p>Svolgimento di eventi formativi aziendali a tema specifico:</p> <ul style="list-style-type: none"> → I percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA), → Uso responsabile degli antibiotici, → Sicurezza Trasfusionale, → Rischio infettivo in Ortopedia, aspetti gestionali e responsabilità del Medico, → La prevenzione delle infezioni da Legionella, → BLSA, → Linee di indirizzo regionali prevenzione delle lesioni da pressione, → Linee di indirizzo regionali sulle cadute in ospedale. <p>Inoltre sono stati revisionati o redatti ex novo numerosi documenti aziendali in tema.</p>
<p>Valutazione risultati e prospettive future</p>	<p>Si conferma che gli indicatori rappresentano uno degli strumenti di provata validità adottati da Villa Erbosa per garantire un'appropriata gestione ed il monitoraggio delle attività cliniche e dei processi più rilevanti.</p> <p>I dati raccolti, registrati, elaborati e condivisi, forniscono il ritorno informativo necessario per le valutazioni di competenza e sono utilizzati ai fini della verifica dei risultati e della pianificazione clinica assistenziale. Permettono infatti di rilevare anche eventuali criticità e mettere in atto i relativi processi di azione correttiva in tempi utili.</p> <p>Per quanto riguarda il governo del rischio infettivo, l'attuazione di quanto pianificato negli anni precedenti è oggetto di costante monitoraggio e sono in corso interventi di implementazione, in quanto si intende dare continuità allo sviluppo dell'azione di governo del rischio infettivo attraverso sia il consolidamento delle attività già avviate sia lo sviluppo di nuove attività.</p> <p>Anche per il 2020 sono in programma alcuni eventi formativi aziendali a tema specifico, quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Il buon uso del sangue / Best practice per la terapia trasfusionale → Sicurezza nelle cure, → Prevenzione delle infezioni, → L'uso corretto degli antibiotici, → BLSA, → Linee di indirizzo regionali prevenzione delle lesioni da pressione, → Linee di indirizzo regionali sulle cadute in ospedale.

SCHEMA DESCRITTIVO DELLO STRUMENTO / FONTE INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO

<p>Tipologia</p>	<p>Audit clinico</p>
<p>Letteratura / Normativa di riferimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Ministero della Salute - Dipartimento della Qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema – L'audit clinico (maggio 2011) → DM 2 Aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizioni degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" (standard generali di qualità per i presidi ospedalieri – gestione del rischio clinico) → Legge di Stabilità 2016 (Legge n. 208 del 28 Dicembre 2015, art. 1 comma 539) → DGR 1943/2017 "Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'Accreditamento delle Strutture Sanitarie" (6° Criterio Appropriatazza clinica e sicurezza)
<p>Descrizione dello strumento/flusso informativo</p>	<p>Definizione</p> <p>L'audit clinico è una metodologia di analisi strutturata e sistematica per migliorare la qualità dei servizi sanitari, applicata dai professionisti attraverso il confronto sistematico con criteri espliciti dell'assistenza prestata.</p> <p>Tutte le definizioni di audit clinico sottolineano la sua importanza quale strumento di miglioramento della qualità dei servizi e delle cure offerte. In tal senso esso è considerato uno dei principali determinanti della Clinical Governance così come definita da Scally e Donaldson nel 1998: <i>Sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e garantiscono elevati standard assistenziali creando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica.</i></p>



	<p>Obiettivi</p> <p>Le finalità dell'audit clinico sono: identificare scostamenti rispetto a standard conosciuti o best practice, attuare le opportunità di cambiamento individuato e monitorare l'impatto delle misure correttive introdotte.</p> <p>Rappresenta uno dei metodi più appropriati per valutare il grado di aderenza dell'attività clinica alle migliori pratiche disponibili ed assicurare standard elevati di assistenza.</p>
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	<p>Gli audit svolti nell'anno in esame si sono focalizzati su specifici argomenti clinico/assistenziali e su aspetti della pratica corrente, quali:</p> <p>a) Audit clinico di processo sulla tracciabilità del "Protocollo di sorveglianza MoM" con il coinvolgimento del Servizio di Radiologia, Laboratorio Analisi, Farmacia Interna, U.O. di Ortopedia.</p> <p>Obiettivi dell'audit sono stati verificare l'appropriatezza delle modalità implementate, valutando la congruità del percorso attuato rispetto a quanto previsto dal protocollo regionale, identificare gli eventuali ostacoli e definire gli interventi finalizzati alla loro risoluzione.</p> <p>b) Nel mese di Novembre 2019, su indicazione della Regione Emilia Romagna, ha avuto inizio un audit clinico di processo sulla tracciabilità degli interventi assistenziali di prevenzione delle Lesioni da Pressione nella documentazione sanitaria.</p> <p>L'audit ha l'obiettivo di promuovere la consapevolezza degli operatori rispetto alla pratica agita ed è condotto da Medici, Infermieri e Fisioterapisti tramite una check list regionale che prevede la visione di cartelle cliniche in Unità Operative pilota.</p>
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	<p>a) <u>Audit Protocollo di sorveglianza MoM:</u> sono stati analizzati gli esiti dei follow-up eseguiti da Ottobre 2018 a Gennaio 2020, per ogni esito si è risalito al paziente verificando il percorso seguito. Le cartelle ambulatoriali sono state esaminate, adottando metodi statistici e di elaborazione dei dati e delle variabili identificate, adeguati alle esigenze e tali da mettere il gruppo di lavoro in condizioni di identificare indicatori/standard di appropriatezza.</p> <p>b) <u>Audit clinico di processo sulla tracciabilità degli interventi assistenziali di prevenzione delle Lesioni da Pressione:</u> è stato effettuato l'audit a tempo 0, sono state analizzate le cartelle cliniche indicate dalla Regione ER. I dati delle check list sono stati inseriti sull'apposita piattaforma informatica ed inviati alla RER.</p>
Valutazione risultati e prospettive future	<p>a) <u>Audit Protocollo di sorveglianza MoM:</u> la maggioranza dei pazienti convocati si è sottoposta al protocollo di sorveglianza sanitaria (54 % presso Villa Erbosa, 9 % presso il domicilio). I pazienti che non si sono sottoposti al protocollo di sorveglianza hanno ricevuto la convocazione, una parte di essi ha comunicato non volersi sottoporre al protocollo di sorveglianza per condizione di benessere, altri sono risultati irraggiungibili telefonicamente.</p> <p>In conclusione i risultati ottenuti sono in linea con quanto atteso, ma resta comunque concreta la difficoltà di ottenimento di un diniego scritto da parte del paziente convocato.</p> <p>b) <u>Audit clinico di processo sulla tracciabilità degli interventi assistenziali di prevenzione delle Lesioni da Pressione:</u> l'audit sarà ripetuto nel 2020, dopo un periodo di implementazione delle Linee di Indirizzo RER (audit tempo1).</p> <p>Per l'anno 2020 sono previste le seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none">↳ Audit "Appropriatezza esami diagnostici" con il coinvolgimento del Laboratorio Analisi, Cardiologia Ambulatoriale, Diagnostica Immagini ed i professionisti delle UU.OO. mediche e chirurgiche;↳ Re-Audit "Prevenzione e gestione delle cadute in Ospedale", su indicazione regionale.



SCHEDA DESCRITTIVA DELLO STRUMENTO / FONTE INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO

<p>Tipologia</p>	<p>Sicurezza degli operatori e dell'ambiente di lavoro</p>
<p>Letteratura / Normativa di riferimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> → D.Lgs 81/08 Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro → D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali → DM 12 settembre 1958 - Istituzione del registro degli infortuni → DM 23 maggio 1991 Disposizioni di attuazione dell'art. 2, secondo comma, della legge 7 agosto 1990, n. 241, recante nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi → DM 10 agosto 1984 Integrazioni al Decreto Ministeriale del 12 settembre 1958 concernente l'approvazione del modello del Registro degli infortuni → Decreto Legislativo 23 febbraio 2000, n. 38 Disposizioni in materia di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, a norma dell'articolo 55, comma 1, della legge 17 maggio 1999, n. 144 → Norma UNI 7249/95 → Raccomandazione n. 8 del novembre 2007 del Ministero della Salute. "Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a carico degli operatori sanitari" → Raccomandazione per la prevenzione della violenza a danno degli operatori sanitari Regione Emilia Romagna 2010 → Circolare RER prot. PG/2016/383095 del 24.05.2016 relativa alle istruzioni operative per la segnalazione degli accadimenti relativi a danno degli operatori sanitari → Circolare RER prot. PG/2018/564542 del 05/09/2018 "Scheda segnalazioni di episodi di violenze e indicazioni per la stesura del Piano prevenzione della violenza a danno degli operatori sanitari"
<p>Descrizione dello strumento/fluxo informativo</p>	<p>Definizione Gli infortuni sono eventi negativi per il lavoratore e per l'azienda, potendo impattare in termini significativi anche sull'efficienza e sulla qualità dell'assistenza complessivamente erogata. Vengono compresi negli infortuni anche gli atti di violenza verso operatori, che il NIOSH definisce come "ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro". L'analisi del fenomeno infortunistico occupa una posizione centrale nell'approccio alla valutazione del rischio, perché fornisce i "dati storici" degli eventi effettivamente verificatisi. L'analisi del fenomeno infortunistico può essere eseguita mediante studi statistici.</p> <p>Obiettivi Il monitoraggio sistematico del fenomeno infortunistico e/o di violenza verso operatore consente al SPP, al Medico Competente, al Risk Manager e alle Direzioni di rilevare eventuali criticità, utilizzando come strumenti di analisi il calcolo dei principali indici infortunistici, verificare nel tempo se il fenomeno ha subito un miglioramento o un peggioramento per ogni unità operativa e mettere in atto tempestivamente eventuali interventi di adeguamento. Gli accadimenti possono, per numero e tipologia, offrire una prima indicazione sui livelli medi di rischio infortunistico o indicare operazioni o situazioni particolarmente critiche nel contesto delle attività in essere.</p>
<p>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</p>	<p>La prima operazione eseguita per realizzare l'analisi del fenomeno infortunistico è la raccolta dati. Come riferimento si utilizza il registro infortuni, che dà indicazioni in merito alla natura degli stessi, con particolare riferimento alla parte colpita, alla natura della lesione e alla causa. Altri dati fondamentali per le statistiche sono il numero dei dipendenti e di ore lavorate, per i quali si fa riferimento ai dati forniti dall'Ufficio Personale, considerando tutti i giorni lavorati indipendentemente dalla mansione. L'analisi finalizzata a cogliere le indicazioni generali e specifiche sul livello di sicurezza delle attività sviluppate, è articolata come segue: ⇒ valutazione dell'omogeneità dei dati infortunistici per frequenza e gravità, negli anni considerati; ⇒ durata media; ⇒ indice di incidenza; ⇒ analisi dell'infortunistica per cause e per attività specifiche (o unità operative) maggiormente coinvolte; ⇒ individuazione di eventi particolari o di particolare gravità (per giorni</p>



	<p>lavorativi persi o per danni irreversibili causati / frazioni di invalidità permanente) e loro analisi di dettaglio; ⇒ definizione della durata media degli infortuni.</p> <p>Per una visione generale dell'andamento infortunistico di Villa Erbosa si sono calcolati gli indici rapportati al tempo di esposizione dei lavoratori al rischio.</p> <p>Per quanto riguarda i "quasi infortuni", tutte le segnalazioni ricevute sono state relative ad aggressioni fisiche e verbali a danno del personale sanitario, che potevano trasformarsi in infortunio.</p> <p>Villa Erbosa, seguendo le indicazioni RER, ha redatto il piano specifico per la prevenzione della violenza a danno degli operatori (PREVIOS), parte integrante del più generale "Piano Programma per la Sicurezza delle Cure e la Gestione del Rischio" e ha adottato la scheda di segnalazione di episodi di aggressività e/o violenza da terzi a danno degli operatori.</p> <p>Il PREVIOS si inserisce in un'attività già in atto presso Villa Erbosa, infatti i temi relativi alle aggressioni e alla violenza in ambito lavorativo sono da tempo oggetto di discussione e approfondimento anche nel corso dei periodici incontri che il SPP ha con i Dirigenti e con i Preposti.</p>
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>Gli eventi formativi dedicati alla tutela della SSL sono stati numerosi e, conformemente alle indicazioni contenute nell'Accordo Stato Regioni, hanno riguardato corsi di formazione generale e specifica per lavoratori, preposti, dirigenti e altre figure previste nella struttura organizzativa SSL.</p> <p>Inoltre il Direttore Sanitario e il RSPP analizzano congiuntamente le segnalazioni su atti di violenza verso operatori pervenute, effettuando anche una valutazione riguardo alla presenza dei criteri per considerare l'episodio un "evento sentinella", ed attuano il monitoraggio delle eventuali azioni di miglioramento previste per ridurre la frequenza e/o migliorarne gli esiti.</p> <p>L'area più interessata è quella medica, il fenomeno è dovuto soprattutto alla presenza di pazienti trasferiti da PS di ospedali cittadini, per lo più affetti da patologie che compromettono le capacità mentali, rendendo difficile individuare un'azione mirata che possa ridurre il rischio e/o la possibilità di accadimento di tali eventi. È pertanto prioritaria e indispensabile l'attività di informazione e formazione nei confronti di tutti gli operatori sanitari, al fine di acquisire coscienza dei rischi correlati allo svolgimento delle proprie attività e di riconoscere gli atteggiamenti predittivi dell'aggressione per prevenirne il verificarsi; si sono svolti eventi formativi specifici sul tema.</p>
<p>Valutazione risultati e prospettive future</p>	<p>Attraverso la segnalazione di incidenti, comportamenti pericolosi e quasi infortuni si stimola anche un'acquisizione della cultura della sicurezza da parte degli operatori, ciò è particolarmente vero nel settore sanitario nel quale le attività e i compiti sono molteplici ed ampiamente differenziati.</p> <p>Questa strategia rappresenta uno dei più validi strumenti proattivi per l'azione preventiva nei luoghi di lavoro; attraverso la segnalazione di incidenti, comportamenti pericolosi e quasi incidenti si stimola anche un'acquisizione della cultura della sicurezza da parte degli operatori.</p> <p>Il SSL ha l'obiettivo di implementare il percorso intrapreso a seguito dei risultati ottenuti e delle ulteriori potenzialità che questa strategia suggerisce.</p> <p>Per quanto riguarda la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori proseguirà l'attività formativa, coinvolgendo di volta in volta nuovi operatori, al fine di raggiungere la totalità degli stessi, ed effettuando l'aggiornamento rispetto a successive raccomandazioni e/o normative in materia.</p> <p>Relativamente all'attività informativa, proseguirà la condivisione dei risultati dell'analisi e la raccolta di dati e segnalazioni relative a situazioni potenzialmente a rischio, durante gli incontri periodici di RSPP con i Preposti e con i Dirigenti.</p> <p>Inoltre, nell'ambito dell'attività di sorveglianza, proseguiranno i sopralluoghi periodici per la valutazione della sicurezza nei contesti lavorativi individuando preventivamente anche gli elementi caratteristici che possano costituire un rischio concreto.</p>



Si prevede infine un sempre maggior consolidamento delle attività di gestione integrata del rischio sanitario mediante azioni sinergiche e condivise tra i professionisti afferenti al SSL, che si occupano prevalentemente di sicurezza degli operatori e degli ambienti di lavoro, e i professionisti che si occupano di rischio clinico.

4. CONCLUSIONI

La **gestione del rischio clinico** viene intesa come un processo sistematico di identificazione, valutazione e trattamento dei rischi, sia attuali sia potenziali, con l'obiettivo di aumentare la sicurezza dei pazienti e degli operatori sanitari, riducendo nel contempo gli eventi avversi prevenibili e dunque indirettamente i costi.

Nella gestione del rischio e sicurezza delle cure, si deve tener conto da un lato della potenziale varietà e complessità di eventi, dall'altro delle fonti che possono fornirci dati e informazioni necessarie ad una **corretta interpretazione**. Incident reporting, eventi sentinella, segnalazioni (relative a dispositivi medici, farmaci, ecc.), reclami, questionari, richieste di risarcimento, analisi e verifiche interne forniscono una grande quantità di informazioni che devono inevitabilmente essere lette insieme per **comprendere il quadro della situazione e le modalità di intervento**.

Attraverso una **visione integrata degli elementi relativi alla gestione del rischio e sicurezza delle cure**, con la presente relazione Villa Erbosa intende **restituire in modo trasparente alle persone assistite, ai loro familiari e caregiver, alle associazioni, ai professionisti ed a tutti gli stakeholders in senso lato, l'impegno costante** nel monitoraggio dei rischi, nella prevenzione degli eventi significativi per la sicurezza di pazienti ed operatori e nella tempestiva gestione degli stessi, nonché nell'individuazione di aree aziendali a maggior criticità e delle più significative problematiche legate alle attività assistenziali, nei confronti delle quali viene dedicato costante impegno sia in termini di implementazione di attività di miglioramento sia in termini di formazione mirata.

In questo contesto, la **gestione del rischio clinico e sicurezza delle cure si pongono come cardine strategico** nelle attività di miglioramento continuo della qualità, riconducendo ad una **gestione unitaria gli aspetti di rischio inerenti alla sicurezza con quelli relativi al governo dei processi assistenziali senza trascurare gli aspetti medico – legali**, che assumono progressivamente una maggiore rilevanza anche per le connesse implicazioni assicurative, di immagine e di fiducia del paziente.

Bao. 25.05.2020

VILLA ERBOSA OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO - 185180221
Direttore Sanitario
DOTT. MASSIMO GIROLI