

# RELAZIONE ANNUALE SUGLI ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE CURE E ALLE RELATIVE AZIONI DI MIGLIORAMENTO *ex-art.2 comma 5 della legge 8 marzo 2017, n.24*

## PREMESSA

La Legge n. 24 dell'8 marzo 2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" prevede che le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie predispongano una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto tali accadimenti e sulle conseguenti iniziative messe in atto; è previsto inoltre che la medesima relazione venga pubblicata nel sito internet della struttura sanitaria.

Tale previsione richiama anche precedenti indirizzi normativi, come quelli contenuti nella Legge 28 dicembre 2015 n. 208, in cui si disponeva che tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivassero un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management) anche per l'effettuazione di percorsi di audit o di altre metodologie finalizzate allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti, con segnalazione anonima del quasi-errore ed analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari.

Il Decreto Ministeriale di istituzione dell'Osservatorio Nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza in sanità del 29 settembre 2017 chiarisce poi ulteriormente quali siano gli accadimenti di interesse, considerando tutti gli "incidenti" correlati alla sicurezza delle cure, non solo quelli causativi di un danno (eventi avversi), ma anche quelli che non hanno determinato un danno (eventi senza danno) ed i rischi (i cosiddetti "quasi eventi"/near miss: eventi che non si sono verificati, che "stavano per accadere" ma sono stati intercettati/impediti prima del loro verificarsi).

Si comprende, pertanto, quale sia lo spirito che anima tali dettati normativi, vale a dire quello di contemperare tutte le esigenze: promuovere la sicurezza delle organizzazioni, garantendo la trasparenza nei confronti del cittadino (attraverso la pubblicazione della presente relazione) e orientando proprio la disponibilità dei dati alla rappresentazione dell'impegno che le stesse organizzazioni spendono per la sicurezza ed il miglioramento.

Una letteratura sempre più consolidata afferma che le organizzazioni più affidabili sono quelle che mettono al centro della loro attenzione la misurazione ed il monitoraggio della sicurezza.

Analogamente tutti gli studi concludono che l'utilizzo di numerosi strumenti di rilevazione trova il proprio rationale nella complementarietà delle informazioni ottenute. Le organizzazioni sanitarie devono quindi utilizzare un ampio portfolio di metodi di rilevazione per identificare i problemi relativi alla sicurezza del paziente: i metodi di rilevazione non sono alternativi ma complementari offrendo livelli differenti di informazioni qualitative e quantitative sulla sicurezza delle cure.

Occorre comunque fare un ragionamento generale rispetto alla quantificazione degli eventi avversi. In presenza di un aumento di eventi avversi identificati è complesso determinare se questo rifletta un peggioramento nelle performance dell'organizzazione sanitaria relative alla gestione del rischio

o un miglioramento nella capacità di rilevare gli eventi.

Allo stesso modo un decremento degli eventi avversi può riflettere sia un miglioramento nelle performance sia un inadeguato investimento dell'organizzazione nel migliorare la capacità di identificarli.

I sistemi sanitari che investono nel miglioramento della sicurezza dei pazienti dovrebbero quindi aspettarsi anche di osservare un aumento del numero di eventi avversi registrati a breve termine. Questo non deve necessariamente essere interpretato come un deterioramento della qualità della cura, in quanto può essere semplicemente il risultato di una migliore consapevolezza e trasparenza nel sistema.



## **DESCRIZIONE DEL CONTESTO DI RIFERIMENTO**

L'Azienda USL di Bologna nasce il 1° gennaio 2004 dalla unificazione delle tre precedenti aziende Città di Bologna, Bologna Sud e Bologna Nord; il territorio comprende al suo interno 45 comuni, organizzati in sei distretti di committenza e garanzia (Città di Bologna; Reno, Lavino e Samoggia; Appennino Bolognese; San Lazzaro di Savena; Pianura Est; Pianura Ovest) e si estende complessivamente su una superficie di circa 3.000 chilometri quadrati su cui vivono 882.916 persone di cui oltre 27.000 hanno più di 60 anni.

Rappresenta una delle più grandi e rilevanti aziende socio-sanitarie del Paese con quasi 1,9 miliardi di euro quale valore di produzione annuo e quasi 7500 operatori sanitari (dato al 31.12.2019): si tratta di una realtà ad elevata complessità gestionale e di ampie dimensioni, in cui le professionalità presenti ne costituiscono l'elemento caratterizzante.

Al numero di 7455 operatori sanitari dell'Azienda USL di Bologna devono essere aggiunti 580 Medici di Medicina Generale, 124 Pediatri di Libera Scelta, 209 Specialisti ambulatoriali (Medici, Biologici, Psicologi), 160 Medici di Continuità Assistenziale di cui 79 titolari di in carico, 11 Medici SIAS che operano in carcere portando il numero complessivo a 8618 professionisti.

Nel corso del 2019 l'Azienda USL Bologna è stata accreditata secondo i requisiti ai sensi della DGR 1943/2017.

La struttura organizzativa aziendale è disciplinata dall'Atto Aziendale e dal Regolamento di Organizzazione Aziendale adottati dalla Direzione Generale e si articola in Distretti, Ospedali, Dipartimenti, Direzioni e Unità Operative.

I nove stabilimenti ospedalieri consentono una presenza capillare sul territorio ed assicurano ai cittadini l'accesso ai servizi ed alle prestazioni sanitarie, da quelle di base a quelle di più elevato livello specialistico.

Nel corso del 2019 l'Azienda USL di Bologna, nell'ottica di introdurre modelli organizzativi che affrontino le molteplici dimensioni dell'integrazione delle cure ed in linea con le indicazioni regionali di Migliorare la qualità dell'offerta e dell'efficienza nella produzione di servizi avviando un processo di integrazione di attività e funzioni, ha istituito il Dipartimento dell'Integrazione con lo scopo di collocare all'interno di un unico Dipartimento strutture che svolgono attività riferibili ai livelli

territoriale ed ospedaliero ma che costituiscono sostanzialmente segmenti di percorsi assistenziali da gestire in modo unitario, utilizzando in maniera maggiormente flessibile le risorse professionali, logistiche e tecnologiche.

Così facendo il Dipartimento di Integrazione realizza tali obiettivi per gli ambiti di competenza in quanto coordina le articolazioni organizzative che contribuiscono maggiormente all'attuazione della presa in carico dei soggetti deboli o cronici (quali ad esempio i bambini affetti da patologie croniche, i malati oncologici in stadio avanzato, gli anziani), al fine di garantire attraverso percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali un continuo ed adeguato controllo dell'andamento della patologia di cui il cittadino è affetto.



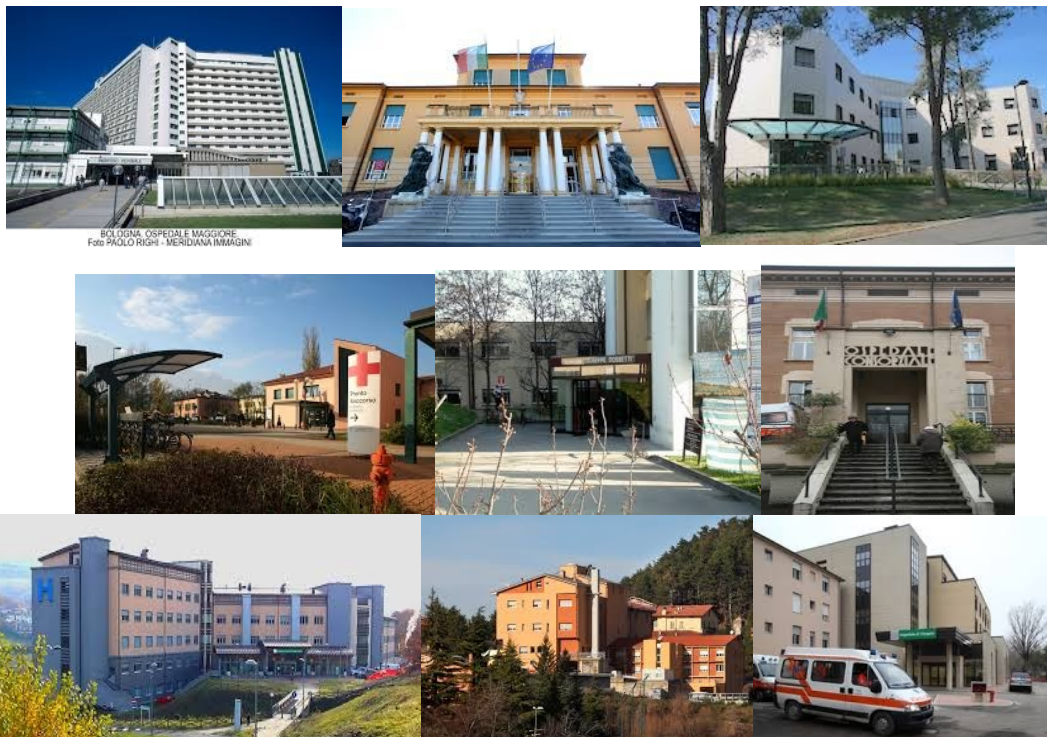
## **IRCCS ISTITUTO DELLE SCIENZE NEUROLOGICHE DI BOLOGNA**

L'Istituto delle Scienze Neurologiche (ISNB) è stato riconosciuto dal Ministero della Salute nel 2011 quale Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) nella disciplina "Scienze neurologiche". Il Direttore Generale dell'Azienda Usl di Bologna ha la rappresentanza legale dell'Istituto che gode della personalità giuridica pubblica dell'Azienda Usl di Bologna di cui è parte e al quale è assicurata autonomia scientifica, organizzativa e contabile.

L'Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna, costituito in attuazione a quanto previsto dalla Legge Regionale n. 4 del 19 febbraio 2008, integra ed amplia le competenze e le professionalità già maturate in Azienda nella diagnosi e nel trattamento delle malattie neurologiche con le competenze didattiche, di ricerca e cura della Clinica Neurologica dell'Università di Bologna inserita sul piano assistenziale nella rete delle aziende sanitarie regionali dal 1° gennaio 2005.

ISNB assicura l'attività di ricerca scientifica e di formazione, di organizzazione e gestione dei servizi sanitari, oltre che la prevenzione, la diagnosi, la cura e la riabilitazione nell'ambito delle patologie del sistema nervoso centrale e periferico di interesse neurologico e neurochirurgico nella popolazione infantile e adulta.

La valorizzazione dell'attività di ricerca e formazione dell'Istituto si realizza in stretta collaborazione con l'Università di Bologna, cui appartengono numerosi professionisti dell'ISNB, e attraverso la collaborazione con la rete nazionale degli Istituti di Ricerca delle scienze neurologiche.



## DATI DI ATTIVITÀ E DI PRODUZIONE

I posti letto disponibili al 31.12.2019 sono 1271 di cui 1228 come degenza ordinaria; nella tabella di seguito riportata si rappresenta il dato nella sua interezza.

Stabilimento	Degenza ordinaria	Day Hospital	Day Surgery	Totale
OSPEDALE MAGGIORE	561	3	12	576
OSPEDALE BELLARIA	80	6	1	87
OSPEDALE BAZZANO	55	1	1	57
OSPEDALE PORRETTA TERME	68	1	5	74
OSPEDALE VERGATO	18	0	1	19
OSPEDALE LOIANO	24	0	0	24
OSPEDALE BENTIVOGLIO	131	2	1	134
OSPEDALE BUDRIO	53	2	0	55
OSPEDALE S. GIOVANNI IN PERSICETO	99	3	1	103
<b>TOTALE PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AZ. USL DI BOLOGNA</b>	<b>1.089</b>	<b>18</b>	<b>22</b>	<b>1.129</b>
<b>IRCCS SCIENZE NEUROLOGICHE BOLOGNA</b>	<b>139</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>142</b>
<b>TOTALE AZIENDALE</b>	<b>1.228</b>	<b>20</b>	<b>23</b>	<b>1.271</b>

Durante il 2019 sono stati dimessi dall'Azienda USL di Bologna quasi 60.000 persone di cui oltre 51.000 dopo una degenza in regime ordinario.

PRESIDI	STABILIMENTI	REGIME DI RICOVERO		
		ORDINARI	DH	ORD+DH
<b>PRESIDIO UNICO</b>	<b>MAGGIORE</b>	25.170	3.878	29.048
	<b>BELLARIA</b>	4.619	1.070	5.689
	<b>BAZZANO</b>	1.938	491	2.429
	<b>PORRETTA TERME</b>	2.838	606	3.444
	<b>VERGATO</b>	860	22	882
	<b>LOIANO</b>	730	-	730
	<b>BUDRIO</b>	1.527	1	1.528
	<b>BENTIVOGLIO</b>	5.461	489	5.950
	<b>S. G. PERSICETO</b>	3.979	1.119	5.098
	<b>TOTALE PRESIDIO UNICO</b>	<b>47.122</b>	<b>7.676</b>	<b>54.798</b>
<b>ISBN</b>	<b>TOTALE ISBN</b>	<b>4.008</b>	<b>818</b>	<b>4.826</b>
<b>Totale</b>		<b>51.130</b>	<b>8.494</b>	<b>59.624</b>

All'interno della azienda sono operativi 7 Pronto Soccorso Generale ed un Punto di Primo Intervento, oltre a 2 Pronto Soccorso Pediatrico, 1 Pronto Soccorso Ostetrico-Ginecologico ed 1 Pronto Soccorso Ortopedico che complessivamente, nel corso del 2019, hanno avuto più di 240.000 accessi; di questi 31.000 circa sono stati seguiti da un ricovero, 23.000 circa da un periodo in Osservazione Breve Intensiva che ha esitato in un ricovero in quasi la metà dei casi (oltre 10.000 persone).

Struttura sede del PS	Generale	Ortopedico	Pediatrico	Ostetrico-ginecologico	Accessi 2019
Maggiore	1	1	1	1	112.604
Bentivoglio	1		1		40.012
Budrio	1				19.490
S.G. Persiceto	1				20.786
Bazzano	1				20.495
Loiano PPI	1				6.030
Porretta	1				12.426
Vergato	1				8.626
<b>Totale</b>					<b>240.469</b>

Andando a distinguere, in base al codice colore, risulta che la gran parte degli accessi ai Pronto Soccorso è stata classificata come senza urgenza o con urgenza minore.

Codice rosso	5.001
Codice giallo	34.298
Codice verde	158.904
Codice bianco	42.266

Per quanto riguarda le prestazioni specialistiche erogate nel corso del 2019 a pazienti esterni sia in ambito ospedaliero che territoriale esse sono state oltre 10.000.000 di cui oltre 8 milioni relative ad



analisi di laboratorio, quasi 300.000 ad accertamenti radiologici ed oltre 27.000 neuroradiologici. Tra le prestazioni mediche erogate il maggior numero di visite è relativo alla Cardiologia (oltre 288.000).

## **ASSETTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO**

L'assetto organizzativo attualmente operativo assume come visuale quella di un approccio gestionale globale alla sicurezza che favorisca l'integrazione stabilendo sinergie e alleanze e superando la tendenza ricorrente alla frammentazione organizzativa e professionale.

Attualmente, pur essendo la responsabilità complessiva sulla sicurezza in capo alla Direzione Generale, poiché le criticità aziendali prevalenti in materia di rischio e sicurezza sono connesse ai processi tecnico-professionali di erogazione dei servizi, l'organizzazione integrata delle diverse componenti della gestione del rischio risiede nella funzione di Gestione del Rischio Clinico in staff alla Direzione Sanitaria Aziendale. Tale specifica funzione, incardinata all'interno della UOC Medicina Legale e Risk Management è espressione della necessità di armonizzare la connessione organizzativa e gestionale dello studio del sinistro con quella della sicurezza dei processi clinico-assistenziali, anche nel rispetto della recente Legge 24/2017.

L'UOC Medicina Legale e Risk Management, attraverso la funzione di Risk Management, coordina le altre strutture aziendali impegnate nella sicurezza (Nucleo Strategico Aziendale per la sicurezza - Osservatorio Aziendale Sicurezza delle Cure) supportando la Direzione Sanitaria nella realizzazione delle attività connesse ai progetti di gestione del rischio aziendale e nella loro rendicontazione annuale.



INCIDENT REPORTING	
Letteratura/Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DM 2 aprile 2015, N. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera” (Standard generali di qualità per i presidi ospedalieri – Gestione del Rischio clinico);</li> <li>• Legge di Stabilità 2016 (Legge n. 208 del 28 dicembre 2015, art. 1 comma 539);</li> <li>• DGR 1943/2017 “approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell’accreditamento delle strutture sanitarie” (6° Criterio - Appropriatelyzza clinica e sicurezza)</li> <li>• Documento strategico per la Sicurezza delle cure e di programmazione delle attività regionali 2019 – 2020 Osservatorio Regionale per la Sicurezza delle Cure – Regione Emilia Romagna – Centro per la gestione del Rischio Sanitario.</li> </ul>
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	<p>L’<i>Incident Reporting</i> (IR) è un sistema di segnalazione, nato nelle organizzazioni ad alto rischio e successivamente adattato al contesto sanitario che consente ai professionisti sanitari di descrivere e comunicare eventi avversi (definiti come danni involontari causati dal sistema sanitario o dalla malattia del paziente) e cosiddetti <i>near miss</i> (definiti come “<i>eventi evitati</i>” 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).</p> <p>La raccolta sistematica delle informazioni inerenti eventi e/o quasi eventi e la periodica lettura ed interpretazione delle segnalazioni consente di creare “<i>massa critica</i>” 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. 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’IR 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. 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/Struttura, 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</p>

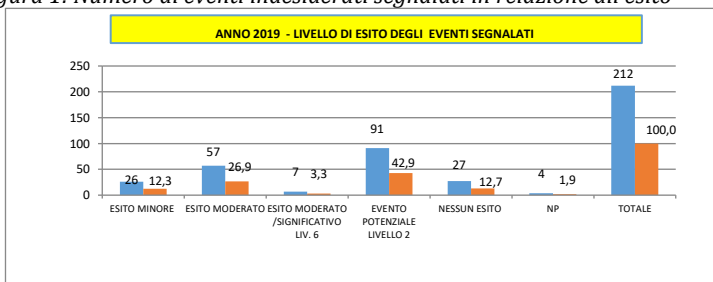
	<p>diffusione della cultura della non colpevolizzazione del singolo professionista, la solidità del sistema delle segnalazioni e la capacità di apprendimento e risposta dell'organizzazione. In definitiva, l'IR reporting è da intendersi da un lato come uno strumento di apprendimento continuo, utile a 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>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</p>	<p>L'Azienda USL di Bologna non ricorre all' IR regionale, avendo attivato un iter di segnalazione locale. Il sistema di segnalazione aziendale degli eventi indesiderati (eventi potenziali fino a eventi con esito significativo) è articolato in un percorso che prevede l'utilizzo di una scheda di identificazione e descrizione dell'evento compilata spontaneamente dall'operatore coinvolto (come diretto interessato o per situazioni a cui ha assistito direttamente o di cui è stato riferito) e di una scheda di analisi dell'evento e identificazione degli interventi di miglioramento, quest'ultima a cura dei referenti del rischio identificati nel Direttore di UO e Coordinatore di UA. Entrambe le schede sono cartacee. Dal 2015 viene elaborato un report di rendicontazione con cadenza annuale. Al fine di sensibilizzare e favorire alla segnalazione degli eventi da parte di tutti i professionisti aziendali, dal mese di dicembre 2019 è stato attivato, in via sperimentale, il percorso di segnalazione in modalità <i>online</i> accessibile dalla intranet aziendale con l'utilizzo delle credenziali aziendali. Tale sistema segue la stessa articolazione della segnalazione cartacea con una prima scheda di segnalazione ed una seconda scheda con analisi e individuazione degli interventi di miglioramento. Nei primi mesi del 2020 si utilizzeranno entrambe le modalità sia cartacea che on line, per poi andare a regime entro aprile, esclusivamente con il percorso informatizzato.</p> <p>Al fine di sensibilizzare e coinvolgere i professionisti nel percorso di gestione del rischio e Sicurezza delle cure, di cui l'IR è parte integrante, facendo seguito a quanto previsto nella Delibera aziendale 342 del 08/11/2018 <i>"Definizione dell'assetto organizzativo aziendale per la Gestione del rischio e sicurezza delle cure"</i>, in cui si descrive la "rete di facilitazione", nel corso del 2019 si è dato avvio alla formalizzazione della rete sia dei <i>Referenti</i> che dei <i>Facilitatori Risk</i> aziendali. I <i>Referenti</i> sono identificati nel Direttore di UO e coordinatore di UA, i <i>Facilitatori</i>, individuati dai propri responsabili, hanno la funzione di supportare operativamente il funzionamento della rete.</p>



Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento

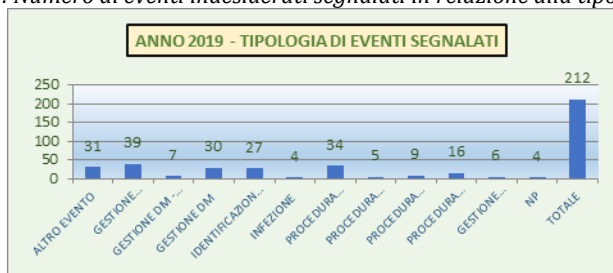
Nel 2019 sono state raccolte 212 segnalazioni riguardanti quasi eventi, eventi senza esito ed eventi avversi con esito variabile (da lieve a moderato/significativo). In base alla gravità di danno, nel periodo di riferimento, la quota più rilevante delle segnalazioni ha riguardato gli eventi potenziali di livello 2 cioè le situazioni pericolose con potenziali danni che sono state intercettate dagli operatori sanitari (42,9%), seguono per numerosità, gli eventi con esito moderato cioè eventi avversi con danno che ha richiesto osservazioni e monitoraggio ulteriori del paziente (26,9%) Gli eventi con esito significativo rappresentano solo il 3,3% del totale.

Figura 1: Numero di eventi indesiderati segnalati in relazione all'esito



Rispetto alla tipologia di eventi segnalati, la gestione dei farmaci rappresenta la tematica che più ha coinvolto i professionisti negli eventi segnalati (18,4 %), insieme alle procedure assistenziali (16%) e alla gestione dei DM (14,2%). Merita una riflessione anche il dato che emerge in merito all'identificazione del paziente che ha coinvolto 27 pazienti assistiti. La voce "altro evento" che rappresenta il 14,6% delle segnalazioni, riguarda criticità legate a: documentazione/consenso, danni a cose, problemi organizzativi nelle prenotazioni, trasporto, comunicazione, mancata compliance del paziente. Oltre ad avere un aumento del numero delle segnalazioni, sono aumentate anche le strutture segnalanti passando da un numero di 62 nel 2018 a 78 nel 2019.

Figura 2: Numero di eventi indesiderati segnalati in relazione alla tipologia



Le principali azioni di miglioramento intraprese in seguito alle segnalazioni volontarie analizzate, sono state sintetizzate nelle seguenti categorie:

- Stesura (o revisione) di protocollo/procedura;
- Acquisizione (sostituzione/riparazione) di presidi/attrezzature/tecnologie;
- Riorganizzazione di processi;
- Informazione/formazione/addestramento del personale;
- Introduzione/integrazione di documentazione;
- Avvio di azioni specifiche di monitoraggio.

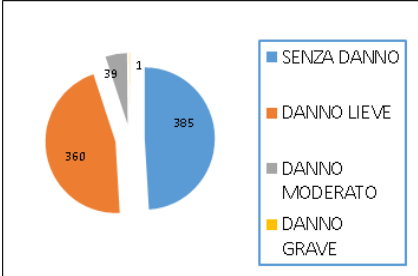
Nel corso del 2019 sono stati formati 1375 professionisti sanitari sul tema specifico dei percorsi aziendali di segnalazione degli eventi gestiti dalla UOC Medicina Legale e Risk Management.

Valutazione risultati e prospettive future	<p>L'analisi degli eventi più critici in termini di danno o considerati comunque significativi, condotta sia attraverso gli audit multidisciplinari che raccogliendo le informazioni emerse dalle relazioni da parte dei professionisti clinici e assistenziali, ha messo in evidenza in particolare la difficoltà di sistematizzare momenti di confronto/coinvolgimento in team multidisciplinare tra i professionisti sia per analizzare gli eventi segnalati che per strutturare e condividere i percorsi di miglioramento necessari. Anche alla luce di queste considerazioni, nel corso del 2020, l'Azienda USL di Bologna continuerà ad attivarsi in azioni di tipo proattivo intervenendo su più livelli al fine di:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Portare a regime l'informatizzazione del percorso di segnalazione entro aprile 2020;</li><li>• Migliorare il ritorno dei dati di segnalazione ed il monitoraggio, inviando in maniera sistematica il report delle segnalazioni alle Unità Operative segnalanti;</li><li>• Aumentare il numero di audit multidisciplinari su eventi significativi definendo un numero minimo di audit da realizzare nei singoli dipartimenti;</li><li>• Rafforzare la rete dei <i>Referenti e Facilitatori Risk</i> anche attraverso un percorso formativo strutturato in sei edizioni ripetute, che saranno realizzate nel 2020, in collaborazione con il Servizio di Formazione aziendale.</li></ul>
--	---



## CADUTE

Letteratura/Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministero della Salute, “Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie ministeriale”, raccomandazione n.13, novembre 2011;</li> <li>• Regione Emilia Romagna, “Linee di indirizzo su prevenzione e gestione delle cadute del paziente in ospedale”, Circ. 21/2016;</li> <li>• DGR 830/2017 Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale per l'anno 2017;</li> <li>• Documento strategico per la Sicurezza delle cure e di programmazione delle attività regionali 2019 – 2020 Osservatorio Regionale per la Sicurezza delle Cure – Regione Emilia Romagna – Centro per la gestione del Rischio Sanitario.</li> </ul>
Piano Aziendale Prevenzione Caduta (PAPC)/Flusso informativo	<p>La caduta accidentale rappresenta il più frequente evento indesiderato che si verifica in ospedale e coinvolge in particolar modo pazienti anziani e pazienti fragili comportando, in molti casi, non solo danni diretti strettamente correlati al trauma, ma anche un incremento dei costi sanitari e sociali: prolungamento della degenza, attività diagnostiche e terapeutiche aggiuntive, risarcimento di eventuali danni permanenti, etc.</p> <p>L’Azienda USL di Bologna, impegnata da diversi anni su questa tematica, in allineamento alle direttive regionali, ha definito nel Piano Aziendale per la Prevenzione delle Cadute (PAPC) per l’anno 2019 sia gli obiettivi che gli strumenti volti a prevenire e gestire il fenomeno. Notevole attenzione è stata posta alla segnalazione/rilevazione dell’evento (scheda di segnalazione) ed all’analisi del flusso informativo. Sulla base dei dati emersi sono state identificate in maniera più circoscritta le azioni utili per implementare le Linee di indirizzo regionali sulle cadute in ospedale, con l’obiettivo principale di ridurre numericamente l’incidenza di eventi avversi ed eventi sentinella nonché il numero dei sinistri.</p> <p>Il sistema di segnalazione aziendale prevede l’utilizzo di una specifica scheda, strutturata in più sezioni e compilata dal medico e dall’infermiere (o altro professionista sanitario) testimoni della caduta. La scheda raccoglie numerose variabili quali: dati del paziente, presenza di testimoni, struttura e luogo di accadimento, preventiva valutazione del rischio ed interventi di prevenzione messi in atto, fattori contribuenti/favorenti, dinamica, modalità e meccanismo della caduta, esito, successivo iter diagnostico-terapeutico, ripercussioni in termini organizzativi.</p> <p>Dal mese di dicembre 2019 è stato attivato, in via sperimentale, il percorso di segnalazione in modalità <i>on line</i> accessibile agli operatori sanitari dalla intranet utilizzando le credenziali aziendali. Tale sistema ricalca la stessa articolazione della segnalazione cartacea con una prima sezione a cura dell’operatore sanitario che rileva l’evento caduta ed una seconda sezione a cura del medico che visita il paziente, riportando tutte le informazioni sia sul suo stato clinico che sull’esito della caduta. Nei primi mesi del 2020 si utilizzeranno entrambe le modalità, sia cartacea che <i>on line</i>, per poi utilizzare, dal 1° luglio, esclusivamente il percorso informatizzato.</p>

	<p>La nuova modalità permetterà al Risk Manager di poter monitorare in maniera più agevole ed immediata le informazioni e dare in tempo reale un ritorno alle strutture organizzative sull'andamento e l'analisi del fenomeno.</p>										
<p>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</p>	<p>La conoscenza del fenomeno con analisi qualitativa e quantitativa degli eventi è il primo presupposto per strutturare un piano di prevenzione e gestione delle cadute.</p> <p>La reportistica aziendale, condivisa nei contenuti minimi con il livello regionale, ha registrato per il 2019 i seguenti tassi di cadute relativi a 1000 giornate di degenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>785</b> cadute di pazienti in Ospedale (Pz in regime di ricovero esclusi i pz psichiatrici): tasso <b>1.97</b> cadute /<b>1000 gg</b> di degenza (<b>-0.04</b> rispetto al tasso cadute 2018);</li> <li>• <b>38</b> cadute di pazienti ricoverati in Degenza Salute Mentale (SPDC): tasso <b>2.77</b> cadute/<b>1000 gg</b> di degenza (<b>-1.79</b> rispetto al tasso cadute 2018);</li> <li>• <b>43</b> cadute di pazienti non in regime di ricovero.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><i>Figura 1 - Cadute Anno 2019 - N cadute e tipologia di danno</i></p>  <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Tipologia di danno</th> <th>Numero cadute</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SENZA DANNO</td> <td>385</td> </tr> <tr> <td>DANNO LIEVE</td> <td>360</td> </tr> <tr> <td>DANNO MODERATO</td> <td>39</td> </tr> <tr> <td>DANNO GRAVE</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>Un ulteriore approfondimento, con audit di processo su documentazione sanitaria è stato realizzato negli ultimi mesi dell'anno, in 4 Unità Operative: UO Medicina e Lungodegenza di Bazzano, UO Medicina Budrio, UOS Medicina A Perichirurgico, UO/Neurochirurgia OB (IRCCS). Alla luce delle informazioni/dati emersi nel biennio 2018/2019 l'azienda ha coinvolto i professionisti sanitari in un percorso di miglioramento volto al raggiungimento di 5 macro obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilizzazione alla segnalazione;</li> <li>• Sensibilizzazione alla valutazione, gestione e prevenzione;</li> <li>• Formazione sulle Linee di Indirizzo regionali per la prevenzione delle cadute in Ospedale;</li> <li>• Revisione procedura: valutazione del rischio e pianificazione degli interventi;</li> <li>• Coinvolgimento/sensibilizzazione del paziente/caregivers.</li> </ul>	Tipologia di danno	Numero cadute	SENZA DANNO	385	DANNO LIEVE	360	DANNO MODERATO	39	DANNO GRAVE	1
Tipologia di danno	Numero cadute										
SENZA DANNO	385										
DANNO LIEVE	360										
DANNO MODERATO	39										
DANNO GRAVE	1										
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>Nel biennio 2018/2019 sono stati formati 1318 professionisti sanitari, con <b>modalità FAD</b>, sulle Linee di indirizzo regionali per la prevenzione delle cadute in ospedale.</p> <p>Si è provveduto alla implementazione della procedura aziendale <b>P07 POUA - Prevenzione e gestione dell'evento caduta in ospedale</b> puntando sull'approccio multidisciplinare (medico/paziente) nella valutazione e prevenzione delle cadute nei pazienti a rischio.</p> <p>Notevole importanza a livello aziendale è stata data al coinvolgimento attivo dei pazienti e dei <i>caregivers</i>. Si è voluto focalizzare l'attenzione sull'informazione che viene data sia al momento del ricovero in ospedale che alla dimissione, consegnando gli opuscoli informativi regionali strutturati <i>ad hoc</i> per prevenire le cadute sia in ospedale che a domicilio. Laddove il paziente è stato valutato a rischio caduta esso è stato coinvolto dai professionisti sanitari insieme al <i>caregiver</i> (se presente)</p>										

	<p>nella compilazione del piano individuale di prevenzione.</p> <p>In occasione della giornata mondiale per la Sicurezza delle Cure <b>Open Safety Day</b> del 17 settembre, l'Azienda Usl di Bologna ha voluto dare al tema cadute una rilevanza strategica, coinvolgendo tutta la cittadinanza attraverso video, slides, opuscoli informativi che sono stati diffusi ed illustrati dal personale medico, assistenziale e riabilitativo nei punti ospedalieri ed ambulatoriali allestiti ad hoc per la giornata. La giornata è stata preceduta da un incontro illustrativo con i Comitati Consultivi Misti.</p>
<p>Valutazione risultati e prospettive future</p>	<p>L'analisi degli eventi più critici in termini di danno o considerati comunque significativi, condotta sia attraverso gli <i>audit</i> multidisciplinari che raccogliendo le informazioni emerse dalle relazioni da parte dei professionisti clinici e assistenziali, ha messo in evidenza alcune aree che necessitano di miglioramento quali in particolare: la difficoltà di sistematizzare momenti di confronto/ coinvolgimento in team multidisciplinare tra i professionisti e quella di compilare tutte le informazioni richieste dalla procedura aziendale.</p> <p>Alla luce di queste considerazioni, nel corso del 2020, l'Azienda USL di Bologna continuerà il percorso di miglioramento, intervenendo su più livelli con l'obiettivo di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Rafforzare</b> il Ruolo dei Facilitatori sia medici che assistenziali all'interno delle UU00/UUAA;</li> <li>• <b>Rivedere</b> la procedura <b>P07 POUA - Prevenzione e gestione dell'evento caduta in ospedale;</b></li> <li>• <b>Portare a regime</b> l'informatizzazione del percorso di segnalazione;</li> <li>• <b>Migliorare</b> il ritorno dei dati segnalazione /monitoraggio;</li> <li>• <b>Aumentare il numero di audit multidisciplinari</b> su eventi significativi;</li> <li>• <b>Favorire concretamente la rete Ospedale - Territorio</b> anche attraverso il coinvolgimento dei cittadini e dei caregivers strutturando incontri sistematici con i Comitati Consultivi Misti.</li> </ul>





## SINISTRI

Letteratura/Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DGR 1706/2009 integrata dalla Delibera di Giunta Regionale n. 2108 del 21.12.2009 “Individuazione di aree di miglioramento della qualità delle cure e integrazione delle politiche assicurative e di gestione del rischio”;</li> <li>• DGR 1350/2012 di approvazione del Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile nelle Aziende Sanitarie;</li> <li>• LR 13/2012 Norme per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli Enti del Servizio Sanitario Regionale;</li> <li>• DGR 2416/2013 e successive modifiche Approvazione delle indicazioni operative per la gestione diretta dei sinistri nelle aziende sanitarie;</li> <li>• DGR 2079/2013 Nuovo programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile nelle Aziende Sanitarie</li> <li>• DGR 1061/2016 Programma regionale gestione diretta dei sinistri;</li> <li>• Determinazione del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali 11664 del 20.07.2016 Programma regionale gestione diretta dei sinistri in sanità. Procedure e modalità operative relative al rimborso delle spese legali con oneri a carico della Regione Emilia Romagna;</li> <li>• Legge 24/2017;</li> <li>• DGR 977/2019 Linee di programmazione e di finanziamento della Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l’anno 2019.</li> </ul>
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	<p>La gestione del rischio rappresenta lo strumento con cui è possibile prevenire le conseguenze indesiderate dell’attività sanitaria integrando le funzioni di riparazione e risarcimento con quello di studio dei fenomeni e di correzione delle condizioni che facilitano l’errore. A partire del 1° maggio 2016 l’AUSL Bologna è entrata a far parte delle aziende che aderiscono al programma di cosiddetta “autogestione dei sinistri”. L’analisi della sinistrosità consente di arricchire con una visione più articolata degli eventi avversi e delle criticità aziendali la mappatura dei rischi a livello aziendale. L’integrazione delle funzioni di gestione del rischio clinico con quelle di gestione dei sinistri è anche assicurata dall’analisi strutturata del contenzioso nell’ambito del CVS (Comitato Valutazione Sinistri) essendo rappresentata all’interno del CVS anche la funzione del rischio clinico. Tale coinvolgimento di fatto assicura una più diretta conoscenza da parte dell’Azienda del fenomeno della sinistrosità ed ha talora consentito di utilizzare gli elementi di istruttoria e di approfondimento anche a fini di monitoraggio del rischio clinico a livello aziendale. Viene assicurata inoltre la regolare alimentazione dello specifico database regionale dedicato al contenzioso con conseguente possibilità di ottenere una specifica reportistica della sinistrosità aziendale aggregata per aree/tematiche di particolare criticità.</p>

<p>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</p>	<p>L'analisi del contenzioso aziendale rappresenta una fonte informativa che, unitamente agli eventi avversi, offre una misura dello stato di salute del sistema aziendale ed orienta progetti di miglioramento volti ad apportare un cambiamento del livello di sicurezza delle cure.</p> <p>Nel corso del 2019 sono stati aperti 122 sinistri mostrando un trend sostanzialmente stabile rispetto agli anni precedenti; si ricorda che il 2017 è stato il primo anno completo di autogestione.</p> <div data-bbox="726 459 1300 772" data-label="Figure"> <table border="1"> <caption>Numero sinistri aperti (dal 1° maggio 2016 Autogestione)</caption> <thead> <tr> <th>ANNO</th> <th>2019</th> <th>2018</th> <th>2017</th> <th>2016</th> <th>2015</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Numero sinistri</td> <td>122</td> <td>111</td> <td>120</td> <td>197</td> <td>199</td> </tr> </tbody> </table> </div> <p>Le richieste di risarcimento danni sono prevenute nel 69,7% dei casi da parte di avvocati, nel 13,1% dei casi da parte di infortunistiche, nel 12,5% dei casi da parte dello stesso interessato e solo nello 0,8% da parte degli eredi.</p> <p>Nel corso del 2019 sono stati definiti un totale di 105 sinistri di cui oltre i ¾ aperti nel 2019 o nel 2018.</p> <div data-bbox="726 974 1300 1301" data-label="Figure"> <table border="1"> <caption>Anno di apertura dei sinistri definiti nel 2019</caption> <thead> <tr> <th>Anno</th> <th>Percentuale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2019</td> <td>58%</td> </tr> <tr> <td>2018</td> <td>19%</td> </tr> <tr> <td>2017</td> <td>17%</td> </tr> <tr> <td>2016</td> <td>6%</td> </tr> </tbody> </table> </div>	ANNO	2019	2018	2017	2016	2015	Numero sinistri	122	111	120	197	199	Anno	Percentuale	2019	58%	2018	19%	2017	17%	2016	6%
ANNO	2019	2018	2017	2016	2015																		
Numero sinistri	122	111	120	197	199																		
Anno	Percentuale																						
2019	58%																						
2018	19%																						
2017	17%																						
2016	6%																						
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>Da tempo sono stati strutturati azioni di miglioramento in materia quali ad esempio la redazione di procedure aziendali in tema di gestione diretta dei sinistri, prevenzione e gestione del danno dentario (numerose erano le richieste di risarcimento per smarrimento di protesi dentarie), prevenzione e gestione delle cadute del paziente in ospedale (evento numericamente molto rilevante).</p> <p>Una particolare attenzione è stata posta all'ambito chirurgico attraverso il monitoraggio delle buone pratiche clinico-assistenziali e la verifica del livello di adesione alle procedure di sicurezza.</p> <p>Rispetto alle tematiche dell'analisi del contenzioso sono stati effettuati interventi formativi in ambito ospedaliero e territoriale su aspetti inerenti la sicurezza delle cure, la responsabilità professionale sanitaria, la corretta redazione e tenuta della documentazione sanitaria, il consenso/dissenso informato all'atto sanitario.</p>																						
<p>Valutazione risultati e prospettive future</p>	<p>Definizione ed organizzazione di incontri strutturati con i singoli professionisti coinvolti nei casi in cui è necessario dare concreta applicazione all'articolo 13 della L. 24/17 in modo da dare una valenza formativa/gestionale nel momento in cui si condividono/propongono opportunità di miglioramento di alcuni aspetti della pratica clinica.</p> <p>Definizione ed attuazione di un percorso operativo che preveda un dialogo più organizzato tra gestione del sinistro e gestione del rischio</p>																						

	<p>clinico al fine di delineare, in un'ottica di governo proattivo, i trend emergenti per implementare buone pratiche di sicurezza. Strutturazione di audit su criticità correlate alla genesi dei sinistri e di attività formativa sulla responsabilità sanitaria e sulla gestione del contenzioso con l'intento di determinare ripercussioni positive sugli operatori.</p>
--	--



## DISPOSITIVO VIGILANZA

Letteratura/Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Raccomandazione Ministeriale numero 9 del 2009 Raccomandazione per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali;</li> <li>• D. Lgs 507/1992 e D. Lgs 37/2010 recepimento Direttiva UE 90/385-AIMD;</li> <li>• D. Lgs 46/1997, D. Lgs 95/1998 e D. Lgs 37/2010 (Direttiva 93/42 Dispositivi medici);</li> <li>• D. Lgs 332/2000 (Direttiva 98/79 Diagnostici in vitro);</li> <li>• Circolare del Ministero della Salute 27 luglio 2004 Vigilanza sugli incidenti con dispositivi medici;</li> <li>• DM 15 novembre 2005 Approvazione dei modelli di schede di segnalazione di incidenti o mancati incidenti che coinvolgono dispositivi medici e dispositivi medico-diagnostici in vitro;</li> <li>• Determinazione RER 13141/2008 Linee di indirizzo di vigilanza sui dispositivi medici, sui dispositivi impiantabili attivi e sui dispositivi medico-diagnostici in vitro (aggiornata 2013);</li> <li>• Linee Guida sui sistemi di vigilanza dei DM – Direzione Generale Impresa e Industria della Commissione Europea – MEDDEV 2.12-1 rev. 7, marzo 2012.</li> </ul>
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	<p>Gli operatori sanitari pubblici o privati che nell'esercizio della loro attività rilevano un incidente che coinvolga un dispositivo medico sono tenuti a darne comunicazione al Ministero della Salute con termini e modalità stabilite dalla normativa. La comunicazione è effettuata direttamente o tramite la struttura sanitaria ove avviene l'incidente segnalato nel rispetto di eventuali disposizioni regionali che prevedano la presenza di referenti per la vigilanza di dispositivi medici. La comunicazione deve essere inviata altresì al fabbricante o al suo mandatario anche per il tramite del fornitore del dispositivo medico. Fra i compiti in carico all'operatore sanitario vi è anche quello di comunicare al fabbricante o al mandatario ogni altro inconveniente che, pur non integrando le caratteristiche dell'incidente, possa consentire l'adozione delle misure atte a garantire la protezione e la salute dei pazienti e degli utilizzatori. La normativa stabilisce gli obblighi in materia di vigilanza sugli incidenti con dispositivi medici per il fabbricante o suo mandatario, in particolare la comunicazione immediata all'autorità competente di tutti gli incidenti di cui sono venuti a conoscenza e di tutte le azioni correttive di campo che sono state intraprese per scongiurare o ridurre i rischi di decesso o serio peggioramento dello stato di salute associati all'utilizzo di un dispositivo medico. In capo al fabbricante vi è anche la responsabilità della gestione di tutti gli altri inconvenienti che non integrano le condizioni per essere considerati dei veri e propri incidenti ma che potrebbero richiedere delle idonee azioni correttive.</p> <p>A livello aziendale è presente la Procedura P094 Gestione della terapia farmacologica che prevede all'allegato 3 e 4 la scheda di segnalazione per incidenti/mancati incidenti sui dispositivi medici e medico-diagnostici in vitro che viene trasmessa al responsabile aziendale per la vigilanza sui Dispositivi Medici e Medico-diagnostici in vitro.</p>

	<p>Analogamente la P008 Manutenzione su chiamata apparecchiature biomediche prevede che la segnalazione di guasto (tramite call center e web call) sia valutata come possibile incidente legato all'utilizzo di Dispositivo Medico.</p>
<p>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</p>	<p>Nel corso del 2019 sono state effettuate 9 segnalazioni di incidente alla Ingegneria Clinica, di cui 8 per DM e 1 per DM diagnostici in vitro (IVD). È stata inoltre analizzata una ulteriore situazione, non rilevando tuttavia le condizioni per una segnalazione/reclamo. Sono stati inoltre trattati 32 avvisi di sicurezza provenienti da fornitori e volti alla prevenzione di incidenti. Nel 44% delle segnalazioni l'evento è stata intercettato attraverso i controlli effettuati in seguito a richiesta di intervento per risoluzione guasto. La modalità adottata di richiesta esplicita se il guasto ha determinato aggravamento salute paziente e se l'apparecchio era in uso su paziente, risulta ancora estremamente efficace per riconoscere malfunzionamenti determinanti potenziali incidenti. Nel 44% dei casi l'evento è stato segnalato dal personale sanitario; l'aumento delle segnalazioni da parte di personale sanitario dà contezza di una maggiore consapevolezza delle UUOO circa la dispositivo-vigilanza. Nel 12% dei casi l'evento è stato segnalato dal personale Ingegneria Clinica in seguito a una problematica rilevata durante un collaudo, confermando l'efficacia della formazione sulla DV tra il personale del servizio.</p> <p>Per quanto riguarda le segnalazioni di incidente pervenute alla Farmacia esse sono state pari a 52 per i dispositivi medici e 8 per i dispositivi medici diagnostici in vitro a cui si aggiungono 31 segnalazioni di reclamo per i dispositivi medici e 75 avvisi di sicurezza da parte di fornitori e fabbricanti.</p>
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>Nel corso del 2019 185 operatori (7 medici, 134 infermieri, 8 ostetriche, 22 tecnici sanitari, 9 farmacisti) hanno partecipato al corso FAD Sicurezza Dispositivi Medici e obblighi di segnalazione incidenti disponibile su piattaforma RER.</p> <p>È stata inoltre effettuata attività di divulgazione ai Dipartimenti Ospedalieri della Istruzione Operativa aziendale IO23 finalizzata all'addestramento degli operatori nell'utilizzo di ventilatori polmonari, sistemi di monitoraggio centralizzati ed elettrobisturi.</p>
<p>Valutazione risultati e prospettive future</p>	<p>I dati relativi al 2019 mostrano un trend sostanzialmente stabile rispetto all'anno precedente sia per quanto attiene le segnalazioni di incidente che quelle di reclamo, mentre si apprezza un considerevole aumento (+200% circa) degli avvisi di sicurezza forniti da fornitori e fabbricanti.</p> <p>Le prospettive future prevedono il potenziamento dell'attività formativa in tema di dispositivo vigilanza con una proposta non FAD in collaborazione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Orsola-Malpighi.</p> <p>È necessario anche porre maggiore attenzione alla sensibilizzazione degli operatori sanitari circa l'importanza di tracciare gli spostamenti delle apparecchiature; spesso, infatti, gli operatori movimentano le apparecchiature, all'interno del presidio o tra strutture diverse, senza coinvolgere l'Ingegneria Clinica.</p> <p>Tuttavia, la mancata tracciabilità e quindi il mancato reperimento presso l'ubicazione presente nel DB dell'Ingegneria Clinica impedisce il corretto svolgimento delle verifiche di sicurezza elettrica pianificate e rende inefficace la divulgazione degli avvisi di sicurezza.</p> <p>Si è rilevata inoltre la necessità di svolgere specifici corsi sui rischi della elettrochirurgia.</p>





## FARMACOVIGILANZA

Letteratura/Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Raccomandazione Ministeriale numero 7 del 2008, Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica</li> <li>Raccomandazione Ministeriale numero 12 del 2010, Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"</li> <li>Raccomandazione Ministeriale numero 14 del 2012, Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici</li> <li>Raccomandazione Ministeriale numero 17 del 2014, Riconciliazione della terapia farmacologica</li> <li>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 (Legge di stabilità 2013).</li> </ul>
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	<p>La Farmacovigilanza è un insieme complesso di attività dirette alla valutazione continua delle informazioni relative alla sicurezza dei farmaci e finalizzate a meglio definire il rapporto rischio/beneficio dei medicinali in commercio.</p> <p>Il sistema di segnalazione spontanea consente a tutti gli operatori sanitari ed ai cittadini di segnalare le sospette reazioni avverse da farmaci e vaccini al referente di farmacovigilanza dell'Azienda sanitaria di competenza o direttamente utilizzando il portale web VigiFarmaco realizzato per la segnalazione online. La segnalazione spontanea delle sospette reazioni avverse rappresenta a tutt'oggi il principale sistema che consente l'identificazione precoce delle problematiche di sicurezza nuove o mutate relative ai farmaci, dal quale hanno origine molte delle misure adottate dalle Autorità regolatorie a tutela della salute pubblica oltre che delle nuove reazioni avverse che si manifestano dopo l'immissione in commercio di un farmaco.</p> <p>La Farmacovigilanza si struttura come Rete Nazionale che mette in comunicazione l'AIFA, le Regioni, le Aziende Sanitarie, gli IRCSS, le industrie farmaceutiche ed in collegamento operativo con il network europeo EudraVigilance dell'EMA (Agenzia Europea per i medicinali) che raccoglie in un database europeo i dati forniti a livello nazionale. I Medici e tutti gli altri operatori sanitari (Farmacisti, Odontoiatri, Pediatri di Libera Scelta, Infermieri, etc.) sono tenuti a segnalare ogni presunta reazione avversa della quale vengano a conoscenza nell'esercizio dell'attività professionale.</p> <p>Le schede di segnalazione sono successivamente oggetto di valutazione sia da parte del Centro Regionale di farmacovigilanza, sia delle agenzie</p>

	<p>regolatorie italiana (AIFA) ed europea (EMA).          La segnalazione di sospetta reazione avversa deve essere trasmessa al Responsabile Aziendale di Farmacovigilanza (RAFV) in modo tempestivo o comunque entro 48 ore; nel caso di farmaci di origine biologica (vaccini inclusi) il termine entro cui far pervenire la segnalazione è 36 ore. Il documento aziendale di riferimento in tema di Farmacovigilanza è l'allegato 8 IO 04 P094AUSLBO Gestione delle segnalazioni di Farmacovigilanza ritiri, revoche.</p>
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	<p>In totale, nell'arco dell'anno 2019 sono state effettuate 579 segnalazioni in tema di farmacovigilanza (versus 584 nel 2018) di cui il 28% (164) ha riguardato un evento avverso grave.          L'86,7% delle segnalazioni era relativo a farmaci ed il restante 13,3% a vaccini.          Le segnalazioni sono state fatte da Medici in oltre la metà dei casi (58%), da Farmacisti nel 32,1% ed in una quota rilevante di casi (6,6%) dagli stessi pazienti.          Oltre i due terzi delle segnalazioni sono state trasmesse online tramite il portale web VigiFarmaco (70.3%).</p>
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	<p>Durante l'anno 2019, sono stati portati avanti i seguenti progetti nell'ambito della farmacovigilanza:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dipartimento Materno Infantile: Progetto di FV in pediatria e allattamento;</li> <li>• Dipartimento di Salute Mentale: Progetto farmaci e famiglie per valutazione sindrome metabolica in pz con antipsicotici;</li> <li>• Dipartimento Cure Primarie: formazione e informazione in materia di FV ai MMG;</li> <li>• Dipartimento Oncologico: collaborazione con oncologia territoriale al fine di rilevare ADR nei pz trattati;</li> <li>• Somministrazione di questionari presso alcuni punti di ED al fine di valutare la consapevolezza della terapia assunta, il grado di aderenza ad essa, le eventuali ADR;</li> <li>• Corso di formazione di FV al personale del Dipartimento Farmaceutico e della Pediatria OM;</li> <li>• Modulo formativo all'interno della Scuola di formazione in Medicina Generale.</li> </ul>
Valutazione risultati e prospettive future	<p>La costante sensibilizzazione di pazienti, cittadini ed operatori sanitari in tema di farmacovigilanza è un cardine della FV; pertanto le iniziative di formazione e gli incontri informativi rappresentano il fulcro delle attività da espletare in futuro.          Nello specifico il Dipartimento Farmaceutico ha in programma la proposta di un corso di formazione da effettuare all'interno del Dipartimento dei Servizi per valutare il rischio correlato ai mezzi di contrasto e di una attività di raccolta della ADR in infettivologia.</p>



## EMOVIGILANZA

Letteratura/Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Legge 21 ottobre 2005 n. 219</b> Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati.</li> <li>• <b>D. Lgs. 9 novembre 2007 n. 207</b> 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.</li> <li>• <b>D. Lgs. 9 novembre 2007 n.208</b> Attuazione della 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.</li> <li>• <b>DL 20/12/2007 n. 261</b> Revisione del DL 19/8/2005 n. 191 recante attuazione della direttiva 2002/98/CE che stabilisce norme di qualità e sicurezza per la raccolta, il controllo, la lavorazione, la conservazione e la distribuzione del sangue umano e dei suoi componenti.</li> <li>• <b>Decreto del Ministero della Salute 21/12/2007</b> Istituzione del Sistema Informativo dei Servizi Trasfusionali (S.I.S.TRA.).</li> <li>• <b>Ministero della Salute Raccomandazione n. 5 marzo 2008</b> Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO.</li> <li>• <b>Decreto Ministero della Salute 02/11/2015</b> Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti e successive modifiche.</li> <li>• <b>DL 19/03/2018 n. 19 Attuazione della direttiva (UE) 2016/2014</b> della commissione del 25 luglio 2016 recante modifica della direttiva 2005/62/CE per quanto riguarda le norme e le specifiche del sistema qualità per i servizi trasfusionali.</li> <li>• <b>LG CNS 01 Rev. 0 07.07.2008</b> Linee guida per l'adozione di misure di sicurezza nella gestione dei processi produttivi e diagnostici nei servizi trasfusionali.</li> <li>• <b>LG CNS 02 Rev. 0 07.07.2008</b> Linea guida per la prevenzione della contaminazione batterica del sangue intero e degli emocomponenti.</li> <li>• <b>LG CNS 03 Rev.0 15 dicembre 2010</b> Linee guida per la prevenzione della TRALI.</li> <li>• <b>LG CNS 04 Rev. 0 20/06/2014</b> Linee guida per l'adozione di ulteriori misure per la sicurezza del sangue e degli emocomponenti.</li> <li>• <b>EDQM</b> - European Directorate for the Quality of Medicines &amp; HealthCare. Guide to the preparation, use and quality assurance of blood component, 19th Ed. 2017.</li> <li>• <b>Raccomandazioni per la terapia trasfusionale in Neonatologia</b>, Società italiana di Medicina Trasfusionale e Immunoematologia, 2014.</li> <li>• <b>Standard SIMTI</b> (Società Italiana di Medicina Trasfusionale ed Immunoematologia) 3° edizione, maggio 2017.</li> <li>• <b>Raccomandazioni per il buon uso del sangue e dei plasmaderivati</b> emesso dal Comitato Ospedaliero per il Buon Uso del Sangue (CoBUS) SIMT Area Metropolitana di Bologna.</li> </ul>
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	<p>L'emovigilanza è l'insieme delle procedure di sorveglianza che coprono l'intera catena trasfusionale (dal donatore al paziente e viceversa) finalizzate alla raccolta e alla valutazione delle informazioni su effetti inaspettati e indesiderati ed alla prevenzione dell'evento o della sua ricorrenza nell'intero processo trasfusionale. I dati relativi all'emovigilanza</p>

	<p>sono inseriti nel Sistema Informativo dei Servizi Trasfusionali (S.I.S.TRA.) coordinato a livello nazionale dal Centro Nazionale Sangue.</p> <p>Le schede di segnalazione SISTRA notificate annualmente al Centro Nazionale Sangue comprendono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>notifica reazioni indesiderate sui donatori</b> che riguarda la segnalazione di tutte le possibili reazioni/complicanze da lievi a severe per tutte le possibili forme di donazione;</li> <li>• <b>notifica reazioni trasfusionali indesiderate gravi:</b> viene segnalato il tipo di emocomponente ed il suo codice identificativo, la sintomatologia presentata, le condizioni pregresse del paziente che possono facilitare l'insorgere della reazione e la sua gravità. Se la reazione dipenda da un errore viene anche compilata la scheda seguente;</li> <li>• <b>notifica incidente grave:</b> sono raccolti la descrizione dell'evento/quasi evento, la fase del processo ed il luogo dove si è verificato, l'analisi delle cause ed i provvedimenti correttivi adottati;</li> <li>• <b>notifica sorveglianza donatori:</b> in caso di positività verso virus HIV, HCV, HBV e sifilide si rileva in forma anonima la tipologia di donatore, il test verso cui il donatore è reattivo ed i fattori di rischio.</li> </ul>
<p>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento 2019</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Reazioni indesiderate sui donatori/unità prelevate:</b> 631/34714 pari all'1,8%. Di queste Sangue intero: reazioni lievi/moderate 491/28900 (1,7%); reazioni severe 0/28900; Plasmaferesi: reazioni lievi/moderate 130/5814 (2%); reazioni severe 0/5814.</li> <li>• <b>Reazioni trasfusionali indesiderate/numero unità trasfuse</b> 34/15956 pari allo 0,1% di cui 9 lievi, 25 moderate, 0 severe.</li> <li>• <b>Intercettati nel territorio di competenza del SIMT AUSL Bologna</b> (comprensivo delle CdC) numero 20 eventi, di cui:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 11 campioni con errata identificazione paziente/numero campioni processati 83.535 (0,01%);</li> <li>- 1 caso di restituzione di emazie conservate in apparecchiatura non idonea per 10giorni;</li> <li>- 1 caso di scambio paziente nella modulistica per richiesta sangue;</li> <li>- 2 casi di restituzione della borsa termica trasporto sangue contenente una sacca vuota con ago inserito;</li> <li>- 1 caso di gestione di emergenza/numero richieste sangue in emergenza (1/231 pari allo 0,5%);</li> <li>- 4 pazienti senza gruppo in SO/numero richieste totali evase (4/14930 pari 0,03%).</li> </ul> </li> <li>• <b>Interni al SIMT AUSL Bologna</b> numero 4 di cui:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 casi di consegna unità a paziente diverso,</li> <li>- 1 caso di identificazione paziente in ambulatorio con scambio campione emocromo,</li> <li>- 1 scambio di provette su analizzatore IH 1000.</li> </ul> </li> <li>• <b>Aspiranti donatori: numero aspiranti donatori reattivi/totale aspiranti donatori</b> 15/4.487 pari allo 0,3% (7 LUE, 3 HCV, 5 HBsAg).</li> <li>• <b>Donatori periodici: numero donatori periodici reattivi/totale donatori</b> 4/18.854 pari allo 0,02% (3 LUE, 1 HBV DNA-OB)</li> </ul>
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>Per aumentare la sicurezza del paziente e garantire la tracciabilità del percorso trasfusionale è stata estesa a tutti i reparti di degenza la <b>gestione informatizzata degli emocomponenti</b> (richiesta informatizzata, braccialetto paziente per l'identificazione sicura nel prelievo dei campioni biologici pretrasfusionali e nell'esecuzione della trasfusione).</p>

	<p>Avviata la <b>revisione di PO/IO dei settori di Raccolta, Immunoematologia, Assegnazione, Lavorazione.</b></p> <p><b>Corsi accreditati ECM svolti:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'utilizzo di emocomponenti a uso non trasfusionale</li> <li>• Percorso trasfusionale dalla richiesta alla avvenuta trasfusione</li> <li>• Applicazione delle strategie PBM in regione Emilia-Romagna</li> <li>• Corso regionale per operatori SIMT: Sicurezza trasfusionale</li> <li>• Corso regionale per operatori SIMT: Appropriatelyzza trasfusionale</li> <li>• Corso regionale per operatori SIMT: Novità introdotte da GPGs nel sistema sangue</li> <li>• Corso regionale Qualità ed accreditamento regionale 2019</li> <li>• Corso regionale di formazione e acquisizione delle competenze per la qualificazione del personale medico ed infermieristico addetto alla raccolta di sangue ed emocomponenti</li> <li>• Corsi di organizzazione su tutti i settori del SIMT (ambulatorio trasfusionale, immunoematologia ed assegnazione, raccolta sangue ed emocomponenti, lavorazione, qualificazione biologica) – 5 edizioni.</li> </ul> <p><b>Incontri rivolti al personale SIMT</b> I lunedì dell'immunoematologia non accreditati ECM (5 incontri).</p> <p><b>Piano di miglioramento in corso:</b> monitoraggio della contaminazione microbica nei locali della raccolta sangue presso la Casa del Donatore e relativa elaborazione (in corso d'opera) della procedura aziendale dedicata.</p>
<p>Valutazione risultati e prospettive future</p>	<p>Fissata per febbraio 2020 l'uscita della <b>revisione delle procedure aziendali (decorrenza inizio marzo):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• P03 Gestione della terapia trasfusionale rev. 3</li> <li>• P18 Emergenza Trasfusionale rev. 2</li> <li>• P19 Gestione della terapia trasfusionale con plasmaderivati rev. 0</li> </ul> <p>Progettazione della <b>formazione per tutte le sedi SIMT</b> della area metropolitana di Bologna:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 13 corsi di introduzione al nuovo sistema informatico</li> <li>• Trapianto di cellule staminali emopoietiche (2 edizioni)</li> <li>• Trapianto di organi e tessuti (2 edizioni)</li> <li>• Revisioni delle procedure in seguito all'adozione del nuovo sistema informatico per raccolta, qualificazione biologica, immunoematologia, assegnazione e distribuzione, lavorazione e distribuzione esterna, ambulatorio medicina trasfusionale ed aferesi terapeutica</li> <li>• Novità introdotte da GPGs nel sistema sangue 2020</li> <li>• Rotazione del personale dalle sedi di AUSL, IOR, Imola</li> <li>• Corso sulla responsabilità professionale</li> <li>• Corso sulla gestione del paziente candidato a plasmaferesi e patologie correlate</li> <li>• Corso regionale Applicazione delle strategie PBM in RER</li> <li>• Gruppo di lavoro regionale su qualità ed accreditamento</li> <li>• Corso regionale di formazione ed acquisizione delle competenze per la qualificazione del personale medico ed infermieristico addetto alla raccolta di sangue ed emocomponenti.</li> </ul> <p><b>Piani di miglioramento previsti per il 2020:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementare PBM</li> <li>• Aumentare la disponibilità dell'agenda dal lunedì al venerdì per la somministrazione ferro IV nelle anemie sideropeniche.</li> </ul>





## LE SEGNALAZIONI DEI CITTADINI DI INTERESSE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO

<p>Letteratura/Normativa di riferimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regolamento UE 2016/679 Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (GDPR);</li> <li>• L. 241/90 e successive modifiche ed integrazioni Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi;</li> <li>• L. 273 dell'11.07.1995 sulla semplificazione dei procedimenti amministrativi;</li> <li>• L. 7 giugno 2000 n. 150 "Disciplina delle attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni";</li> <li>• D. Lgs. 502/92 del 30.12.1992 e successive modifiche ed integrazioni;</li> <li>• D. Lgs. 3 febbraio 1993 n. 29 "Razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego";</li> <li>• D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 Codice in materia di protezione dei dati personali;</li> <li>• Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri dell'11 ottobre 1994 "Direttiva sui principi per l'istituzione ed il funzionamento degli URP";</li> <li>• L.R. 6 settembre 1993 n. 32 "Norme per la disciplina del procedimento amministrativo e del diritto di accesso" modificata con la L.R. 23 dicembre 2016 n. 25 "Disposizioni collegate alla Legge Regionale di stabilità per il 2017";</li> <li>• Sistema informativo segnalazioni URP Sanità – Linee Guida Regionali per la gestione dell'istruttoria, RER dicembre 2008.</li> </ul>
<p>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</p>	<p>Le segnalazioni di interesse per la gestione del rischio sono valutate secondo le Linee Guida Regionali sulla base delle quali è stata elaborata la relativa Procedura Aziendale (P027 AUSLBO). La procedura aziendale di gestione delle segnalazioni P027AUSLBO, nell'ultimo aggiornamento 2018, ha rafforzato la parte relativa all'identificazione e verifica sulle azioni di miglioramento che possono avere un impatto sugli aspetti relazionali, organizzativi e di sicurezza segnalati dai cittadini, l'obiettivo è continuare a lavorare in squadra confrontando quanto emerge dalle verifiche sull'attuazione delle azioni dichiarate nel Mod 04 P027AUSLBO (modulo di rilevazione per i Direttori di Distretto delle azioni di miglioramento adottate dai Dipartimenti) con le azioni di miglioramento attivate attraverso la Mediazione dei conflitti (P056AUSLBO). La P027 prevede un percorso di selezione delle segnalazioni da parte dei Referenti URP; i reclami di interesse per la gestione del rischio vengono quindi identificati, tra tutti quelli inviati, dai referenti URP distrettuali, territoriali ed ospedalieri i quali sono stati opportunamente formati attraverso corsi regionali dedicati. Viene proposta l'attribuzione del codice giallo per quei reclami in cui si registra una percezione di danno da parte dei cittadini. Le</p>

	<p>proposte vengono quindi inviate al Referente del Risk Management per le Relazioni con il cittadino (UO Qualità, Accreditamento e Relazioni con il cittadino - Staff di Direzione) e trasmesse al Tutor della Mediazione aziendale, al Direttore della Medicina Legale e Risk Management ed al gruppo dei mediatori aziendali.</p> <p>Alle segnalazioni che contengono una esplicita richiesta di risarcimento danni viene attribuito il codice rosso e vengono smistate direttamente alla UO Affari Legali; il Direttore della Medicina Legale e Risk Management individua, tra le segnalazioni con codice rosso, quelle da far entrare nel percorso di Mediazione (Procedura aziendale P056AUSLBO) e quella da analizzare attraverso Audit.</p>
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Nel 2019 sono state effettuate 11 mediazioni con due richieste di risarcimento. In circa la metà dai casi la mediazione ha avuto un esito positivo ed in tutti i casi sono stati coinvolti gli operatori sanitari.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	A seguito del percorso di ascolto/mediazione dei conflitti sono state intraprese azioni di miglioramento quali modifiche organizzative, richieste di approfondimento tecnico e costituzione di gruppi di lavoro multidisciplinari per la redazione di proposte operative maggiormente performanti.
Valutazione risultati e prospettive future	Nel 2020 verrà mantenuto il percorso delle mediazione dei conflitti in sanità quale ulteriore fonte di identificazione dei rischi aziendali consentendo all'Azienda di conoscere le debolezze organizzative ed i processi che possono arrecare disagio agli utenti; analogamente verrà proseguita l'attività di audit rispetto ad aree "a rischio" identificate con adozione/revisione di percorsi di miglioramento e/o di best practices e successivo feedback ai professionisti.



*Ministero della Salute*

## RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI PER LA SICUREZZA DELLE CURE

<p>Normativa/Letteratura di riferimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Ministero della Salute, Raccomandazioni per la sicurezza delle cure nn. 1-19;</i></li> <li>• <i>Regione Emilia-Romagna, Raccomandazioni regionali per la sicurezza delle cure nn. 1-4;</i></li> <li>• <i>DGR 977 dell'11 giugno 2019, Linee di Programmazione e di Finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2019.</i></li> </ul>
<p>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</p>	<p>A partire dal 2005 il Ministero della Salute, in collaborazione con le Regioni e Province Autonome, è impegnato nella produzione e successiva implementazione di Raccomandazioni specifiche per la prevenzione di eventi sentinella, volte ad aumentare la consapevolezza del potenziale pericolo di alcuni eventi e a ridurre il rischio di riaccadimento indicando le azioni da intraprendere.</p> <p>Risultano ad oggi pubblicate dal Ministero della Salute (sezione del sito dedicata a qualità e sicurezza delle cure) 19 Raccomandazioni il cui stato di implementazione viene annualmente monitorato in collaborazione con AGENAS. Il monitoraggio è basato su di un questionario di autovalutazione del livello di implementazione di ciascuna raccomandazione e della checklist per la sicurezza in sala operatoria (SSCL), supportato da griglie, costruite sui contenuti delle relative raccomandazioni, da considerarsi guide funzionali all'implementazione stessa. Poiché la conoscenza dei fenomeni è alla base della gestione del miglioramento, le finalità del monitoraggio sono essenzialmente conoscitive e di supporto, in accordo al ciclo di miglioramento continuo della qualità e della sicurezza.</p>
<p>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</p>	<p>L'AUSL di Bologna ha puntualmente aderito al monitoraggio provvedendo alla compilazione dello specifico questionario entro i termini previsti e inserendo la documentazione che attesta l'implementazione a livello aziendale delle Raccomandazioni Ministeriali ed i relativi aggiornamenti. La rilevazione è stata rivolta ai Responsabili delle Strutture al fine di monitorare il livello di implementazione delle Raccomandazioni all'interno di tutte le Strutture dell'Azienda, considerando che non tutte le Raccomandazioni sono rivolte a tutte le specialità cliniche.</p>

<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>Nel corso del 2019 sono state redatte o revisionate (in alcuni casi i lavori non sono ancora conclusi) le seguenti procedure inerenti le raccomandazioni Ministeriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Raccomandazione n. 4: in corso la redazione della procedura aziendale “prevenzione e gestione delle condotte suicidarie del paziente in ospedale”;</li> <li>• Raccomandazione n. 5: in corso l’aggiornamento della procedura aziendale “Gestione della terapia trasfusionale” (terza revisione);</li> <li>• Raccomandazione n. 9: in corso la revisione della procedura aziendale che regola accessi e controlli su Apparecchiature Biomediche in visione/prova;</li> <li>• Raccomandazione n. 10: in corso di redazione la procedura aziendale;</li> <li>• Raccomandazione n. 11: conclusione della redazione della IO-11-2019-DPEME “Sistema di segnalazione interna del Dipartimento di Emergenza per la prevenzione morte o grave danno conseguente al malfunzionamento del sistema di trasporto extra-ospedaliero con ambulanza”;</li> <li>• Raccomandazione n. 18: in corso di implementazione.</li> </ul>
<p>Valutazione risultati e prospettive future</p>	<p>Per l’anno 2019 sono stati pianificati dei momenti informativi/formativi al fine di agevolare la conoscenza e la corretta applicazione delle indicazioni e degli aggiornamenti contenuti nelle Raccomandazioni Ministeriali; tale percorso verrà proseguito nel corso del 2020 e sarà integrato con le specifiche indicazioni regionali.</p> <p>Si prevede il completamento della redazione/revisione delle procedure non ancora licenziate, oltre che l’inizio delle attività inerenti la Raccomandazione Ministeriale n. 19 di recente pubblicazione.</p>



## IGIENE DELLE MANI

<p>Normativa/Letteratura di riferimento</p>	<p>L'igiene delle mani svolge un ruolo fondamentale per la nostra salute e quella delle altre persone anche e soprattutto negli ambienti assistenziali. L'assistenza sanitaria pulita ("clean care") è riconosciuta dall'OMS come una delle sfide più urgenti da affrontare da parte della comunità globale nei prossimi 10 anni nella corsa verso il rispetto dei tempi prefissati per il raggiungimento degli obiettivi di sviluppo sostenibile (<i>Sustainable Development Goals, SDG</i>) o Agenda 2030. Dal 2005, ogni anno l'<a href="#">Organizzazione mondiale della sanità</a> (OMS) promuove, per il 5 maggio, la Giornata mondiale per il lavaggio delle mani per ricordare l'importanza di questo gesto semplice, ma essenziale, nella prevenzione delle infezioni trasmissibili, soprattutto negli ambienti ospedalieri e di cura.</p>																																				
<p>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</p>	<p>Per valutare questo indicatore viene utilizzato il report periodico fornito dalla U.O. Farmacia.</p>																																				
<p>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</p>	<p>I dati relativi al 2019 dimostrano un ulteriore incremento del consumo di litri di gel alcolico a livello aziendale pari a 18.845 con un consumo pari a 31,4 litri ogni 1000 giorni di degenza. Tale dato, anche se supera lo standard di riferimento dell'OMS che pone il valore a 20 litri/1000 giornate di degenza e si dimostra in ulteriore crescita rispetto agli anni precedenti, se valutato in relazione alla tipologia del Dipartimento utilizzatore si pone al di sotto del target di utilizzo come evidenziato dalla seguente tabella.</p> <table border="1" data-bbox="523 1189 1461 1653"> <thead> <tr> <th>TARGET</th> <th>MEDICO</th> <th>CHIRURGICO</th> <th>MATERO INFANTILE</th> <th>EMERGENZA</th> <th>ONCOLOGICO</th> <th>SERVIZI</th> <th>IRCCS</th> <th>PRESIDIO OSPEDALIERO (TOTALE)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>30 lt./1000 gdd</b> area Medica</td> <td>26,5</td> <td></td> <td>31,8</td> <td>41,6</td> <td>56,7</td> <td></td> <td>26,1</td> <td>27,9</td> </tr> <tr> <td><b>45 lt./1000 gdd</b> area chirurgica</td> <td></td> <td>37,9</td> <td>17,2</td> <td>39,3</td> <td>41,4</td> <td></td> <td>40,2</td> <td>34,1</td> </tr> <tr> <td><b>70 lt./1000 gdd</b> RIA + TI</td> <td></td> <td></td> <td>40,5</td> <td>95,4</td> <td></td> <td>61,5</td> <td>76,7</td> <td>70,2</td> </tr> </tbody> </table>	TARGET	MEDICO	CHIRURGICO	MATERO INFANTILE	EMERGENZA	ONCOLOGICO	SERVIZI	IRCCS	PRESIDIO OSPEDALIERO (TOTALE)	<b>30 lt./1000 gdd</b> area Medica	26,5		31,8	41,6	56,7		26,1	27,9	<b>45 lt./1000 gdd</b> area chirurgica		37,9	17,2	39,3	41,4		40,2	34,1	<b>70 lt./1000 gdd</b> RIA + TI			40,5	95,4		61,5	76,7	70,2
TARGET	MEDICO	CHIRURGICO	MATERO INFANTILE	EMERGENZA	ONCOLOGICO	SERVIZI	IRCCS	PRESIDIO OSPEDALIERO (TOTALE)																													
<b>30 lt./1000 gdd</b> area Medica	26,5		31,8	41,6	56,7		26,1	27,9																													
<b>45 lt./1000 gdd</b> area chirurgica		37,9	17,2	39,3	41,4		40,2	34,1																													
<b>70 lt./1000 gdd</b> RIA + TI			40,5	95,4		61,5	76,7	70,2																													
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>Gli interventi proposti sono consistiti in analisi dei dati di consumo del gel alcolico e restituzione alle UU.OO. a cadenza semestrale, rilevazione dell'adesione dei 5 momenti e restituzione dei dati tramite comunicazioni sul sito Intranet aziendale in occasione della giornata mondiale sull'igienemani. All'atto dell'aggiudicazione della nuova gara d'appalto del gel idroalcolico sono stati rimossi i dispenser in uso (in quanto la gara è stata aggiudicata ad altra ditta) e sono stati man mano sostituiti con i dispenser aggiudicati in gara d'appalto. I dispenser sono stati posizionati in tutte le camere di degenza e negli spazi comuni.</p>																																				



Valutazione risultati e prospettive future	<p>Nel corso del 2020 si porrà maggiore interesse sul tema igiene delle mani da parte dei professionisti mettendo in atto una serie di iniziative volte ad aumentare la compliance all'igiene delle mani ancora globalmente non del tutto soddisfacente in ambito aziendale.</p> <p>Tali azioni comprenderanno:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• L'incremento dell'obiettivo di Budget sull'utilizzo del gel idroalcolico richiedendo alle UUAA i seguenti valori minimi sopramenzionati;</li><li>• Attività di informazione/formazione tra cui l'avvio del progetto "La giornata del coordinatore" che prevede incontri cadenzati con analisi di casi clinico/assistenziali e condivisione di azioni, obiettivi e strategie di miglioramento;</li><li>• L'implementazione degli erogatori del gel alcolico a parete che verranno installati in modo maggiormente capillare.</li></ul>
--	---



## GOVERNO DEL RISCHIO INFETTIVO

<p>Normativa/Letteratura di riferimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DGR 318 del 2013 “Linee di indirizzo alle Aziende per la gestione del rischio infettivo: infezioni correlate all’assistenza e uso responsabile degli antibiotici”, Regione Emilia Romagna;</li> <li>• Piano Nazionale di Contrasto dell’Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020;</li> <li>• Piano della Prevenzione 2015 - 2018 della Regione Emilia Romagna;</li> <li>• DM 2 aprile 2015, n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera” (Standard generali di qualità per i presidi ospedalieri - Gestione del Rischio clinico;</li> <li>• Circolare regionale n.18/2016 “Specifiche per la gestione della check list di Sala Operatoria (SSCL) e infezioni del sito chirurgico (SICHER)”.</li> </ul>
<p>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</p>	<p>Per quanto riguarda la pianificazione strategica e la programmazione delle attività finalizzata al raggiungimento degli obiettivi afferenti la sicurezza delle cure l’AUSL di Bologna ha elaborato un Piano Programma per la prevenzione delle Infezioni Correlate all’Assistenza (ICA) in ambito ospedaliero a valenza pluriennale dove si evidenziano gli strumenti, la metodologia, gli ambiti d’intervento e le risorse necessarie all’attuazione del Piano programma</p> <p>La programmazione aziendale viene sviluppata in coerenza alle linee di pianificazione triennale e modulata annualmente, tenendo conto dei risultati dell’anno precedente e recependo gli indirizzi regionali di programmazione e finanziamento delle aziende sanitarie e degli enti del servizio sanitario regionale.</p> <p>Il coordinamento complessivo del Piano Programma è affidato al Direttore del Presidio Ospedaliero Unico/IRCCS che effettuerà le verifiche sull’andamento dell’applicazione mentre sono stati rivisti i ruoli/funzioni/responsabilità del Coordinatore di UA ed è stata istituita la nuova figura del Link Nurse di UA che assume la funzione di supporto al coordinatore e ai colleghi di lavoro in tema di rischio infettivo.</p> <p>Il Piano Programma inoltre definisce e istituisce il Nucleo Operativo per l’Uso Responsabile degli Antibiotici dove investe come Coordinatore del Nucleo il Responsabile della rete Interaziendale della Stewardship Antimicrobica e Controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza nell’ambito dell’accordo tra AUSL e AOSP di Bologna.</p> <p>Per l’attività di Infection Control, il Responsabile della Rete Interaziendale collabora alla realizzazione di strategie e iniziative reattive (a fronte di cluster o urgenze) e proattive (pianificazione, introduzione e revisione di attività consolidate) sottoponendo e condividendo le modalità di intervento con il Direttore del PUO/IRCCS, con Il Dirigente Medico del Presidio Ospedaliero (Area Infection control) e con la Responsabile della Processo Prevenzione e Controllo Infezioni, Igiene Ambientale e Smaltimento Rifiuti.</p>

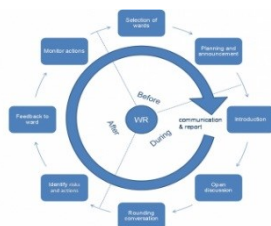
<p>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</p>	<p>Il potenziamento della compliance alle indicazioni aziendali e regionali e all'adesione alle buone pratiche rappresentano il nucleo delle attività per il controllo delle ICA e l'uso responsabile degli antibiotici. A ciò si deve aggiungere la formazione secondo gli obiettivi previsti dai differenti livelli/ambiti di programmazione regionali.</p>
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>Nell'anno 2019 è proseguito il percorso di sviluppo dell'integrazione con il Responsabile del Programma interaziendale "<i>Rete interaziendale per stewardship antimicrobica e controllo delle infezioni correlate all'assistenza</i>" con le seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formazione settimanale su "<i>stewardship antimicrobica e controllo delle infezioni correlate all'assistenza</i>", rivolto a tutti i medici e al personale infermieristico del presidio ospedaliero. Gli incontri effettuati in collaborazione con il Servizio Farmaceutico a cui hanno partecipato n° 182 Dirigenti Medici di cui il 61% proveniente dal Dipartimento Medico.</li> <li>• Realizzazione della II Edizione del Corso di <i>stewardship antimicrobica per il Farmacista Clinico</i>. L'obiettivo è quello di aumentare le competenze del professionista al quale il Corso è stato rivolto in materia di terapie antimicrobiche, realizzando una attività di supporto nei Reparti ove è stato possibile attivare l'attività di questo professionista in maniera sufficientemente sistematica. L'attività svolta presso le Aree Chirurgiche dell'Ospedale Maggiore ha permesso di migliorare l'appropriatezza delle prescrizioni (obiettivo qualitativo), riducendo in alcuni <i>setting</i> significativi anche le DDD (obiettivo quantitativo).</li> <li>• Attività di formazione svolta per i MMG per i quali sono stati organizzati 12 incontri rivolti ai singoli Nuclei di Cure Primarie. Sono stati rappresentati i rischi connessi ad una prescrizione antimicrobica non appropriata, senza considerare il grave problema della diffusione delle resistenze a questi farmaci che assilla il nostro Paese. Sono stati rappresentati inoltre, i principali algoritmi per decidere terapie domiciliari per le infezioni delle alte e basse vie respiratorie, le Infezioni delle Vie Urinarie e di Cute e tessuti molli.</li> <li>• Giornata del Coordinatore: un incontro di n° 3 ore al mese, per un totale di 10 incontri rivolta a tutti i coordinatori delle degenze del Presidio Ospedaliero a cui hanno partecipato n° 91 coordinatori e Responsabili DATeR</li> <li>• Hospital Tour confronto con il personale direttamente nelle U.A. in tutti gli Ospedali dell'area Spoke.</li> <li>• Sopralluoghi nelle U.A. oltre che in concomitanza di più casi di C.P.E; successivamente ai sopralluoghi audit per verifica scostamenti dalle buone pratiche e azioni di miglioramento.</li> <li>• Attività di formazione nelle UA che hanno visto necessità di azioni di miglioramento.</li> <li>• Formazione dei Link Nurse: sono stati formati e hanno ottenuto i crediti ECM n° 217 operatori (infermieri, tecnici e ostetriche).</li> <li>• Monitoraggio giornaliero dei casi di CPE con individuazione dei casi prevalenti e di quelli incidenti attraverso il sistema Mercurio.</li> <li>• Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (progetto SICHeR) anche con implementazione di una modalità informatizzata che consenta di acquisire le informazioni legate alle infezioni in modo congruo.</li> <li>• Formazione in tutte le UO chirurgiche della AUSL sulla modalità di compilazione della scheda SICHeR ambulatoriale;</li> <li>• Sorveglianza della Legionella;</li> <li>• Safety day: elaborazione di materiale informativo sulla sicurezza delle</li> </ul>

	cure e presentazioni attraverso supporto multimediale.
Valutazione risultati e prospettive future	<p>Nell'anno 2020 ci si prefigge di procedere con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formazione per i coordinatori e i LinK Nurse;</li> <li>• Implementazione progettualità ed eventuale inizio della formazione per Link Doctor;</li> <li>• “La Giornata del Coordinatore” 4 incontri a cadenza mensile che vedranno coinvolti tutti i coordinatori afferenti al Presidio Ospedaliero Unico e IRCCS;</li> <li>• Formazione per Nuovi Assunti, qualsiasi qualifica;</li> <li>• “Hospital Tour” confronto con il personale direttamente nelle UA;</li> <li>• Monitoraggio giornaliero dei casi di CPE con individuazione dei casi prevalenti e di quelli incidenti e sopralluoghi per la verifica dell'applicazione delle buone pratiche nelle UA che vedono incrementarsi i casi incidenti; audit sui dati delle osservazioni effettuate durante i sopralluoghi;</li> <li>• Iniziative formative nelle aree dove si sono riscontrate criticità durante i sopralluoghi;</li> <li>• Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (progetto SICHER); inizio formazione alle UU.OO. seconda fase con compilazione obbligatoria della scheda all'atto dell'effettuazione della lettera di dimissione</li> <li>• Sorveglianza della Legionella;</li> <li>• Attivazione di tavoli di lavoro inter-aziendali su tematiche di Infection Control;</li> <li>• Incontri di formazione su “stewardship antimicrobica e controllo delle infezioni correlate all'assistenza”, rivolto a tutti i medici e al personale infermieristico del presidio ospedaliero. Gli incontri saranno effettuati in collaborazione con il Servizio Farmaceutico;</li> <li>• Attivazione del programma denominato Weekly Residential Program. Un infettivologo esperto in stewardship antimicrobica presente in maniera continuativa per una settimana (Eccezion fatta Bentivoglio: due settimane e Vergato/Loiano: rispettivamente 3 e 2 giorni) negli Stabilimenti Ospedalieri del PUAO al fine di condividere con i Colleghi gli algoritmi decisionali diagnostici e prescrittivi con approccio <i>peer to peer</i>.</li> <li>• Verranno effettuati incontri finalizzati a singole realtà cliniche in base alle necessità ed ai dati di incidenza delle ICA;</li> <li>• Verrà avviato un piano sperimentale per verificare nuove modalità di intervento per il controllo della appropriatezza prescritti di molecole ad alto indice di utilizzo (piperacillina/tazobactam e fluorochinoloni).</li> <li>• Corso per Farmacista clinico finalizzato alla costruzione di piena e forte competenza nella gestione di piani di stewardship antimicrobica.</li> </ul>



## INFORTUNI SUL LAVORO

Letteratura/Normativa di Riferimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH): Violence- Occupational Hazard in Hospital, April 2002;</li> <li>• D. Lgs. 230/95;</li> <li>• D. Lgs. 81/2008;</li> <li>• Raccomandazione n. 8 per la prevenzione della violenza a danno degli operatori sanitari, Regione Emilia-Romagna, 2010.</li> </ul>
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	Banca dati INAIL sugli infortuni, Database aziendale del SPP, Database SIROH per gli infortuni a rischio biologico.
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	L'analisi degli infortuni è parte integrante della valutazione del rischio come previsto dal D. Lgs. 81/08 e delle azioni di miglioramento conseguenti. Gli infortuni più significativi vengono segnalati e valutati nello specifico sulle cause probabili, anche con sopralluoghi ed interviste mirate per eventi rilevanti o critici.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Interventi per la riduzione dell'incidenza di infortuni da movimentazione pazienti attraverso il miglioramento ergonomico delle attrezzature continuando l'adozione di letti elettrici, ausili meccanici e minori, la formazione continua sulla corretta movimentazione e l'utilizzo di ausili. Interventi per la riduzione degli infortuni alla guida con apposito corso di formazione per gli operatori interessati. Per gli infortuni a rischio biologico, è continuata l'adozione di presidi pungenti e taglienti di sicurezza e formazione degli operatori al loro utilizzo. Sugli infortuni da aggressione è stato fatto un piano programma specifico che interessa sia aspetti strutturali che di formazione: quest'ultima ha interessato nell'anno i front office ospedalieri e la Assistenza Domiciliare. È stato anche sperimentato un corso su tecniche di difesa con la Polizia di Stato che ha interessato il personale del DSM.



## PROGETTO VISITARE.

Letteratura/Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documento Strategico per la Sicurezza delle Cure e di programmazione delle attività regionali 2019-2020 Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente - Osservatorio Regionale per la Sicurezza delle Cure - Regione Emilia Romagna;</li> <li>• Delibera di Giunta Regionale numero 2339 del 22/11/2019;</li> <li>• Deliberazione n. 977/2019 recante “Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l’anno 2019”</li> </ul>
Descrizione dello strumento/flusso informativo	<p>Questo strumento si basa su visite che i referenti della sicurezza (il team è composto da due rappresentanti dell’area rischio clinico e da un rappresentante del Servizio di Prevenzione e Protezione) effettuano nelle unità operative al fine di identificare con il personale i problemi legati alla sicurezza. Nel corso della visita, durante la quale viene effettuata una intervista ad alcuni operatori sanitari, l’attenzione si focalizza anche sulle tematiche correlate alle raccomandazioni sulla sicurezza delle cure e alle buone pratiche per la sicurezza degli operatori. Vengono anche esplorati gli aspetti correlati all’adozione di comportamenti finalizzati a garantire una maggiore affidabilità dell’organizzazione.</p> <p>Il valore aggiunto di questo processo risiede nel fatto che le informazioni raccolte possono spesso portare all’introduzione di una immediata modifica che migliora i processi assistenziale e la sicurezza. Inoltre, il sistema stimola il personale ad osservare comportamenti e pratiche con un occhio critico ed a riconoscere i rischi da un nuovo punto di vista.</p> <p>Il progetto VISITARE ha l’obiettivo di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• promuovere la connessione tra le reti della sicurezza;</li> <li>• stimolare un approccio etico al tema della sicurezza;</li> <li>• verificare il livello di implementazione delle Raccomandazioni per la sicurezza delle cure e delle buone pratiche per la sicurezza degli operatori evidenziando le problematiche correlate alla loro applicazione;</li> <li>• far emergere le criticità legate ai pericoli presentati ai fattori di rischio correlati agli eventi avversi per individuare ed adottare le relative misure di contenimento e prevenzione;</li> <li>• favorire la comunicazione e la relazione interdisciplinare tra gli operatori e tra i servizi coinvolti.</li> </ul>
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	<p>L’Azienda USL di Bologna ha aderito nel 2014 alla sperimentazione del Progetto regionale VI.SI.T.A.RE - <b>Visite per la Sicurezza, la Trasparenza e l’Affidabilità Regione Emilia Romagna (Safety Walkaround)</b> secondo il modello Regionale.</p> <p>Nel corso del 2019 sono stati coinvolti i seguenti Dipartimenti/Unità Operative:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dipartimento Materno Infantile - <i>UO Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale</i>;</li> <li>• Dipartimento Oncologico - <i>Day Services di Bentivoglio, San Giovanni in Persiceto, Budrio e Vergato</i>;</li> <li>• Dipartimento di salute Mentale - <i>Sert Carpaccio, CSM Zanolini</i>.</li> </ul> <p><i>Raccomandazioni ministeriali, linee di indirizzo e buone pratiche indagate nel corso delle visite</i></p> <p>Le tematiche specifiche indagate, concordate con i responsabili clinici ed assistenziali delle diverse Unità Operative coinvolte, hanno riguardato le seguenti</p>



	<p>linee di indirizzo, raccomandazioni ministeriali, buone pratiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Linee di indirizzo sulla gestione clinica del farmaco, ricognizione e riconciliazione farmacologica;</li> <li>• Igiene delle mani;</li> <li>• Violenza a danno degli operatori sanitari;</li> <li>• Gestione dell'emergenza incendio.</li> </ul>
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>In occasione delle visite, come risultanza delle interviste e dei questionari somministrati agli operatori sanitari, sono emerse criticità talora comuni nelle diverse Unità Operative visitate, raggruppabili nelle seguenti categorie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• gestione della terapia farmacologica,</li> <li>• tenuta della documentazione sanitaria e consenso,</li> <li>• modalità di segnalazione degli eventi,</li> <li>• gestione e prevenzione del rischio infettivo,</li> <li>• comunicazione intra ed interprofessionale,</li> <li>• accesso dei visitatori,</li> <li>• gestione grandi emergenze ed emergenza incendio,</li> <li>• allontanamento del paziente,</li> <li>• prevenzione del rischio caduta dei pazienti,</li> <li>• gestione e prevenzione delle aggressioni a danno degli operatori sanitari.</li> </ul> <p>Rispetto alle problematiche emerse, sono state individuate ed adottate le relative misure di contenimento e prevenzione quali eliminazione delle interruzioni durante la somministrazione della terapia farmacologica, modifica della logistica dei farmaci LASA/FALA, maggiore sensibilizzazione/attenzione al momento della ricognizione/riconciliazione farmacologica, informazione e formazione rispetto alle modalità di reporting aziendali, alla documentazione sanitaria e consenso e grandi emergenze (incendio), miglioramento della comunicazione inter e intra professionale, formazione <i>ad hoc</i> per la prevenzione e gestione degli episodi di violenza a danno degli operatori.</p>
<p>Valutazione risultati e prospettive future</p>	<p>Nel corso dell'anno 2020 il Progetto VISITARE sarà effettuato presso UO identificata nel Dipartimento Medico oltre che la conclusione del progetto svolto nel 2019 nel DSM.</p>



## LESIONI DA PRESSIONE

<p>Letteratura/Normativa di riferimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia 2014;</li> <li>• National Clinical Guideline Centre (NICE). Pressure ulcer prevention and management. (Clinical guideline 179.) April 2014;</li> <li>• Commissione Regionale Dispositivi Medici, Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione. Le medicazioni avanzate per il trattamento delle ferite acute e croniche. Allegato 1: Protocollo di trattamento delle lesioni da pressione. Servizio Assistenza Territoriale - Area Farmaco e Dispositivi Medici, gennaio 2016;</li> <li>• Regione Emilia Romagna, Cura Della Persona, Salute E Welfare Servizio Assistenza Ospedaliera "Linee di indirizzo sulla prevenzione delle lesioni da pressione nell'assistenza ospedaliera e territoriale" 15-11-2018 - Bollettino Ufficiale Della Regione Emilia-Romagna - Parte seconda - N. 363; FNOPI "La prevenzione delle lesioni da decubito", <a href="http://www.fnopi.it/print/click-salute/2.htm">http://www.fnopi.it/print/click-salute/2.htm</a>.</li> </ul>
<p>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</p>	<p>Le lesioni da pressione (LDP) costituiscono una condizione severa e dolorosa che può colpire persone di ogni età e si formano prevalentemente nei soggetti immobilizzati o con problemi di mobilità. L'immobilità protratta per un lungo periodo determina un aumento della pressione tra la superficie corporea e il piano del letto. Tale situazione riduce la circolazione del sangue limitando il passaggio di ossigeno e sostanze nutritive e determina la morte dei tessuti con la conseguente formazione della lesione cutanea. L'immobilità è comunque solo uno dei fattori che può causare le LDP; a questo occorre aggiungere: la ridotta percezione sensoriale, il ridotto stato nutrizionale, il flusso sanguigno inadeguato, l'incontinenza.</p> <p>Il rischio di sviluppare LDP, seppure sempre presente nei soggetti in cui sono presenti i fattori sopra riportati, risulta diversificato come incidenza nei vari setting assistenziali ospedalieri e territoriali. La comparsa di LDP nel paziente a rischio nelle strutture sanitarie rappresenta un evento potenzialmente prevenibile attraverso la rilevazione di alcuni elementi mediante appositi strumenti di lavoro clinico-assistenziali che, unitamente ad un'obbligatoria valutazione clinica ed assistenziale globale, consentono all'équipe sanitaria di adottare le opportune azioni preventive finalizzate ad anticipare l'evento avverso. Già dall'inizio degli anni 2000, l'Agenzia Sanitaria Regionale dell'Emilia-Romagna con l'Area di Programma e Governo Clinico ha</p>

	<p>fatto un grande sforzo sia per monitorare l'andamento del fenomeno che per stimolare il confronto professionale all'interno delle Aziende Sanitarie. Anche la nostra Azienda ha risposto in modo significativo, attivando azioni per favorire l'implementazione del processo, come quella di incentivare l'utilizzo di strumenti per la valutazione del rischio, l'estensione del noleggio delle superfici antidecubito e l'attivazione della sorveglianza su base annua. Le rilevazioni avvengono attraverso visite di personale esperto nelle degenze ospedaliere con un confronto diretto sui pazienti ed una valutazione della documentazione sanitaria. Per le aree medico-geriatriche che rappresentano uno dei setting maggiormente a rischio si raccolgono i dati in alcuni momenti dell'anno per valutare l'incidenza di sviluppo delle LDP. Si completa l'attività con la produzione a cadenza annuale di una reportistica riportante elaborazioni statistiche di tipo descrittivo e feedback alle articolazioni aziendali.</p> <p>L'obiettivo dei sistemi di rilevazione è quello di analizzare il fenomeno della comparsa di LDP del paziente in ospedale e monitorarne la prevalenza (nelle degenze ospedaliere) e l'incidenza (nelle aree medico-geriatriche). Nei casi di maggiore rilievo è prevista un'analisi sistemica dell'evento con i professionisti sanitari e la definizione di eventuali azioni di miglioramento finalizzate al contenimento del numero di LDP e degli esiti ad esse correlate.</p>
<p>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</p>	<p>Nel 2019 la prevalenza delle LDP nelle degenze ospedaliere aziendali è stata pari al 15% (-0.5% rispetto al 2018); tale dato si colloca al di sotto dello standard di riferimento regionale del 17.4%, L'incidenza di LDP nelle aree medico-geriatriche nel 2018 è stata pari al 4,7%, mentre per il 2019 il dato è in elaborazione.</p>
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>Nel 2019 si sono svolti gli audit T0 e T1 su 5 UUOO di area medica e chirurgica i cui dati ufficiali non sono ancora disponibili.</p> <p>La Regione Emilia Romagna ha predisposto anche un corso FAD per sensibilizzare gli operatori relativamente alle nuove Linee di indirizzo regionali raggiungendo il 75% degli infermieri presenti sul campo.</p> <p>Nel mese di novembre 2019 AUSL Bologna ha partecipato allo Studio Osservazionale sulle Lesioni da Pressione della Regione coinvolgendo 19 UUOO di area chirurgica, intensiva, medica e riabilitativa, identificando e formando a livello regionale 4 rilevatori aziendali.</p> <p>Partendo dalle Linee di indirizzo regionali si è proceduto alla stesura di un documento Interaziendale in collaborazione con l'AOU S.Orsola-Malpighi al fine di facilitare l'implementazione del documento regionale ed attuare una formazione omogenea; allo stato attuale i lavori di redazione stanno per concludersi. Il gruppo interaziendale ha anche lavorato alla elaborazione di materiale informativo da consegnare alla dimissione o alla presa in carico del</p>

	<p>soggetto a domicilio; tale materiale è stato presentato durante l'Open Safety Day del 17 settembre 2019.</p> <p>Nel 2019 si è continuato l'impegno formativo, iniziato nel 2018, sulla prevenzione e il trattamento delle LDP rivolta ai professionisti sanitari che operano nelle CRA. Le novità hanno riguardato la predisposizione di eventi formativi sulla prevenzione nelle Case di Riposo private e nelle Case Famiglia e, in collaborazione con lo Sportello Assistenti Familiari dell'Unione Appennino, un evento per le assistenti familiari che è stato attuato a maggio u.s.</p>
<p>Valutazione risultati e prospettive future</p>	<p>L'adozione del materiale informativo per la prevenzione delle LDP allestito dalla Regione Emilia Romagna si è dimostrata difficoltosa in quanto i contenuti sono risultati troppo complessi per i destinatari e quindi poco fruibili.</p> <p>Per questo motivo, a partire dal 2020, verrà distribuito l'opuscolo già elaborato e presentato in occasione dell'Open Safety Day in modo da fornire agli operatori basi omogenee nell'educazione ai Caregiver/Assistenti Familiari.</p> <p>Con lo scopo di aumentare la consapevolezza di Caregiver ed Assistenti Familiari rispetto al rischio di LDP e di fornire strategie di prevenzione è nata l'idea di semplificare i contenuti dell'opuscolo trasformandolo in un "reminder" per trasmettere con più efficacia il messaggio.</p> <p>Dato che spesso gli Assistenti Familiari non sono madrelingua italiana è allo studio la possibilità di tradurre i materiali nelle lingue più diffuse tra i caregiver.</p> <p>Analogamente a quanto già effettuato negli anni precedenti, sarà potenziato il coinvolgimento dei professionisti impegnati in prima linea mediante audit e fornendo feedback concreti affinché si rinnovi la fonte di motivazione e acquisizione di nuovo know-how nella logica dell'apprendimento collaborativo.</p> <p>Nel 2020 si continuerà l'impegno mediante attività formativa e informativa sulla prevenzione delle LDP rivolta ai professionisti sanitari che operano nei contesti ospedalieri e territoriali sperimentando nuove forme di formazione a distanza e si procederà all'autorizzazione e alla divulgazione del Documento Interaziendale.</p>



## PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALI (PDTA)

<p>Descrizione dello strumento/flusso informativo</p>	<p>Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) è una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti (oltre al paziente stesso), al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate ad una specifica situazione patologica o anche l'assistenza sanitaria necessaria in particolari situazioni di vita.</p> <p>L'Azienda ha intrapreso, a partire dal 2009, il ridisegno della continuità assistenziale ospedale-territorio mediante l'adozione e l'implementazione dei PDTA seguendo alcuni passaggi metodologici che hanno assicurato ai singoli progetti di riconoscersi in un disegno complessivo fortemente governato dalla direzione e condiviso a tutti i livelli aziendali.</p> <p>In Azienda sono in corso di sviluppo e gestione 36 PDTA, distribuiti in diversi ambiti e ad un diverso livello di implementazione.</p> <p>L'esperienza maturata in questi anni nella costruzione, implementazione e manutenzione di PDTA ci ha indotto a utilizzare strumenti utili a leggere in maniera sempre più approfondita i PDTA per far emergere i diversi aspetti critici che limitano l'adeguata efficienza ed efficacia del percorso di cura o che possono essere fonte di rischio per i pazienti.</p> <p>Sono state svolte indagini di approfondimento sui PDTA tramite Audit interno SQ, Indagine QP utenti, Analisi rischio (FMEA), Valutazione con i professionisti.</p> <p>I risultati ottenuti da ogni indagine ci hanno permesso di focalizzare gli aspetti di prioritaria criticità e rispetto ad essi definire i relativi interventi di miglioramento.</p> <p>Nel 2019 è stata elaborata e approvata la "Procedura per lo sviluppo e la gestione dei PDTA" (P165 AUSLBO) all'interno della quale sono previste le modalità di gestione del rischio inerente i PDTA attraverso l'esecuzione di indagini FMECA di due/tre PDTA ogni anno a campione.</p>
<p>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</p>	<p>Per motivi organizzativi, dovuti a pensionamento/trasferimento di personale esperto, nel 2019 non sono state effettuate le indagini FMECA pianificate. Per ovviare a tale carenza il Governo Clinico ha pianificato interventi di formazione mirati alla gestione del rischio nei PDTA destinati a due professionisti dell'Unità Operativa in modo da gestire le suddette indagini in maniera autonoma. Tale formazione dei professionisti è attualmente subordinata alla evoluzione dell'emergenza Covid-19 e quindi alla cessazione delle misure restrittive sullo svolgimento dei corsi. Per stimolare ulteriormente l'attenzione agli aspetti di sicurezza nella gestione dei PDTA, la nuova "Procedura per lo sviluppo e la gestione dei</p>

	<p>PDTA” (P165 AUSLBO) prevede la redazione periodica di un verbale di verifica delle attività attraverso una modulistica guidata all’interno della quale è prevista una sezione sul Risk management che comprende:</p> <p>Esito dei controlli effettuati sulla qualità della documentazione sanitaria</p> <p>Analisi incidenti, infortuni avvenuti a carico degli operatori</p> <p>Gestione ed analisi degli eventi, near miss e eventi sentinella (es. cadute, episodi di violenza, incidenti rischio biologico, infezioni, etc.)</p> <p>Grado di utilizzo di check list di controllo, completezza documentazione sanitaria e risultati di monitoraggio</p> <p>Attivazione ed esito di strumenti proattivi per l’identificazione dei rischi (es FMEA-FMECA, strumenti aziendali)</p> <p>Nel corso del 2019 tre PDTA (Paziente con mielolesione traumatica, Persona con SLA, Tumore alla mammella) hanno proseguito e mantenuto la certificazione e sono stati oggetto di audit annuale di sorveglianza da parte di un Ente di certificazione.</p> <p>Tra gli elementi di valutazione dei percorsi certificati diversi sono quelli che riguardano nello specifico l’ambito della gestione del rischio e in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la segnalazione/rilevazione degli eventi avversi, l’analisi degli stessi e la pianificazione ed effettuazione di azioni preventive e correttive per ridurre le situazioni di rischio;</li> <li>• la mappatura dei rischi non solo di tipo clinico (ad esempio reputazionale e altri) che hanno un impatto sul percorso;</li> <li>• il monitoraggio di indicatori correlati a rischi specifici: ad esempio nel PDTA del paziente con mielolesione traumatica la gestione delle complicanze è tenuta sotto controllo tramite indicatori per la misurazione delle complicanze postchirurgiche, delle infezioni correlate all’assistenza, delle lesioni da pressione lungo tutto il percorso, dalla fase acuta, sub acuta, riabilitativa e territoriale.</li> </ul>
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>Nel 2019 sono stati pianificati gli adeguamenti necessari ad implementare le misure di prevenzione del rischio individuate attraverso le indagini FMECA dei PDTA Ferite difficili ed Epilessia Adulti.</p> <p><b>Ferite difficili:</b> la FMECA delle diverse fasi dei PDTA ha portato alla individuazione di 7 misure di prevenzioni del rischio da attuare. Nell’anno 2019 sono stati realizzati interventi che coprono il 75% del piano complessivo. Tali interventi hanno riguardato in particolare la formazione al personale ospedaliero, territoriale e personale delle CRA. Il restante 25% delle misure sono in corso di attuazione attraverso la revisione del PDTA.</p> <p><b>Epilessia adulti:</b> la FMECA delle diverse fasi del PDTA ha portato alla individuazione di 20 misure di prevenzione del rischio. Nell’anno 2019 sono stati realizzati interventi che coprono il 60% del piano complessivo. Tali interventi riguardano la logistica ed il miglioramento della fruizione delle visite specialistiche all’interno del centro epilessia: riutilizzo dei posti per la riduzione dei tempi di attesa, attivazione di una linea telefonica dedicata, miglioramento della segnaletica interna, revisione layout degli spazi dedicati all’epilessia, ampliamento dell’offerta degli</p>



	<p>ambulatori e diversificazione degli stessi (ambulatorio gravidanza, ambulatorio urgenze, etc.), verifica qualità dei referti, formazione su tecniche di de-escalation per la gestione dei conflitti, creazione kit farmaci di prima somministrazione. Le restanti attività che riguardano la formazione del personale di emergenza, degli ambulatori e del reparto sullo stato di male, la formazione dei neurologi di primo livello per l'invio al centro epilessia e l'opuscolo per i pazienti saranno realizzate sulla base della revisione del PDTA che dovrà essere adattato al PDTA regionale che è prossimo alla pubblicazione.</p>
Valutazione risultati e prospettive future	<p>Al termine degli interventi di adeguamento descritti nella sezione precedente saranno effettuate valutazioni di efficacia delle misure attuate. Per l'anno 2020, oltre alla esecuzione di ulteriori indagini FMECA, sono avviate azioni di revisione di tutti i PDTA con lo scopo di introdurre misure di prevenzione del rischio che si sono rese necessarie per far fronte all'emergenza Covid-19 per la sicurezza degli operatori e dei pazienti.</p>

# SOS.net

## Rete Sale Operatorie Sicure

### CHECKLIST DI SALA OPERATORIA (DATABASE SURGICAL SAFETY CHECKLIST)

<p>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</p>	<p>La Sala Operatoria è considerata come uno degli ambienti più complessi e maggiormente esposti al rischio di errori in ambito sanitario. Infatti, si contraddistingue per la complessità intrinseca a tutte le procedure chirurgiche anche quelle più semplici. Il numero di eventi avversi fatali in chirurgia è stimato in 1 ogni 10.000 procedure chirurgiche. Partendo da tali considerazioni, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) ha avviato un programma finalizzato a migliorare la sicurezza del paziente chirurgico che ha portato all'emanazione del documento "Guidelines for Surgery" contenente raccomandazioni e standard di sicurezza da applicare alle fasi che caratterizzano il percorso chirurgico. Lo strumento di prevenzione proattivo adottato per il controllo e la verifica degli standard di sicurezza è, la check list di sala operatoria, elaborata a livello ministeriale nel 2009, semplificando ed adattando alla realtà italiana la scheda Surgical Safety Check List (SSCL), proposta da WHO nel 2008. In Emilia Romagna la SSCL elaborata sulla scorta di quella ministeriale rispetto alla quale si differenzia per la presenza di un'ulteriore scheda di registrazione delle non conformità (parte B) è stata implementata nell'anno 2010 nell'ambito del progetto regionale Rete delle Sale Operatorie Sicure (SOS.net). La checklist di sala operatoria comprende 20 item di controllo e prevede tre momenti di verifica da parte dell'equipe di sala operatoria (infermiere, anestesista e chirurgo) del percorso intra-operatorio (sign in, time out e sign out). Nell'Azienda USL di Bologna l'applicazione della SSCL è stata progressivamente implementata nell'ambito del progetto RER SOS.net a partire dal 2010 e dal 2011 viene utilizzata da tutte le specialità chirurgiche per tutti gli interventi eseguiti in Sala Operatoria. Dal mese di novembre 2018 è in vigore la Checklist specifica relativa agli interventi di cataratta modificata rispetto a quella regionale in alcuni items. L'obiettivo dell'applicazione della check-list è quello di rafforzare gli standard di sicurezza in tutti i blocchi operatori aziendali uniformando le modalità comportamentali del team di sala operatoria e monitorando tutte le fasi del processo intra-operatorio, mediante la rilevazione puntuale delle azioni e dei tempi di esecuzione anche al fine di identificare le aree critiche del processo e le conseguenti relative azioni di miglioramento. Un ulteriore obiettivo è quello di supportare le équipe operatorie nella verifica sistematica dell'adesione alle raccomandazioni sulla sicurezza in sala operatoria, e ciò al fine di ridurre la mortalità e le complicanze post-operatorie.</p>
<p>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</p>	<p>La raccolta sistematica delle informazioni relative alla compilazione delle SSCL anche mediante l'osservazione diretta in sala operatoria ha consentito di focalizzare l'attenzione su aree organizzative critiche sviluppando azioni volte al miglioramento e al superamento di specifici problemi.</p>

<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>Nell'anno 2019 per quanto riguarda il Progetto regionale sicurezza in chirurgia (<b>SSCL e Osservare</b>) sono state effettuate i seguenti interventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Attuazione del “Piano di miglioramento in chirurgia”;</li> <li>• Monitoraggio dati sulla compilazione SSCL di sala operatoria (SOSNet) e incontri periodici con Responsabile UO Blocchi Operatori, Endoscopie e CUS e con referente sistema operativo SO (Digistat) per controllo dati;</li> <li>• Riedizione del “Progetto Osservare” nei blocchi operatori aziendali, conduzione osservazioni e monitoraggio;</li> <li>• Incontri con i Coordinatori Blocchi Operatori (BO) e Direttori delle UUOO Chirurgiche e di Anestesia per restituzione dati (in collaborazione con UO ML- RM);</li> <li>• Audit con i Direttori delle UUOO Chirurgiche, generali e specialistiche, i Coordinatori ed il personale di tutti i Dipartimenti coinvolti per la corretta applicazione della P079 AUSLBO sulla “Corretta identificazione del paziente, sito e lato intervento” (previsti entro dicembre 2018 e/o gennaio 2019, in collaborazione con UO ML- RM);</li> <li>• Partecipazione ad incontri in RER, come referente dati SSCL e con Controllo di Gestione e Direzione POUA per gestione dei dati di adesione alle linee indirizzo RER.</li> </ul> <p>Inoltre, per quanto riguarda la <b>revisione procedure</b> si è partecipato alla revisione di P026 “Corretta preparazione e trasporto dei campioni per Anatomia Patologica” con le seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestione Gruppo di lavoro parte ambulatoriale e BO Bazzano, Budrio, Porretta e Vergato per revisione e aggiornamento percorsi e interazione con autisti economici (nuova scheda di trasporto);</li> <li>• Coordinamento del gruppo di lavoro per la predisposizione dell'IO sul confezionamento campioni in Sala Operatoria per adozione sistema sottovuoto nei BO Bentivoglio, PBO e Maternità /Ginecologia OM, SGP, OB;</li> <li>• Incontri con Coordinatori AP e BO, SPP, e autisti per tracciare sistema idoneo trasporto.</li> </ul> <p>Infine, con riferimento alla <b>SSCL cataratta</b> è stata predisposta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la presentazione in cartaceo ai Coordinatori e al Direttore UO Oculistica e in seguito presentazione agli oculisti;</li> <li>• la introduzione di nuovi item suggeriti e incontro con Referente Digistat per informatizzazione e applicazione nei blocchi coinvolti (Porretta, San Giovanni, Bazzano).</li> </ul>
<p>Valutazione risultati e prospettive future</p>	<p>Nel corso del 2020 si prevede di definire le seguenti azioni, negli ambiti precedentemente descritti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mantenimento obiettivi, monitoraggio e restituzione dati, applicazione obiettivi RER in termini di sicurezza nel percorso chirurgico, completamento audit per quanto riguarda il Progetto regionale sicurezza in chirurgia (SSCL e Osservare);</li> <li>• completamento percorso di revisione della P026 e dei percorsi con autisti economici con redazione di IO circa la modalità di trasporto;</li> <li>• monitoraggio sull'adozione SSCL cataratta in tutti i blocchi operatori interessati e relativa restituzione dati.</li> </ul>



E-Care  
RIS PACS

## SISTEMA INFORMATIVO RIS-PACS AUSL DI BOLOGNA

<p>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</p> <p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>L'AziendaUSLdiBolognahaaderito nel 2009 al programma regionale di gestione del rischio in sanità, ed è stata la prima Azienda che a livello Nazionale ha attivato un percorso di certificazione UNI CEI ISO/IEC 27001 nell'ambito del sistema RIS-PACS. La norma UNI CEI ISO/IEC 27001:2013 (Tecnologia delle informazioni - Tecniche di sicurezza - Sistemi di gestione della sicurezza delle informazioni - Requisiti) è una norma che definisce i requisiti per impostare e gestire un Sistema di Gestione della Sicurezza delle Informazioni. Dal momento che l'informazione è un bene che aggiunge valore all'impresa, e che ormai la maggior parte delle informazioni sono custodite su supporti informatici, ogni organizzazione deve essere in grado di garantire la sicurezza dei propri dati, in un contesto dove i rischi informatici causati dalle violazioni dei sistemi di sicurezza sono in continuo aumento. L'obiettivo è proteggere i dati e le informazioni da minacce di ogni tipo, al fine di assicurarne l'integrità, la riservatezza e la disponibilità, e fornire i requisiti per adottare un adeguato sistema di gestione della sicurezza delle informazioni. La certificazione rappresenta quindi un importante strumento di garanzia per il cittadino che usufruisce di prestazioni sanitarie, ma anche un beneficio per le strutture sanitarie che possono avere una valutazione oggettiva dei propri livelli qualitativi e attivare di conseguenza processi di miglioramento. L'Azienda USL di Bologna persegue dal 2011 questo obiettivo, ottenendo il rilascio del primo certificato UNI CEI ISO/IEC 27001 nel 2013 che ha visto anche un processo di ampliamento presso ambiti non specifici dell'Area di Diagnostica per immagini radiologica (es. area chirurgica, ostetrico – ginecologica, medica, di emergenza urgenza, ecc.).</p>
<p>Valutazione risultati e prospettive future</p>	<p>Valutazione positiva dell'ente certificatore esterno per il rilascio, della certificazione UNI CEI ISO/IEC 27001 nell'ambito del sistema RIS-PACS, nel 2013,2015, 2017 e 2019. Nel 2019 s'è completata l'estensione del processo di certificazione UNI CEI ISO/IEC 27001 ad altri Dipartimenti e relative UO. (ad esempio: Cardiologia, Endoscopie digestive, Pneumologia ecc.). A tal proposito nel corso dell'anno 2019 vs anno 2018 la %, di Non Conformità (NC) rilevate-segnalate è stata dello 0,15.5% su circa 900.000 prestazioni di diagnostica per immagini erogate, quindi in leggero calo rispetto al 2018 dovuto anche all'introduzione nel processo di nuovi strumenti e PO7 AUSL BO per la corretta identificazione del Paziente -Utente. Altro risultato positivo a vantaggio, di tutti cittadini- utenti dell'AUSL di Bologna e (afferenza dall'area metropolitana Bolognese, Regionale e per tutti i cittadini- pazienti di fuori regione), è stata l'implementazione dall'agosto 2016 del portale web <a href="http://Refertionline.ausl.bologna.it">Refertionline.ausl.bologna.it</a>. Il portale <a href="http://refertionline.ausl.bologna.it">refertionline.ausl.bologna.it</a> contiene le immagini e i referti di esami diagnostici e di laboratorio degli utenti che hanno avuto accesso presso i servizi di diagnostica dell'Azienda USL di Bologna. Tale documentazione sanitaria, pari a circa 9.000.000 di prestazioni (di Radiologia e Laboratorio Analisi) erogate annualmente, è disponibile su internet in forma protetta e riservata, consultabile dovunque esclusivamente attraverso l'utilizzo di credenziali</p>

	<p>personali, già dal 1 agosto 2016. Utilizzando questo servizio on line il cittadino potrà visualizzare, stampare, scaricare e condividere referto e immagini diagnostiche. Lo scopo principale del portale <a href="http://refertionline.ausl.bologna.it">refertionline.ausl.bologna.it</a> è quello di agevolare l'utente, offrendo un servizio più efficace ed efficiente che può facilitare lo stesso, rendendo immediatamente disponibili le immagini e il referto della prestazione eseguita presso l'Azienda USL di Bologna, nonché favorisce anche l'integrazione delle diverse competenze professionali contribuendo al miglioramento di tutte le attività tecnico-diagnostiche, assistenziali e di cura. Al fine di migliorare l'efficienza del portale e di agevolare al massimo i cittadini che usufruiscono di tale servizio e che necessitano di assistenza tecnica per accedere al portale, è stato messo a loro disposizione un numero telefonico 051-6225596 (dal lunedì al venerdì 9.00-15-45). Inoltre, è stato realizzato un software di monitoraggio dei ticket, ad oggi le chiamate risposte sono state 3.684 con una media di feedback rilasciati dai cittadini pari 4.63 (con possibilità di esprimere la preferenza da un minimo 1 ad un massimo 5). Mentre il tempo medio di chiusura dei ticket è stato pari a 34',10" e la durata media della gestione dei ticket attraverso il phone call è stata pari a 4', 15". Gli operatori hanno anche ricevuto dai cittadini 48 elogi.</p>
--	--

## CONCLUSIONI

Difendere la sicurezza di cittadini e pazienti è parte integrante del mandato che l'Azienda USL di Bologna ed i singoli professionisti che vi lavorano ricevono dalla società. Pertanto, se la sicurezza è l'obiettivo, la gestione del rischio è lo strumento.

Il rischio è una componente della vita e dell'organizzazione sociale e l'errore è un evento atteso che fa parte dell'umana condizione di fallibilità. Solo la piena consapevolezza di questo dato di fatto, può condurre ad azioni concrete per un'efficace "manutenzione" della sicurezza.

Conoscere, identificare e saper affrontare i rischi rappresenta un valore aggiunto che tutti gli operatori ed il sistema aziendale nel suo complesso devono perseguire in ogni momento della propria attività, specie in tempi in cui le aspettative di cura e di garanzia da parte dei pazienti e dell'opinione pubblica sono in forte crescita ed influenzano considerevolmente lo scenario complessivo.

Ciò presuppone un'azione mirata sulla cultura della sicurezza intesa come insieme di valori di ogni persona e gruppo a tutti i livelli dell'organizzazione aziendale rispetto alla sicurezza. Cultura che si misura rispetto alla disponibilità di ciascun soggetto ad apprendere, adattare e modificare i propri comportamenti a livello individuale ed organizzativo per il miglioramento dei livelli di sicurezza. Il presupposto è che se la cultura legittima la struttura, la struttura determina e rafforza la cultura; su tali considerazioni si è fondata la strategia dell'Azienda USL di Bologna rispetto alla sicurezza delle cure e alla gestione del rischio.

L'approccio gestionale globale alla sicurezza ritenuto valido a livello aziendale è stata la realizzazione di un sistema integrato per la gestione del rischio nei suoi aspetti di sicurezza clinico-assistenziale, tecnico, giuridico-amministrativo e medico legale finalizzato a realizzare sinergie tra i vari attori delle "diverse sicurezze aziendali" superando così la tendenza alla possibile frammentazione organizzativa e professionale a garanzia di servizi sicuri e di buona qualità erogati ai pazienti.

La lettura integrata dei flussi informativi aziendali ad oggi esistenti e qui descritti rappresenta una modalità che consente il trasferimento di conoscenza dei livelli di rischio insiti nelle attività svolte nella struttura sanitaria ed il supporto alle decisioni da intraprendere in termini di pianificazione di azioni reattive che potranno essere, a seconda dei casi, di tipo correttivo, preventivo e migliorativo in relazione all'individuazione di un pericolo o alla estrinsecazione di un rischio. Tutto ciò con l'intento finale di costruire una lingua comune, un riferimento condiviso di valori, comportamenti ed obiettivi che funzionino da guida per l'organizzazione sanitaria aziendale nell'adozione di soluzioni efficaci per una causa comune che introduca un aumento della sicurezza nell'erogazione delle cure.