

RELAZIONE ANNUALE SUGLI ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE CURE E ALLE RELATIVE AZIONI DI MIGLIORAMENTO

ex art. 2 co. 5 della Legge 8 marzo 2017 n. 24



Redazione a cura di

Marco Bisceglia, Elena Cappiello, Costanza Ventrucci e Roberto Di Silvestre
U.O. Medicina Legale e Risk Management (S.C.)

Si ringraziano per il contributo fornito

R. BARONI, UO Sistemi Informativi Aziendali (SC)

GC. PEDRAZZI, UO Affari Generali e Legali (SC)

V. RANDI, UO Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale di Area Metropolitana (SC)

M. BORSARI, P. ZUCCHERI, Dipartimento Farmaceutico Interaziendale

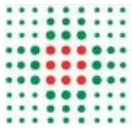
E. SANVITO, G. FALASCA, Ingegneria clinica

D. BURIOLA F. LUGARESÌ UO Qualità Accreditamento e Relazioni con il cittadino (SS)

E. BAZZAN UO Servizio Prevenzione e Protezione (SC)

S. BIGNAMI Dipartimento Assistenziale, Tecnico e Riabilitativo - DATeR

A. ROSSI Dipartimento Assistenziale, Tecnico e Riabilitativo - DATeR



PREMESSA

La sicurezza delle cure deve confrontarsi con l'analisi di numerosi fattori che concorrono a determinare il grado di complessità del sistema sanitario, tra cui si ricordano fattori strutturali e tecnologici, organizzativo-gestionali, umani, legati agli utenti-pazienti, esterni all'organizzazione. Una tale molteplicità e varietà richiede quindi un sistema di gestione del rischio basato su un approccio multidisciplinare integrato che, attraverso l'apprendimento continuo per il miglioramento, possa assicurare livelli di qualità e sicurezza delle cure via via crescenti. Tale impostazione operativa viene peraltro sottintesa dalla recente normativa.

La Legge 8 marzo 2017 n. 24 "*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 un adeguato coordinamento delle attività di prevenzione del rischio, con il concorso di tutto il personale, nonché 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/impeediti 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. Per garantire il massimo risultato è necessario l'utilizzo di molteplici strumenti di rilevazione che consentano una rappresentazione del sistema nella sua globalità, a partire dai rischi specifici dei singoli sottosistemi e delle interconnessioni tra questi.

Le organizzazioni sanitarie devono quindi utilizzare un'ampia gamma di metodi di rilevazione per identificare i problemi relativi alla sicurezza del paziente: essi non sono alternativi ma complementari offrendo differenti livelli di informazioni qualitative e quantitative sulla sicurezza delle cure.

Le informazioni quantitative sugli eventi avversi devono comunque essere interpretate secondo una particolare chiave di lettura: un aumento di eventi avversi segnalati non indica necessariamente un peggioramento nelle performance dell'organizzazione sanitaria

in quanto può essere determinato anche da una migliore capacità di rilevare gli eventi e da una efficace campagna di informazione finalizzata a considerare l'evento avverso quale occasione di apprendimento e miglioramento.

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.

La pandemia COVID-19 che ha investito il nostro paese all'inizio del 2020 e la correlata fase di emergenza di sanità pubblica hanno fortemente influito sull'attività del nostro Servizio Sanitario Regionale determinando la necessità di riassegnazione del personale, allestimento di nuovi reparti, "riallocazione" di risorse, acquisti di strumentazioni e materiali da consumo per poter garantire, compatibilmente con le risorse presenti, una adeguata sicurezza delle cure. L'esperienza pandemica ha inoltre ricordato l'importanza di una cultura proattiva del rischio al fine di garantire maggiore agilità e flessibilità del sistema rispetto ai cambiamenti dell'ambiente operativo.

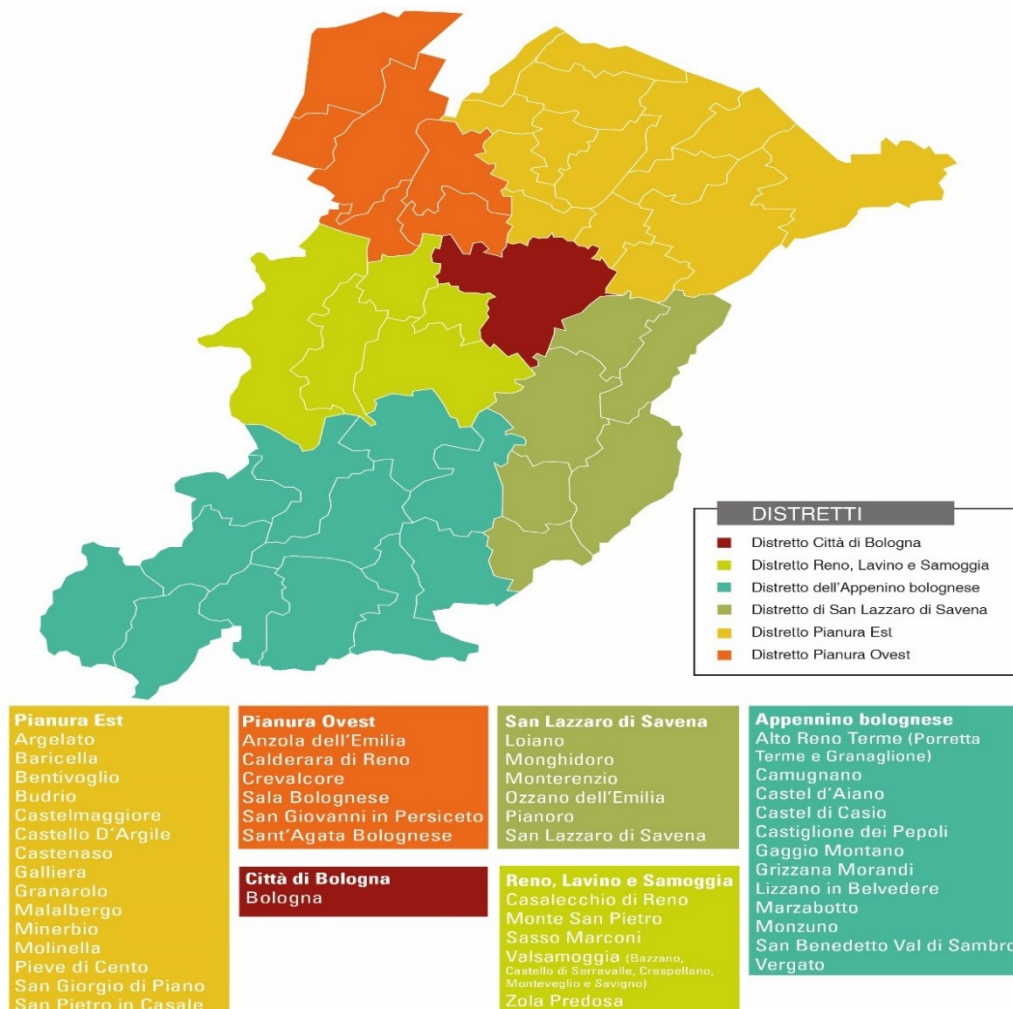


DESCRIZIONE DEL CONTESTO DI RIFERIMENTO

Redazione a cura della Dott.ssa Raffaella Baroni, UO Flussi Informativi aziendali

L'Azienda USL di Bologna opera su un territorio coincidente con 45 comuni della provincia di Bologna, con una **popolazione complessiva di 886.597 abitanti** (Popolazione residente all'1/1/2022 pubblicata annualmente dalla Regione Emilia-Romagna), distribuiti nei suddetti 45 comuni, suddivisi in 6 distretti.

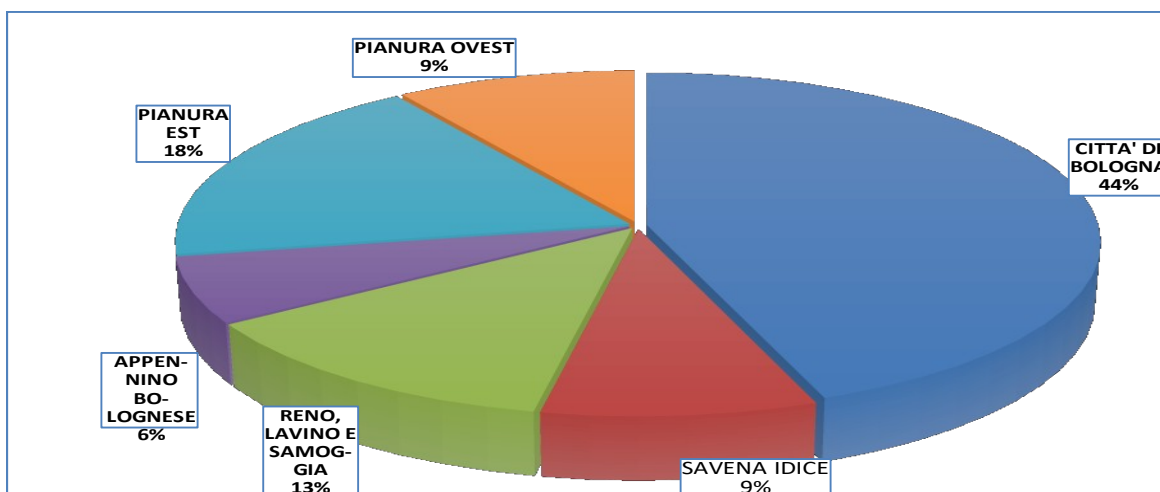
L'Azienda USL di Bologna si colloca al centro della Regione Emilia-Romagna, divisa in due dall'importante arteria stradale della Via Emilia: l'intero territorio passa dall'area appenninica adiacente alla Toscana e posta a Sud (province di Pistoia, Prato e Firenze), all'area padana confinante a Nord-Est con la Provincia di Ferrara. Ad Est troviamo l'Azienda USL di Imola, che comprende i restanti 10 comuni della provincia di Bologna e la Provincia di Ravenna, mentre ad Ovest quella di Modena.



Complessivamente l'Azienda USL si estende per 2915,4 Km², di cui quasi il 60% rappresentato da zone montano-collinari. Questa situazione spiega sia la complessità della viabilità locale, con le relative difficoltà di mobilità per la popolazione residente, sia la distribuzione della popolazione residente per aree geografiche omogenee.

Gran parte della popolazione residente nell'Azienda USL di Bologna risiede nella Città di Bologna che rappresenta da sola il 44% di tutti i residenti.

La distribuzione della **popolazione residente all'1/1/2022** per Distretto, genere e classi di età è la seguente:



MASCHI E FEMMINE DISTRETTI	CLASSI DI ETÀ				totale
	0-13	14-64	65-74	≥75	
CITTA' DI BOLOGNA	42.187	254.463	41.361	54.679	392.690
SAVENA IDICE	8.754	49.492	9.706	10.922	78.874
RENO, LAVINO E SAMOGGIA	13.013	71.839	12.926	15.140	112.918
APPENNINO BOLOGNESE	5.549	34.841	7.518	7.648	55.556
PIANURA EST	19.893	105.417	18.435	19.460	163.205
PIANURA OVEST	10.207	53.901	9.253	9.993	83.354
Totale AUSL BO	99.603	569.953	99.199	117.842	886.597
% per classi di età	11,2	64,3	11,2	13,3	100,0

MASCHI DISTRETTI	CLASSI DI ETÀ				
	0-13	14-64	65-74	≥75	totale
CITTA' DI BOLOGNA	21.542	125.680	18.310	20.958	186.490
SAVENA IDICE	4.556	24.575	4.561	4.663	38.355
RENO, LAVINO E SAMOGGIA	6.667	35.726	6.005	6.333	54.731
APPENNINO BOLOGNESE	2.870	17.763	3.756	3.314	27.703
PIANURA EST	10.303	52.660	8.707	8.208	79.878
PIANURA OVEST	5.126	27.219	4.424	4.202	40.971
Totale AUSL BO	51.064	283.623	45.763	47.678	428.128
% per classi di età	11,9	66,2	10,7	11,1	100,0

FEMMINE DISTRETTI	CLASSI DI ETÀ				
	0-13	14-64	65-74	≥75	totale
CITTA' DI BOLOGNA	20.645	128.783	23.051	33.721	206.200
SAVENA IDICE	4.198	24.917	5.145	6.259	40.519
RENO, LAVINO E SAMOGGIA	6.346	36.113	6.921	8.807	58.187
APPENNINO BOLOGNESE	2.679	17.078	3.762	4.334	27.853
PIANURA EST	9.590	52.757	9.728	11.252	83.327
PIANURA OVEST	5.081	26.682	4.829	5.791	42.383
Totale AUSL BO	48.539	286.330	53.436	70.164	458.469
% per classi di età	10,6	62,5	11,7	15,3	100,0

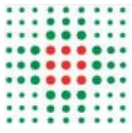
I dati della popolazione residente, che si utilizzano ai fini dell'allocazione delle risorse del Fondo Sanitario Regionale, derivano dal flusso delle anagrafi comunali attivo in Regione Emilia-Romagna, e sono estraibili dal sito <http://statistica.regione.emilia-romagna.it/popolazione>. Il modello di allocazione delle risorse pesa la popolazione utilizzando target specifici di popolazione per livello di assistenza.

I dati della **popolazione assistita** corrispondono al numero di persone che hanno scelto il Medico di Medicina Generale (MMG) o il Pediatra di Libera Scelta (PLS) sul territorio dell'AUSL di

Bologna. I dati di seguito riportati sono coerenti con quelli esposti nel QUADRO G del Modello FLS 11 al 1/1/2022:

Assistibili	CLASSI DI ETÀ	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
MODELLO FLS 11 Anno 2022 (scelte MMG e PLS)	0 - 13 anni	49.469	46.920	96.389
	14- 64 anni	273.364	281.126	554.490
	65- 74 anni	45.334	52.802	98.136
	75 anni e oltre	47.396	68.937	116.333
	Totale assistibili	415.563	449.785	865.348

La popolazione assistita non coincide con la popolazione residente alla medesima data, in quanto tra gli assistiti sono presenti anche pazienti *non residenti*, che hanno scelto il MMG o il PLS sul territorio Aziendale, mentre tra i residenti ci sono persone che possono non avere scelto il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta nell'Azienda USL di Bologna. Nel 2022 la popolazione esente da ticket è composta da 169.982 assistiti esenti per età o reddito e da 157.489 assistiti esenti per altri motivi quali invalidità, malattie rare e patologie.



ASSETTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO

La Gestione del rischio e sicurezza delle cure la gestione del rischio in ambito aziendale si è sviluppata attraverso un percorso di condivisione a tutti i livelli di una logica multidisciplinare ed interprofessionale; la Delibera Aziendale 342 dell'8/11/2018 Definizione dell'assetto organizzativo aziendale per la Gestione del Rischio e la Sicurezza delle Cure ha precisato diversi attori e i rispettivi ruoli in tale contesto.

Le diverse figure coinvolte - Direttore sanitario, Risk Manager, Tavolo Strategico Aziendale per la sicurezza - Nucleo operativo di gestione del rischio clinico e sicurezza delle cure (Team Risk), Collegio di Direzione, con funzioni consultive e di indirizzo, e rete di facilitazione, collaborano in ottica integrata per definire il piano aziendale di gestione del rischio e sicurezza delle cure e tradurlo estrinsecandolo a tutti i livelli aziendali, in modo da portare la cultura della gestione del rischio all'interno delle Unità Operative/Unità Assistenziali, consentendo la creazione di un sistema in grado di comunicare realmente (fenomeno del break-through) con gli operatori e in grado di affrontare, culturalmente ed operativamente, la complessità del sistema sanitario.

Nel corso dell'anno 2022 sono state intraprese iniziative formative specificatamente dedicate al rafforzamento della rete di facilitazione (corso aziendale dedicato alla rete del Rischio) che affrontano il tema specifico dei percorsi aziendali di segnalazione degli eventi di interesse per la sicurezza delle cure e degli strumenti della gestione del rischio utilizzati per la presa in carico da parte della U.O. di Medicina Legale e Risk Management. Parallelamente è stato programmato ed attuato il corso Pillole di Gestione del rischio, rivolto a tutti gli operatori sanitari e volto favorire la conoscenza del ruolo della Gestione del Rischio all'interno del SSN e della nostra azienda.

Nel corso del 2023 è prevista la prosecuzione di tali iniziative formative, che consentono di diffondere la cultura della sicurezza e di favorire il confronto multiprofessionale e multidisciplinare..

DATI DI PRODUZIONE E ATTIVITÀ

Assistenza Ospedaliera

L'azienda opera mediante due presidi ospedalieri a gestione diretta e undici case di cura accreditate che svolgono attività clinico-assistenziali in base ad una specifica committenza. I posti letto direttamente gestiti sono pari a 1.265 unità al 31/12/2022, quelli convenzionati (accreditati) sono pari a 920 unità. Di seguito si riporta la tabella riassuntiva con PL ordinari, day hospital, day surgery suddivisi per presidio.

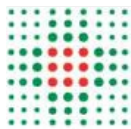
POSTI LETTO

MODELLO HSP12 - Presidi a gestione diretta ANNO2022 - (31/12/2022)

Cod. struttura	Denominazione struttura	Indirizzo	Deg. Ord.	DH	Day surgery	TOTALE
080053	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO - AZIENDA DI BOLOGNA	LARGO BARTOLO NIGRISOLI 2	1.062	20	23	1.105
080153	ISTITUTO DELLE SCIENZE NEUROLOGICHE DI BOLOGNA	VIA ALTURA 3	155	4	1	160
	Totale PL		1.217	24	24	1.265

Posti letto per Stabilimento dei Presidi a gestione diretta dell'Azienda USL di Bologna al 31/12/22:

Stabilimento	Ord.	D.H.	D.S.	Tot.
OSPEDALE MAGGIORE	530	3	12	545
OSPEDALE BELLARIA	68	7	1	76
OSPEDALE BAZZANO	55	0	2	57
OSPEDALE PORRETTA TERME	70	3	5	78
OSPEDALE VERGATO	32	0	1	33
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
TOTALE PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AZ. USL DI BOLOGNA	1.062	20	23	1.105
IRCCS SCIENZE NEUROLOGICHE BOLOGNA	155	4	1	160
TOTALE AZIENDALE	1.217	24	24	1.265



POSTI LETTO IN CASE DI CURA ACCREDITATE ANNO 2022 (31/12/2022) – MOD.HSP13

Cod. struttura	Denominazione struttura	Indirizzo	Degenza Ordinaria	Day Hospital	Day surgery	TOTALE
080219	VILLA CHIARA	VIA PORRETTANA, 170 CASALECCHIO DI RENO	107	0	6	113
080220	CASA DI CURA PROF. NOBILI	VIA FIERA 25 CASTIGLIONE DEI PEPOLI	69	3	0	72
080221	CASA DI CURA VILLA ERBOSA	VIA DELL'ARCOVEGGIO 50/2 BOLOGNA	231	0	10	241
080222	CASA DI CURA NIGRISOLI	VIALE GIAN BATTISTA ERCOLANI 7/B BOLOGNA	116	0	0	116
080223	VILLA TORRI	VIALE FILOPANTI 12 BOLOGNA	75	0	0	75
080224	CASA DI CURA AI COLLI	VIA SAN MAMOLO 156/158 BOLOGNA	5	0	0	5
080227	VILLA BARUZZIANA	VIA DELL'OSSERVANZA 19 BOLOGNA	32	0	0	32
080228	VILLA BELLOMBRA	VIA BELLOMBRA 24 BOLOGNA	66	0	0	66
080229	VILLA LAURA	VIA EMILIA LEVANTE 137 BOLOGNA	100	0	1	101
080231	VILLA REGINA	VIA CASTIGLIONE 115 BOLOGNA	35	0	0	35
080255	OSPEDALE PRIVATO SANTA VIOLA	Via Della Ferriera, 10 BOLOGNA	64	0	0	64
Totale			900	3	17	920

Oltre al numero complessivo della dotazione dei Posti Letto al 31/12/2022, ricavato dai modelli HSP12 e HSP13, vale la pena segnalare che, a partire dalla prima fase emergenziale COVID-19 nel 2020, la dotazione di Posti Letto ha subito una riorganizzazione interna in applicazione della DGR677/15-6-2020, nella quale venne approvato il Piano di Riorganizzazione della Rete Ospedaliera per emergenza Covid 19. Dal sistema di monitoraggio delle dotazioni di Posti Letto e della loro occupazione si segnala che dei 1.217 PL ordinari nelle strutture pubbliche dell'AUSL di Bologna al 31/12/2022 è del 36% la percentuale di PL Covid distribuiti nelle seguenti aree:

AREA REPARTI	PL ORDINARI AUSL BO PUBBLICO AL 31/12/2022	PERCENTUALE PER AREA	
DEGENZA ORDINARIA COVID	307	25,2%	36%

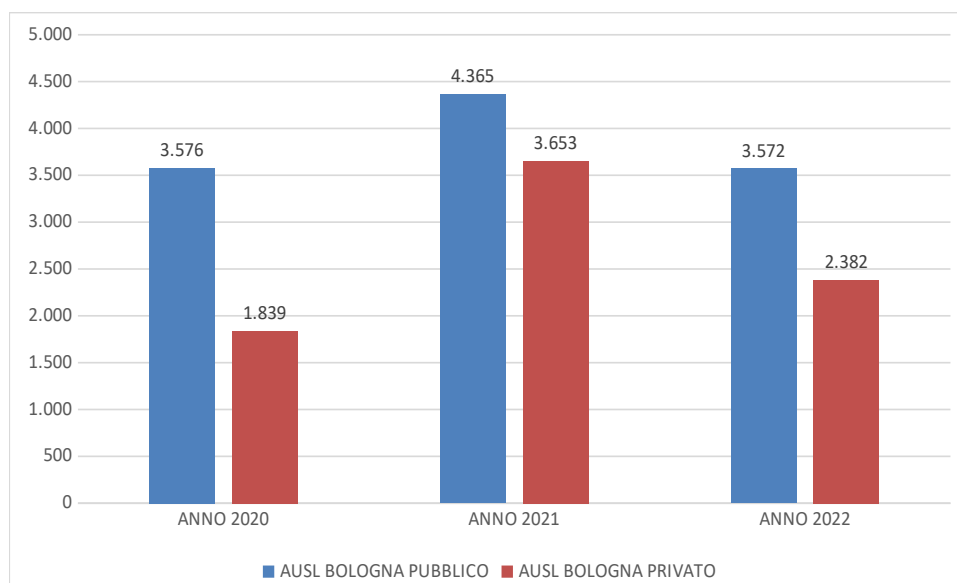
SOSPETTI COVID	4	0,3%	
SUB INTENSIVA COVID	49	4%	
TERAPIA INTENSIVA COVID	76	6,2%	
ALTRI REPARTI NO COVID	781	64,2%	64%
DOTAZIONE PL TOTALE	1.217	100%	

Sintesi SDO COVID ANNO 2020, 2021, 2022

Nota: le SDO Covid sono identificate dalla diagnosi Covid (variabile RER Tipo Covid 1 o 3)

Azienda di ricovero	RICOVERI			%		
	ANNO 2020	ANNO 2021	ANNO 2022	ANNO 2020	ANNO 2021	ANNO 2022
AUSL BOLOGNA PUBBLICO	3.576	4.365	3.572	66,0%	54,4%	60,0%
AUSL BOLOGNA PRIVATO	1.839	3.653	2.382	34,0%	45,6%	40,0%
TOTALE COMPLESSIVO SDO	5.415	8.018	5.954	100,0%	100,0%	100,0%

Azienda di ricovero	GIORNATE DI DEGENZA			%		
	ANNO 2020	ANNO 2021	ANNO 2022	ANNO 2020	ANNO 2021	ANNO 2022
AUSL BOLOGNA PUBBLICO	41.405	49.335	46.314	58,3%	46,6%	54,2%
AUSL BOLOGNA PRIVATO	29.583	56.548	39.189	41,7%	53,4%	45,8%
TOTALE COMPLESSIVO SDO	70.988	105.883	85.503	100,0%	100,0%	100,0%



Ricoveri Covid: giornate in Terapia Intensiva e Sub-Intensiva

AUSL BOLOGNA PUBBLICO									
Provenienza	ANNO 2020			ANNO 2021			ANNO 2022		
	TERAPIA INTENSIVA			TERAPIA INTENSIVA			TERAPIA INTENSIVA		
	Ricoveri	Giornate	DM	Ricoveri	Giornate	DM	Ricoveri	Giornate	DM
Bologna	384	3.807	9,91	547	6.333	11,58	234	1.971	8,42
Imola	27	242	8,96	85	1.071	12,60	23	255	11,09
Fuori Provincia	51	757	14,84	18	113	6,28	6	52	8,67
Fuori Regione	8	61	7,63	14	132	9,43	10	70	7,00
Stranieri	4	13	3,25	11	76	6,91	10	85	8,50
Totale	474	4.880	10,30	675	7.725	11,44	283	2.433	8,60

Provenienza	ANNO 2020			ANNO 2021			ANNO 2022		
	SUB-INTENSIVA			SUB-INTENSIVA			SUB-INTENSIVA		
	Ricoveri	Giornate	DM	Ricoveri	Giornate	DM	Ricoveri	Giornate	DM
Bologna	199	681	3,42	708	3.108	4,39	123	622	5,06
Imola	9	60	6,67	25	72	2,88	17	53	3,12
Fuori Provincia	3	15	5,00	24	121	5,04			
Fuori Regione	6	10	1,67	19	85	4,47	7	35	5,00
Stranieri	2	2	1,00	9	27	3,00	3	18	6,00
Totale	219	768	3,51	785	3.413	4,35	150	728	4,85

Assistenza Territoriale

STATO DELL'ARTE

L'azienda opera mediante 300 strutture a gestione diretta e 372 strutture non direttamente gestite che svolgono attività clinico-assistenziali in base ad una specifica committenza. Le strutture a gestione diretta sono tutte pubbliche, le strutture non direttamente gestite comprendono sia strutture private che pubbliche (es. ASP), non gestite direttamente dall'AUSL di Bologna, ma tramite convenzione

Tipo di struttura e Tipo di assistenza erogata	Gestione Diretta	Non Direttamente Gestita	TOTAL
			E
AMBULATORIO E LABORATORIO	78	66	144
S01/S02/S03-ATTIVITA` CLINICA/DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI/ATTIVITA` DI LABORATORIO	7	12	19
S01/S02-ATTIVITA` CLINICA/DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI	14	22	36
S01/S03-ATTIVITA` CLINICA/ATTIVITA` DI LABORATORIO	2		2
S01-ATTIVITA` CLINICA	46	21	67
S02/S03-DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI/ATTIVITA` DI LABORATORIO		1	1

S02-DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI		5	5
S03-ATTIVITA` DI LABORATORIO	9	5	14
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	207	4	211
S01/S02/S05/S06-ATTIVITA` CLINICA/DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI/ASSISTENZA PSICHIATRICA/ASSISTENZA PER TOSSICODIPENDENTI	1		1
S01/S02/S06-ATTIVITA` CLINICA/DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI/ASSISTENZA PER TOSSICODIPENDENTI	1		1
S01-ATTIVITA` CLINICA	1		1
S04-ATTIVITA` DI CONSULTORIO MATERNO-INFANTILE	50		50
S05/S06/S07-ASSISTENZA PSICHIATRICA/ASSISTENZA PER TOSSICODIPENDENTI/ASSISTENZA AIDS	1		1
S05-ASSISTENZA PSICHIATRICA	54		54
S06-ASSISTENZA PER TOSSICODIPENDENTI	11		11
S08-ASSISTENZA IDROTERMALE		4	4
S99-ALTRO	88		88
STRUTTURA RESIDENZIALE	7	193	200
S05-ASSISTENZA PSICHIATRICA	7	24	31
S06-ASSISTENZA PER TOSSICODIPENDENTI		15	15
S07-ASSISTENZA AIDS		1	1
S09-ASSISTENZA AGLI ANZIANI		91	91
S10-ASSISTENZA AI DISABILI FISICI		59	59
S12-ASSISTENZA AI MALATI TERMINALI		3	3
STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	8	109	117
S05-ASSISTENZA PSICHIATRICA	5	1	6
S06-ASSISTENZA PER TOSSICODIPENDENTI	1	5	6
S09-ASSISTENZA AGLI ANZIANI		53	53
S10-ASSISTENZA AI DISABILI FISICI	2	50	52
TOTALE	300	372	672

Medicina Generale

Relativamente alla medicina generale, l'Azienda opera mediante 522 medici di medicina generale (MMG) convenzionati che assistono complessivamente una popolazione pari a 768.959 unità, e 114 pediatri di libera scelta (PLS) convenzionati che assistono complessivamente una popolazione pari a 96.389 unità.

Assistenza socio-sanitaria residenziale e semiresidenziale per ANZIANI

Le strutture residenziali per l'assistenza socio-sanitaria per anziani sono le CRA (Case Residenza per Anziani) e al 31/12/2022 contano 3.059 posti residenziali accreditati presenti sul territorio aziendale; 2.840 risultano acquistati attraverso il Contratto di Servizio dai Distretti di Committenza e Garanzia dell'Azienda USL oltre ai 9 acquistati in strutture ubicate fuori dal territorio aziendale. Le strutture semiresidenziali per anziani sono i Centri Diurni e al 31/12/2022 contano 728 posti accreditati; 639 posti risultano acquistati attraverso il Contratto di Servizio dai Distretti di Committenza e Garanzia dell'Azienda USL.

ANZIANI

DISTRETTO	CRA		CENTRI DIURNI		TOTALE	
	Posti Accreditati	Posti da Contratto di Servizio	Posti accreditati	Posti da Contratto di Servizio	Posti Accreditati	Posti da Contratto di Servizio
CITTA' DI BOLOGNA	1.459	1.465	335	327	1.794	1.792

RENO, LAVINO E SAMOGGIA	329	328	130	117	459	445
PIANURA EST	516	434	122	56	638	490
PIANURA OVEST	230	231	63	63	293	294
APPENNINO	197	167	28	28	225	195
SAVENA IDICE	328	215	50	48	378	263
AZIENDA USL BOLOGNA	3.059	2.840	728	639	3.787	3.479

Assistenza socio-sanitaria residenziale e semiresidenziale per DISABILI

Le strutture residenziali per l'assistenza socio-sanitaria per disabili sono i CSRR (Centri Socio Riabilitativi Residenziali) e al 31/12/2022 contano 224 posti accreditati presenti sul territorio aziendale; 204 risultano acquistati attraverso il Contratto di Servizio dai Distretti di Committenza e Garanzia dell'Azienda USL oltre ai 25 acquistati in strutture ubicate fuori dal territorio aziendale.

Le strutture semiresidenziali per disabili sono i CSRD (Centro Socio-Riabilitativo Diurno) e al 31/12/2022 contano 593 posti accreditati presenti sul territorio aziendale; 520 risultano acquistati attraverso il Contratto di Servizio dai Distretti di Committenza e Garanzia dell'Azienda USL oltre agli 8 acquistati in strutture ubicate fuori dal territorio aziendale.

DISABILI

DISTRETTO	CSRR		CSRD		TOTALE	
	Posti Accreditati	Posti da Contratto di Servizio	Posti Accreditati	Posti da Contratto di Servizio	Posti Accreditati	Posti da Contratto di Servizio
CITTA' DI BOLOGNA	82	106	203	222	285	328
RENO, LAVINO SAMOGGIA	31	22	92	58	123	80
PIANURA EST	59	29	98	79	157	108
PIANURA OVEST	19	24	58	51	77	75
APPENNINO	16	3	38	39	54	42
SAVENA IDICE	17	20	104	71	121	91
AZIENDA USL BOLOGNA	224	204	593	520	817	724

DATI DI ATTIVITÀ RELATIVI ALL'ANNO 2022

Anche nel 2022 la gestione dell'emergenza Covid19 ha avuto un impatto sull'organizzazione e sull'erogazione dell'attività sanitaria. Nella lettura degli andamenti di seguito riportati occorre tenere presente che il carico dell'epidemia sui servizi sanitari non sempre è desumibile dai soli Flussi Informativi Sanitari Correnti.

ASSISTENZA OSPEDALIERA

PRONTO SOCCORSO

L'Azienda USL di Bologna conta 8 sedi di Pronto Soccorso. Presso la sede dell'Ospedale Maggiore sono presenti, oltre al PS generale, anche 3 PS specialistici: ortopedico, ostetrico-ginecologico e pediatrico.

TAB. A - ACCESSI AL PS PER SEDE E STRUTTURA – anni 2019-2021-2022

struttura sede del PS	generale	ortopedico	pediatrico	ost gin	Accessi 2019	Accessi 2021	Accessi 2022	diff.Ass 22-19	diff. % 22-19

Maggiore	1	1	1	1	112.604	93.916	104.141	-8.463	-8,1%
Bentivoglio	1				40.012	26.224	32.122	-7.890	-24,6%
Budrio	1				19.490	13.225	14.916	-4.574	-30,7%
S.Giovanni	1				20.786	16.557	18.570	-2.216	-11,9%
Bazzano	1				20.495	14.628	18.606	-1.889	-10,2%
Loiano	1				6.030	4.623	5.459	-571	-10,5%
Porretta	1				12.426	10.902	13.057	631	4,8%
Vergato	1				8.626	4.908	5.843	-2.783	-47,6%
totale					240.469	184.983	212.714	-27.755	-13,0%
<i>di cui seguiti da ricovero</i>					31.387	30.802	32.480	1.093	3,4%
n° pazienti che hanno rifiutato il ricovero					1.625	1.614	1.653	28	1,7%
N° Accessi seguiti da ricovero + pz che hanno rifiutato il ricovero					33.012	32.416	34.133	1.121	3,3%
N° OBI					23.639	15.480	15.681	-7.958	-50,7%
di cui N° OBI esitate in ricovero					10.279	7.962	8.268	-2.011	-24,3%
N. OBI / Accessi Totali					9,83	8,37	7,37	-2	-33,4%
Codice rosso					5.001	5.093	5.299	298	5,6%
Codice giallo					34.298	23.544	0	-34.298	-
Codice verde					158.904	115.230	111.523	-47.381	-42,5%
Codice bianco					42.266	28.894	29.077	-13.189	-45,4%
Codice arancione					0	3.012	14.151	14.151	100,0%
Codice Azzurro					0	9.210	52.667	52.667	100,0%
<i>FILTRO (accessi seguiti da ricovero / totale accessi) compresi pz che hanno rifiutato</i>					13,73	17,52	16,05	2,32	14,5%
<i>FILTRO (accessi seguiti da ricovero / totale accessi) esclusi pz che hanno rifiutato ricovero</i>					13,05	16,65	15,27	2,22	14,5%

Gli accessi nel 2022, pur in aumento rispetto al 2021, non hanno ancora raggiunto il livello pre-pandemia attestandosi a un -13% rispetto al 2019.

I ricoveri invece hanno superato in termini assoluti quelli del 2019 e la percentuale di accessi seguiti da ricovero (*esclusi pz che hanno rifiutato ricovero*) passa dal 13,05% del 2019 al 15,27% nel 2022.

ATTIVITA' DI RICOVERO

La sintesi sull'attività di ricovero di seguito illustrata comprende i 9 stabilimenti aziendali che fanno capo al Presidio UNICO di Bologna e l'IRCCS delle Scienze Neurologiche di Bologna. Si tratta delle strutture pubbliche gestite dall'Azienda USL di Bologna.

TAB. B1 – N. pazienti dimessi dai Presidi dell'Azienda USL di Bologna (Presidio Unico di Bologna + IRCCS delle Scienze Neurologiche di Bologna-ISBN)

INDICATORI SUI DIMESSI (ESCLUSO I NEONATI SANI)	regime di ricovero	2019	2021	2022	diff. Ass. 2022-2019	diff. % 2022-2019
DIMESSI: N. CASI	ORD + DH	59.624	53.901	54.434	-5.190	-8,70%
DIMESSI: N. CASI	ORD	51.130	47.248	47.290	-3.840	-7,51%
DIMESSI: N. CASI	DH	8.494	6.653	7.144	-1.350	-15,89%
DIMESSI VALORIZZAZIONE	ORD + DH	197.645.860	192.129.448	191.845.529	-5.800.331	-2,93%

DIMESSI VALORIZZAZIONE	ORD	187.586.570	184.588.986	183.434.701	-4.151.869	-2,21%
DIMESSI VALORIZZAZIONE	DH	10.059.290	7.540.462	8.410.828	-1.648.462	-16,39%
DIMESSI: PUNTI	ORD + DH	66.123	62.196	62.162	-3.961	-5,99%
PESO MEDIO	ORD + DH	1,11	1,15	1,14	0,03	2,88%
VAL. MEDIA	ORD + DH	3.315	3.564	3.524	209	6,32%
DIMESSI: N. DRG CH	ORD + DH	21.904	17.108	19.756	-2.148	-9,81%
% DRG CH	ORD + DH	36,7	31,7	36,3	-0,4	-1,11%

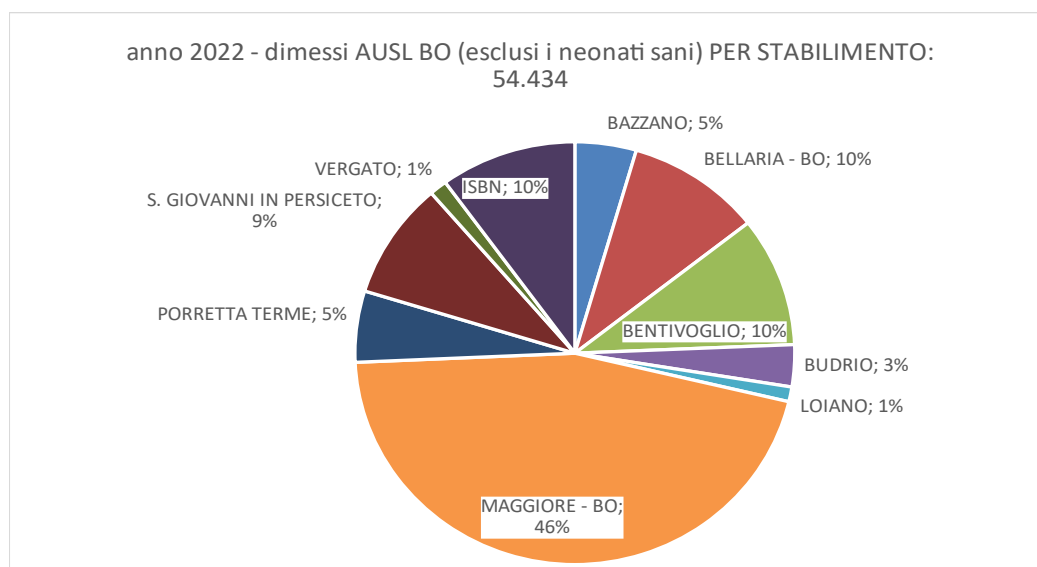
L'andamento dell'attività di ricovero vede nell'anno 2022 un calo complessivo sul numero dei casi (-8,7%) e sulla valorizzazione economica (-2,9%) rispetto all'anno 2019. Il calo è spiegato in gran parte dall'andamento dei casi chirurgici: - 2.148 nel 2022 rispetto al 2019 (-9,8%).

Di seguito si registra nell'andamento dei neonati sani 2019-2022 un aumento del 12% e del numero dei parti del 9,4%. Nel 2022 si rileva un aumento della percentuale dei parti cesarei che passano dal 22,7% dell'anno 2019 al 24,7% dell'anno 2022.

TAB. B2 – Neonati sani dimessi dal Presidio Unico AUSL di Bologna

indicatori	2019	2021	2022	diff. Ass. 22-19	diff. % 22-19
NEONATI SANI	2.879	3.142	3.226	347	12,05%
NEONATI SANI VALORIZZAZIONE	965.051	1.053.575	1.081.742	116.691	12,09%
PARTI	3.519	3.765	3.849	330	9,38%
% PARTI CESAREI	22,7	25	24,7	2,0	8,81%

I pazienti ricoverati nell'anno 2022 (TAB.B3) sono dimessi per il 10% dall'ISBN e per il 90% dagli stabilimenti afferenti al Presidio unico dell'AUSL di Bologna così disaggregati: il 46% dall'Ospedale Maggiore, il 10% dall'Ospedale di Bentivoglio e dall'Ospedale Bellaria, il 9% dall'Ospedale di S. Giovanni in Persiceto, il 5% dall'Ospedale di Porretta e dall'Ospedale di Bazzano.



TAB.B3 - Distribuzione dimessi per Presidio e Stabilimento (escluso i neonati sani) 2019-2022

PRESIDI	STABILIMENTI	n° dimessi			Δ 22-19	Δ% 22-19	DISTRIBUZ . % PER SEDE 2022
		2019	2021	2022			
PRESIDI O UNICO	<i>MAGGIORE</i>	29.048	25.667	24.777	-4.271	-15%	46%
	<i>BELLARIA</i>	5.689	4.970	5.404	-285	-5%	10%
	<i>BAZZANO</i>	2.429	2.456	2.600	171	7%	5%
	<i>PORRETTA TERME</i>	3.444	2.959	2.815	-629	-18%	5%
	<i>VERGATO</i>	882	705	707	-175	-20%	1%
	<i>LOIANO</i>	730	611	699	-31	-4%	1%
	<i>BUDRIO</i>	1.528	1.746	1.697	169	11%	3%
	<i>BENTIVOGLIO</i>	5.950	5.078	5.292	-658	-11%	10%
	<i>S. G. PERSICETO</i>	5.098	4.260	4.856	-242	-5%	9%
	TOTALE PRESIDIO UNICO	54.798	48.452	48.847	-5.951	-11%	90%
ISBN	<i>ISBN - c/o Bellaria</i>	4.042	4.164	4.460	418	10%	8%
	<i>ISBN c/o Maggiore</i>	784	1.285	1.127	343	44%	2%
	TOTALE ISBN	4.826	5.449	5.587	761	16%	10%
totale AUSL BO PUBBLICO		59.624	53.901	54.434	-5.190	-9%	100%

Nelle TAB. B4.1 (anno 2019), B4.2 (anno 2020), B4.3 (anno 2021) e B4.4 (anno 2022) sono evidenziati i dimessi 2019, 2020, 2021 e 2022 per regime di ricovero.

TAB.B4.1 – Anno 2019 - Dimessi per regime di ricovero, peso medio, valorizzazione e valorizzazione media per Presidio e Stabilimento (esclusi i neonati sani)

PRESIDI	STABILIMENTI	REGIME DI RICOVERO			PESO MEDIO DRG ORD+D H	VALORIZZ. ORD+DH	VALORIZZ . MEDIA ORD+DH
		ORDINAR I	DH	ORD+DH			
PRESIDI O UNICO	<i>MAGGIORE</i>	25.170	3.878	29.048	1,10	100.366.292	3.455
	<i>BELLARIA</i>	4.619	1.070	5.689	1,07	17.108.731	3.007
	<i>BAZZANO</i>	1.938	491	2.429	0,95	5.722.184	2.356
	<i>PORRETTA TERME</i>	2.838	606	3.444	1,06	9.752.717	2.832
	<i>VERGATO</i>	860	22	882	1,00	2.421.885	2.746
	<i>LOIANO</i>	730	-	730	1,03	830.395	1.138
	<i>BUDRIO</i>	1.527	1	1.528	1,07	4.687.252	3.068
	<i>BENTIVOGLIO</i>	5.461	489	5.950	1,07	18.342.567	3.083
	<i>S. G. PERSICETO</i>	3.979	1.119	5.098	0,87	12.366.590	2.426
	TOT. PRESIDIO UNICO	47.122	7.676	54.798	1,06	171.598.613	3.131
ISBN	TOTALE ISBN	4.008	818	4.826	1,66	26.047.246	5.397
totale AUSL BO PUBBLICO		51.130	8.494	59.624	1,11	197.645.860	3.315

TAB.B4.2 – Anno 2020 - Dimessi per regime di ricovero, peso medio, valorizzazione e valorizzazione media per Presidio e Stabilimento (esclusi i neonati sani)

PRESIDI	STABILIMENTI	REGIME DI RICOVERO			PESO MEDIO DRG ORD+DH	VALORIZZ. ORD+DH	VALORIZZ. MEDIA ORD+DH
		ORDINARI	DH	ORD+DH			
PRESIDI O UNICO	MAGGIORE	23.028	3.303	26.331	1,13	92.852.907	3.526
	BELLARIA	4.725	721	5.446	1,10	16.269.238	2.987
	BAZZANO	1.649	350	1.999	0,99	5.119.831	2.561
	PORRETTA TERME	2.407	436	2.843	1,11	8.717.824	3.066
	VERGATO	637		637	1,00	2.176.867	3.417
	LOIANO	647		647	1,02	1.039.837	1.607
	BUDRIO	1.438		1.438	1,04	4.230.880	2.942
	BENTIVOGLIO	5.204	241	5.445	1,12	18.020.981	3.310
	S. G. PERSICETO	2.985	454	3.439	0,92	9.302.812	2.705
	TOT. PRESIDIO UNICO	42.720	5.505	48.225	1,10	157.731.175	3.271
ISBN	TOTALE ISBN	3.663	692	4.355	1,64	25.747.233	5.912
totale AUSL BO PUBBLICO		46.383	6.197	52.580	1,14	183.478.408	3.490

TAB.B4.3 – Anno 2021 - Dimessi per regime di ricovero, peso medio, valorizzazione e valorizzazione media per Presidio e Stabilimento (esclusi i neonati sani)

PRESIDI	STABILIMENTI	REGIME DI RICOVERO			PESO MEDIO DRG ORD+DH	VALORIZZ. ORD+DH	VALORIZZ. MEDIA ORD+DH
		ORDINARI	DH	ORD+DH			
PRESIDI O UNICO	MAGGIORE	22.320	3.347	25.667	1,14	92.843.957	3.617
	BELLARIA	4.207	763	4.970	1,03	13.791.580	2.775
	BAZZANO	2.089	367	2.456	0,99	6.254.741	2.547
	PORRETTA TERME	2.484	475	2.959	1,12	9.179.576	3.102
	VERGATO	705		705	1,18	2.582.877	3.664
	LOIANO	611		611	0,98	1.031.696	1.689
	BUDRIO	1.746		1.746	1,05	5.234.583	2.998
	BENTIVOGLIO	4.777	301	5.078	1,18	17.904.199	3.526
	S. G. PERSICETO	3.735	525	4.260	0,96	11.960.947	2.808
	TOT. PRESIDIO UNICO	42.674	5.778	48.452	1,10	160.784.156	3.318
ISBN	TOTALE ISBN	4.574	875	5.449	1,59	31.345.291	5.752
totale AUSL BO PUBBLICO		47.248	6.653	53.901	1,15	192.129.448	3.564

TAB.B4.4 – Anno 2022 - Dimessi per regime di ricovero, peso medio, valorizzazione e valorizzazione media per Presidio e Stabilimento (esclusi i neonati sani)

PRESIDI	STABILIMENTI	REGIME DI RICOVERO			PESO MEDIO DRG ORD+DH	VALORIZZ. ORD+DH	VALORIZZ. MEDIA ORD+DH
		ORDINARI	DH	ORD+DH			
PRESIDI O UNICO	MAGGIORE	21.609	3.168	24.777	1,15	91.100.099	3.677
	BELLARIA	4.499	905	5.404	1,04	15.349.234	2.840
	BAZZANO	2.000	600	2.600	0,94	6.152.218	2.366
	PORRETTA TERME	2.426	389	2.815	1,16	9.326.120	3.313
	VERGATO	707		707	1,09	2.631.479	3.722
	LOIANO	699		699	1,02	1.052.429	1.506
	BUDRIO	1.697		1.697	1,02	5.028.098	2.963
	BENTIVOGLIO	4.879	413	5.292	1,11	17.278.892	3.265
	S. G. PERSICETO	4.012	844	4.856	0,86	11.624.113	2.394
	TOT. PRESIDIO UNICO	42.528	6.319	48.847	1,09	159.542.682	3.266
ISBN	TOTALE ISBN	4.762	825	5.587	1,60	32.302.847	5.782
totale AUSL BO PUBBLICO		47.290	7.144	54.434	1,14	191.845.529	3.524

ASSISTENZA TERRITORIALE

ATTIVITÀ SPECIALISTICA AMBULATORIALE

La produzione dell'Attività Specialistica nelle strutture Pubbliche dell'Azienda USL di Bologna, per pazienti Ambulanti viene erogata sia all'interno delle strutture Ospedaliere che in quelle Territoriali (Poliambulatori). Di seguito, in tabella C, viene riportata l'attività erogata dalle strutture pubbliche aziendali, compresa la produzione che fa capo all'IRCCS delle Neuroscienze di Bologna.

TAB. C - PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI EROGATE DALLE STRUTTURE PUBBLICHE DELL'AZIENDA USL DI BOLOGNA - FONTE BANCA DATAWAREHOUSE AZIENDALE - REGIME SSN - PAZIENTI AMBULANTI

raggruppamento delle prestazioni		FONTE DWH AUSL BO				
		2019	2021	2022	diff. Ass.2022-2019	diff. %2022-2019
DIAGNOSTICA	N°. prestazioni	663.701	603.657	627.591	-36.110	-5,4%
	Valorizzazione	27.305.721	25.908.701	26.340.895	-964.826	-3,5%
LABORATORIO	N°. prestazioni	8.861.369	9.343.900	9.894.443	1.033.074	11,7%
	Valorizzazione	46.405.370	48.600.830	50.914.628	4.509.258	9,7%
RIABILITAZIONE	N°. prestazioni	104.300	98.579	102.451	-1.849	-1,8%
	Valorizzazione	1.144.198	1.081.967	1.109.936	-34.262	-3,0%
PRESTAZIONI TERAPEUTICHE	N°. prestazioni	207.786	193.304	206.285	-1.501	-0,7%
	Valorizzazione	25.250.340	24.477.216	26.742.087	1.491.747	5,9%
VISITE (prime visite e	N°. prestazioni	664.487	596.610	628.984	-35.503	-5,3%

controlli)	Valorizzazione	14.242.529	12.668.867	13.349.608	-892.921	-6,3%
TOTALE COMPLESSIVO	N°. prestazioni	10.501.643	10.836.050	11.459.754	958.111	9,1%
	Valorizzazione	114.348.158	112.737.581	118.457.154	4.108.997	3,6%
	Valor. media	10,9	13,9	10,3	4,3	39,4%
di cui:						
TOTALE escluso l'aggregato di prestazioni di LABORATORIO	N°. prestazioni	1.640.274	1.492.150	1.565.311	-74.963	-4,6%
	Valorizzazione	67.942.788	64.136.751	67.542.526	-400.262	-0,6%
	Valor. media	41,4	43,0	43,2	5,3	12,8%

L'attività del 2022 rispetto al 2019 registra un aumento del numero di prestazioni di circa l'9% e della valorizzazione del 3,6%. Escludendo le prestazioni di laboratorio, che rappresentano circa l'85% dell'attività erogata, si registra un -4,6% di prestazioni e un -0,6% della valorizzazione.

CURE INTERMEDIE

I posti letto di cure intermedie sono finalizzati, attraverso modelli assistenziali intermedi tra l'assistenza domiciliare e l'ospedalizzazione, ad ottenere il recupero dell'autonomia o all'assicurare assistenza continuativa a particolari tipologie di pazienti. Nel corso del 2022, come si evince dalla tabella successiva, sono stati chiusi ufficialmente i 4 Posti Letto di Cure Intermedie di San Giovanni in Persiceto, mentre Vergato pur non essendo chiuso ha proseguito con la sospensione dell'attività ed il Bellaria ha continuato ad appoggiarsi alla casa di cura Villa Erbosa.

TAB. D1 – CURE INTERMEDIE Posti Letto anni 2018-2022

Stabilimento	Data di apertura	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022
Oscò Loiano	28/06/2018	10	10	chiuso da 1 aprile - 30 giugno	10	10
Oscò Vergato	21/05/2018	10	10	aperto fino al 16 marzo (data ultimo dimesso)	4 (ricoveri dal 25/10/21 al 03/12/21 per il resto utilizzati COVID)	10 non utilizzati
Cure Intermedie H. Bellaria (poi Villa Erbosa)	07/02/2019	-	16	chiuso dal 13 marzo - 30 giugno poi trasferito attività a Villa Erbosa	16 attività svolta a Villa Erbosa. Chiusi e utilizzati per Covid dal 15/03/21 al 12/04/21	16
Oscò S. Giovanni in Persiceto	28/10/2019	-	4	4 aperto fino al 17 marzo (data ultimo dimesso)	4 Non si registrano ricoveri	4 non utilizzati chiusi a Settembre 2022
TOTALE		20	40			

Nel 2022 sono stati dimessi 345 pazienti, 327 in meno rispetto al 2019, indice di una mancata ripresa post COVID, la degenza media è di 17 giornate, con una variabilità che è andata da un minimo di 1 a un massimo di 53 giorni di permanenza, mentre nel 2019 le giornate andavano da un minimo di 1 ad un massimo di 75 con una degenza media di 15 giornate.

TAB. D2 – CURE INTERMEDIE: dimessi 2019-2020-2021-2022 (FONTE BANCA DATI RER)

Stabilimento	2019	2020	2021	2022	diff.19/22	diff. % 19/22
Oscos Loiano	137	98	104	93	-44	-32%
Oscos Vergato	165	37	4	0	-165	-100%
Cure Intermedie H. Bellaria	353	232	307	252	-101	-28%
Oscos S. Giovanni in Persiceto	17	23	0	0	-17	-100%
TOTALE	672	390	415	345	-327	-48%

TAB. D3 – ANNO 2022 - CURE INTERMEDIE

Dimessi per Stabilimento e Modalità di dimissione (FONTE BANCA DATI RER)

Stabilimento	Deceduto	Domicilio	Trasferito altro ospedale	Struttura Socio Sanitaria	Dim. protetta c/o Hospice	Dimissione volontaria	Totale
Oscos Loiano	1	58	10	23	0	1	93
Oscos Vergato	0	0	0	0	0	0	0
Cure Intermedie H. Bellaria	6	195	38	10	2	1	252
Oscos S. Giovanni in Persiceto	0	0	0	0	0	0	0
TOTALE	7	253	48	33	2	2	345

ASSISTENZA DOMICILIARE

I dati di seguito rappresentati (TAB.E1) fanno riferimento alla Banca dati Regionale dell'ADI. Vale la pena precisare che l'assistenza domiciliare è impostata su un modello di presa in carico integrata del paziente a domicilio.

Gli episodi al domicilio nell'Azienda USL di Bologna, 26.447 nel 2022, sono seguiti con Tipologia di Assistenza Domiciliare (TAD) di tipo Medico (MMG/PLS) nel 23%, di tipo infermieristico nel 57,3%, con Cure Palliative di base nel 3,7%, Specialistiche nel 8,4% ed in assistenza socio sanitaria nel 7,2%.

I 732.904 accessi effettuati nel 2022 vedono coinvolte diverse figure professionali: nel 7% sono MMG, nel 32% equipe infermieristiche, nel 56% operatori socio-sanitari, nel 3% medico di cure palliative e nel restante 2% altre figure professionali. Nel 2022 per quanto riguarda gli episodi, si assiste ad una notevole crescita rispetto al 2019, così come per quanto riguarda il numero di assistiti. Preme tuttavia sottolineare che nel corso del 2021-2022 sono state implementate le rilevazioni degli episodi di cure palliative di base e di assistenza socio sanitaria all'interno del flusso regionale, da cui deriva parte dell'aumento di episodi ed accessi. In aumento il numero medio di accessi per assistito ed in decremento la durata media della Presa in Carico (PIC) che dovrebbero contribuire complessivamente ad un innalzamento del livello di intensità assistenziale CIA.

TAB. E1 - ADI - AUSL BO (fonte: Flusso SI-ADI banca dati RER)

	2019	2020	2021	2022	diff.19-22	diff.% 19-22
ASSISTITI PER TIPOLOGIA DI ASSISTENZA	18.640	18.362	20.191	21.718	+3.078	+16%
EPISODI	21.824	20.834	22.238	26.447	+4.623	+21%
<i>di cui:</i>						
<i>IN ASSISTENZA DI MEDICINA GENERALE</i>	<i>9.729</i>	<i>8.541</i>	<i>6.792</i>	<i>6.093</i>	<i>-3.636</i>	<i>-37%</i>
<i>IN ASSISTENZA INFERMIERISTICA</i>	<i>10.525</i>	<i>10.585</i>	<i>12.403</i>	<i>15.217</i>	<i>+4.692</i>	<i>+45%</i>
<i>IN ASSISTENZA SOCIO SANITARIA</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>1.924</i>	<i>+1.924</i>	<i>>100%</i>
<i>IN CURE PALLIATIVE DI BASE</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>949</i>	<i>986</i>	<i>+986</i>	<i>>100%</i>
<i>IN CURE PALLIATIVE SPECIALISTICHE</i>	<i>1.570</i>	<i>1.708</i>	<i>2.094</i>	<i>2.227</i>	<i>+657</i>	<i>42%</i>
ACCESSI PER TIPOLOGIA DI OPERATORI	654.908	527.118	528.987	732.904	+77.996	+11%
<i>di cui:</i>						
<i>Medico di medicina generale</i>	<i>151.036</i>	<i>92.222</i>	<i>71.951</i>	<i>54.456</i>	<i>-96.580</i>	<i>-64%</i>
<i>Infermiere equipe domiciliare</i>	<i>288.775</i>	<i>240.197</i>	<i>222.602</i>	<i>236.607</i>	<i>-52.168</i>	<i>-18%</i>
<i>Operatore socio sanitario</i>	<i>206.552</i>	<i>187.629</i>	<i>202.535</i>	<i>413.537</i>	<i>+206.985</i>	<i>100%</i>
<i>Medico specialista</i>	<i>685</i>	<i>831</i>	<i>3.735</i>	<i>2.969</i>	<i>+2.284</i>	<i>>100%</i>
<i>Medico esperto di cure palliative</i>	<i>228</i>	<i>328</i>	<i>20.928</i>	<i>18.838</i>	<i>+18.610</i>	<i>>100%</i>
<i>Altri operatori</i>	<i>7.632</i>	<i>7.662</i>	<i>7.236</i>	<i>6.412</i>	<i>-1.220</i>	<i>-15%</i>
Numero medio di accessi	30	25,3	23,8	27,7	-2,3	-7%
Durata media della Presa in Carico in giorni	187,7	202,9	193	139,4	-48,3	-26%

HOSPICE

Nell'Azienda USL di Bologna è importante l'impegno nella presa in carico dei malati terminali, attraverso l'attuazione di percorsi assistenziali che coinvolgono trasversalmente tutti i setting assistenziali. Assistenza domiciliare e assistenza residenziale (Hospice), insieme all'assistenza ospedaliera ed all'assistenza ambulatoriale specialistica, compongono la Rete delle Cure Palliative. Gli Hospice sul territorio dell'AUSL di Bologna sono 3 e contano 58 posti letto così distribuiti:

TAB. F1	PL
HOSPICE MT CHIATORE SERAGNOLI SEDE DI BENTIVOGLIO	30
HOSPICE BELLARIA FONDAZIONE SERAGNOLI BOLOGNA	13
HOSPICE CASALECCHIO	15
TOTALE	58

Nella tabella che segue sono indicati i volumi di assistiti trattati e di ricoveri, in calo del 16% rispetto al 2019 a fronte di un lieve incremento della degenza media.

TAB. F 2 – HOSPICE AUSL BO (fonteflussoinformativo RER Hospice)

Indicatori	2019	2020	2021	2022	diff.ass .19-22	diff.% 19-22
Assistiti	1.183	958	982	993	-190	-16%
Ricoveri	1.299	1.021	1.060	1.058	-241	-18%
Degenza media	14,3	15,1	15,5	15	0,7	4,9%

ASSISTENZA IN STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER ANZIANI NELL'AZIENDA USL DI BOLOGNA

Nel 2022 l'assistenza nelle strutture residenziali registra un aumento del 12% nel numero di ospiti rispetto al 2021 raggiungendo così i valori del 2019. Rispetto alla durata media della permanenza per paziente si registra una diminuzione di circa 3 mesi sia rispetto al 2021 che al 2019. Nelle strutture semi-residenziali per anziani gli ospiti sono aumentati del 11,8% rispetto al 2021, ma si evidenzia ancora un calo (-22%) rispetto al 2019. Il non completo recupero è da attribuire principalmente alla graduale ripresa durante il 2022 dell'attività di alcune semiresidenze dopo l'emergenza COVID.

Tab. G – ASSISTENZA E SEMIRESIDENZIALI: N.° UTENTI - (FONTE FLUSSO FAR)

TIPO DI STRUTTURA	Anno	Anno	Anno	diff. Ass. 2022-2019	diff.%. 2022- 2019
	2019	2021	2022		
RESIDENZIALE	4.622	4.091	4.617	-5	-0,11%
SEMI-RESIDENZIALE	1.369	957	1.070	-299	-21,84%
Totale	5.991	5.048	5.687	-304	-5,07%

PEDIATRIA DI COMUNITA' - COPERTURA VACCINALE IN ETA' PEDIATRICA AZIENDA USL DI BOLOGNA

La Pediatria di Comunità dell'AUSL di Bologna anche nel 2022 ha proseguito l'impegno nella prevenzione vaccinale.

Di seguito sono riportati gli indicatori di copertura vaccinale per le categorie obbligatorie nell'infanzia e nella prima adolescenza.

TAB. H – INDICATORI DI COPERTURA VACCINALE (FONTE PEDIATRIA TERRITORIALE)

coperture vaccinali	2021	2022	diff.	Diff. %
copertura 2 dosi di esavalente al 12° mese	98,02	97,02	-1,00	-1,02
copertura vaccinale morbillo al 24° mese	96,60	96,51	-0,09	-0,10
copertura vaccinale 1 dose di MPR (morbillo, parotite, rosolia) al 24° mese	96,60	96,51	-0,09	-0,10
copertura vaccinale con 3 dosi di esavalente al 24° mese	96,46	96,66	0,20	0,21
copertura vaccinale antimeningococcico al 24° mese	93,60	91,97	-1,63	-1,74
copertura vaccinale antipneumococcico al 24° mese	95,03	94,17	-0,86	-0,90
copertura vaccinale rosolia al 13° anno	97,66	98,14	0,47	0,48

coperture vaccinali	2021	2022	diff.	Diff. %
copertura vaccinale rosolia al 16° anno con 1ª dose	97,77	97,59	-0,18	-0,19
copertura vaccinale HPV al 12° anno (pop. Femminile)	69,41	71,69	2,29	3,30
copertura vaccinale HPV al 13° anno (pop. Femminile)	78,12	79,51	1,39	1,78

CONSULTORI FAMILIARI

L'attività complessiva dei Consultori Familiari di seguito descritta comprende anche quella degli Spazi Giovani, degli Spazi Giovani Adulti e dei Consultori delle donne Immigrate e dei loro bambini. Si rileva un incremento nel 2022 rispetto al 2021 di utenti e accessi e un leggero calo di prestazioni e utenti gravide seguite.

TAB. I - ATTIVITA' DEI CONSULTORI FAMILIARI DELL'AUSL DI BOLOGNA-- (fonte: FLUSSO SICO)

	2021	2022	diff. ass.	diff. %
UTENTI	53.085	55.831	2746	5,17
<i>Di cui gravide prese in carico e parto nell'anno:</i>	4.324	4.175	-149	-3,45
ACCESSI	122.364	123.546	1182	0,97
PRESTAZIONI	130.235	129.176	-1059	-0,81

NEUROPSICHIATRIA INFANZIA E ADOLESCENZA (NPIA)

I dati di TAB.L si riferiscono all'attività erogata dalla NPIA territoriale. Si rileva un valore stabile degli utenti trattati rispetto all'anno precedente; il calo delle prestazioni è in buona parte da attribuire al cambiamento del software di rilevazione da Elea a Cure al quale sono stati ricondotti i valori degli ultimi due anni.

TAB. L – NPIA TERRITORIALE - FONTE SW R.E.R. CURE	2021	2022	DIFF.ASS	DIFF.%
N° PAZIENTI TRATTATI	10.371	10.807	436	4,20
di cui Nuovi	3.740	3.714	-26	-0,70
N°PRESTAZIONI	114.335	98.851	-15.484	-13,54

DIPENDENZE PATOLOGICHE

I dati di TAB. M si riferiscono all'attività erogata dai servizi territoriali per le Dipendenze Patologiche. In generale, nel 2022 si rileva un leggero incremento degli utenti alcolisti e giocatori d'azzardo patologico (GAP).

TAB. M – UTENTI IN CARICO – (fonte flusso)	2021	2022	DIFF.ASS	DIFF.%
n. totale utenti in cura presso il ser.t.	4.094	3.894	-200	-4,89
di cui:				
<i>utenti tossicodipendenti in carico</i>	2.927	2.675	-252	-8,61
<i>utenti alcolisti in carico</i>	958	989	31	3,24
<i>utenti giocatori d'azzardo patologico (gap) in carico</i>	209	230	21	10,05

SALUTE MENTALE ADULTI

La tabella che segue riporta i pazienti in carico ai Centri Salute Mentale Adulti presenti nel territorio

dell'AUSL di Bologna dal 2020 al 2022. Si rileva un valore stabile dei pazienti trattati, un incremento dei trattamenti e un calo delle prestazioni complessive dovuto anche, dal 2021, al cambiamento del software di rilevazione dati, da SISM a CURE al quale sono stati ricondotti i valori mostrati.

	2020	2021	2022	Δ2022-2021	Δ%
n. pazienti trattati	16.622	17.761	17.524	-237	-1,33
n trattamenti (prodotti)	24.349	31.037	33.323	2.286	7,37
n. prestazioni	262.319	175.596	144.008	-31.59	-17,99

In tabella N2 vengono descritti i tipi di trattamento effettuati sul territorio aziendale del 2022.

TAB. N 2 – ASSISTENZA TERRITORIALE: CSM, RESIDENZE E SEMI-RESIDENZIALE (FONTE SW R.E.R. CURE)

TIPO DI TRATTAMENTO	2022
Controllo periodico dello stato di salute fisica	195
Gruppo clinico o di supporto	388
Intervento socio-assistenziale	135
Trattamenti socio-riabilitativo formazione e/o lavoro	1.618
Trattamenti socio-riabilitativo socialità-espressività	182
Trattamento clinico-psichiatrico	14.920
Trattamento clinico-psicologico	230
Trattamento clinico-psicoterapeutico	978
Trattamento farmacologico	10.726
Trattamento ospedaliero (ricovero)	588
Trattamento psicoeducativo e di supporto	305
Trattamento residenziale sanitario	439
Trattamento residenziale socio-sanitario o educativo	306
Trattamento semiresidenziale sanitario	484
Trattamento socio-riabilitativo casa-abitare	1829
TOTALE	33.323

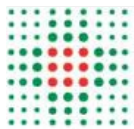
Prevenzione

Per ciascuna delle aree di attività del Dipartimento Sanità Pubblica sono evidenziati alcuni dei principali dati di produzione monitorati

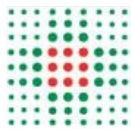
Di seguito, si rilevano incrementi in tutta l'attività del Centro screening e della medicina dello sport; si rilevano altresì incrementi in alcune attività dell'igiene pubblica, igiene alimenti, impiantistico antinfortunistico e medicina del lavoro; tra le attività in decremento si segnalano quelle di promozione alla salute, vaccinazioni e indagini epidemiologiche dovuti allo sforzo eccezionale profuso l'anno precedente, e nella sanità veterinaria; ulteriori decrementi di rilievo si rilevano nelle unità controllate per igiene e sicurezza sul lavoro.

TAB. O - ATTIVITÀ DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE-MONITORAGGIO DI ALCUNI INDICATORI

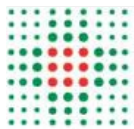
DSP - EPIDEMIOLOGIA E COMUNICAZIONE	anno 2021	anno 2022	diff.ass.	diff. %
n. soggetti raggiunti da interventi di promozione della salute	41.686	36.611	-5075	-12,17
n. soggetti raggiunti da interventi di promozione della salute per 100.000 res.>	4.889,64	4.317,78	-572	-11,70



5anni					
	DSP – CENTRO SCREENING	anno 2021	anno 2022	diff.ass.	diff. %
	popolazione residente 25-64 anni invitata a partecipare al programma di screening cervicale - rilevazione puntuale al termine del periodo di riferimento	230.016	246.191	16.175	7,03
	popolazione residente 50-69 anni invitata a partecipare al programma di screening mammografico - rilevazione puntuale al termine del periodo di riferimento	125.689	132.033	6.344	5,05
	popolazione residente 50-69 anni invitata a partecipare al programma di screening colon rettale - rilevazione puntuale al termine del periodo di riferimento	252.486	253.887	1.401	0,55



DSP - IGIENE PUBBLICA	anno 2021	anno 2022	diff.ass.	diff. %
n. dosi vaccinali somministrate adulti e adolescenti	879.772	417028	-462744	-52,60
Dosi vaccinali per 100.000 ab. Res. ≥ 18 anni (al 1° genn.)	116.857,32	55204,13	-61653	-52,76
n. interviste per indagini epidemiologiche eseguite	82.628	5494	-77134	-93,35
n. interviste per indagini epidemiologiche eseguite per 100.000 ab. residenti ≥ 18 anni (al 1° genn.)	9.334,77	619,67	-8715	-93,36
n. sopralluoghi (esclusi inconvenienti igienici)	1.528	2538	1010	66,10
n. sopralluoghi (esclusi inconvenienti igienici) per 100.000 ab. residenti ≥ 18 anni (al 1° genn.)	172,62	286,26	114	65,83
n. interventi per inconvenienti igienici (igiene pubblica)	49	55	6	12,24
n. interventi per inconvenienti igienici per 100.000 ab. residenti ≥ 18 anni (al 1° genn.)	5,54	6,20	1	12,06
DSP - IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE	anno 2021	anno 2022	diff.ass.	diff. %
n. unità locali controllate igiene alimenti e nutrizione	1.500	1.455	-45	-3,00
%n. unità locali controllate igiene alimenti e nutrizione su unità locali censite	12,57	14,26	1,69	13,44
n. controlli acque potabili effettuati	2.565	2.709	144	5,61
n. controlli acque potabili effettuati / n. controlli acque potabili programmati	1,00	1,04	0,04	4,00
n. campioni di alimenti effettuati per piano RER	459	411	-48	-10,46
n. campioni di alimenti effettuati / n. campioni alimenti programmati	0,99	0,85	-0,14	-14,14
DSP - IMPIANTISTICO ANTIINFORTUNISTICO	anno 2021	anno 2022	diff.ass.	diff. %
n. apparecchi impianti verificati	6.794	6.416	-378	-5,56
n. verifiche di gru a torre effettuate	224	240	16	7,14
% gru a torre effettuate su n. verifiche di gru a torre richieste	100	100	0	0,00
n. cantieri edili oggetto di vigilanza rispetto al rischio di folgorazione programmati nel territorio AUSL-BO	110	96	-14	-12,73
% cantieri edili controllati su quelli oggetto di vigilanza rispetto al rischio di folgorazione nel territorio AUSL BO	102,73	136,46	34	32,83
DSP – SANITA' PUBBLICA VETERINARIA	anno 2021	anno 2022	diff.ass.	diff. %
n. campioni area veterinaria effettuati	20.821	19.021	-1.800	-8,65
% campioni area veterinaria effettuati sui programmati	130	122,84	-7,16	-5,51
n. interventi chirurgici area veterinaria A effettuati	1.016	945	-71	-6,99
% interventi chirurgici area veterinaria A effettuati sui richiesti	100	100	0	0,00
n. sopralluoghi per igiene urbana area veterinaria A effettuati	454	363	-91	-20,04
% sopralluoghi per igiene urbana area veterinaria A effettuati sui richiesti	100	100	0	0,00
sopralluoghi per ig. urbana area veterinaria A effettuati per 100.000 ab res.	51,29	40,94	-10,35	-20,18
DSP - TUTELA SALUTE AMBIENTI DI LAVORO E SICUREZZA	anno 2021	anno 2022	diff.ass.	diff. %
n. unità locali controllate per Igiene e sicurezza del lavoro	6.078	3.402	-2.676	-44,03
% unità locali controllate per Igiene e sicurezza del lavoro su unità locali censite	15,46	8,15	-7,31	-47,28
n. imprese raggiunte per attività di informazione ed assistenza attiva	438	536	98	22,37
N. imprese raggiunte per attività di informazione ed assistenza attiva su n. imprese programmate per attività di informazione ed assistenza attiva	0,93	1,14	0,21	22,58
n. cantieri edili oggetto di vigilanza controllati	882	906	24	2,72
n. cantieri edili oggetto di vigilanza controllati su n. cantieri edili oggetto di vigilanza programmati	1	1,04	0,04	4,00



DSP - MEDICINA DELLO SPORT	anno 2021	anno 2022	diff.ass.	diff. %
n. prime visite di idoneità agonistica in soggetti 6 - 17 anni	8.368	8.858	490	5,86
n. prime visite di idoneità agonistica in soggetti 6-17 anni per 1000 ab residenti di età 6-17 anni	90,47	95,78	5,31	5,87
n. prime visite di idoneità agonistica in soggetti 18 - 64 anni	1.360	1.827	467	34,34
n. prime visite di idoneità agonistica in soggetti 18-64 anni per 1000 ab residenti di età 18-64 anni	2,53	3,39	0,86	33,99
n. prime visite di idoneità agonistica per 1000 ab res.	10,99	12,05	1,06	9,65

Sono di seguito riportate le specifiche schede descrittive degli strumenti/fonti informative sulla sicurezza delle cure e dei relativi interventi per la prevenzione e mitigazione del rischio clinico.

INCIDENT REPORTING Redazione a cura di Dott. Marco Bisceglia e Dr.ssa Elena Cappiello, U.O. Medicina Legale e Risk Management (S.C.).	
Letteratura/Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> - 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) - Legge di Stabilità 2016 (Legge n. 208 del 28 dicembre 2015, art. 1 comma 539) - DGR 1943/2017 “Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell’accreditamento delle strutture sanitarie” (6° Criterio Appropriatelyzza clinica e sicurezza) - 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 - Dossier n. 250/2015 - Qualcosa non ha funzionato: possiamo imparare? Il sistema dell’incident reporting in Emilia-Romagna. 2012-2013
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	<p>L’incident reporting è un sistema di segnalazione, nato nelle organizzazioni ad alto rischio e successivamente adattato al contesto sanitario. Lo strumento consente ai professionisti sanitari di descrivere e comunicare eventi avversi - definiti come danni involontari causati dal sistema sanitario o dalla malattia del paziente (Brennan et al., 1991) - e cosiddetti near miss - definiti come “eventi evitati” associati ad errori con la potenzialità di causare un evento avverso, che però non si verifica per effetto del caso o perché intercettato o perché non comporta effetti indesiderati per il paziente (Ministero della salute, 2007).</p> <p>La raccolta sistematica delle informazioni inerenti gli eventi e/o quasi eventi e la periodica lettura e interpretazione delle segnalazioni consente di creare “massa critica” per promuovere la conoscenza di rischi presenti o potenziali all’interno delle strutture sanitarie e di accrescere quindi la consapevolezza di aree critiche dell’organizzazione, sia a livello locale che centrale. Lo scopo principale di questo sistema di segnalazione volontaria (così come di altri sistemi</p>



basati sullo stesso principio) è quello di apprendere dall'esperienza (learning), 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. L'incident reporting 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 near miss) non indica un minore livello di sicurezza garantito dall'Azienda o dal Dipartimento/Struttura e, al contempo, un numero ridotto di segnalazioni non corrisponde necessariamente a un elevato livello di sicurezza. In entrambi i casi, infatti entra in gioco la propensione alla segnalazione, a sua volta influenzata da elementi come la diffusione della cultura della non colpevolizzazione del singolo professionista, la solidità del sistema delle segnalazioni e la capacità di apprendimento e risposta dell'organizzazione. In definitiva, l'incident 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.

L'Azienda USL di Bologna ha attivato un sistema di segnalazione aziendale degli eventi indesiderati (eventi potenziali fino a eventi con esito significativo) 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. Dal 2015 viene elaborato un report di rendicontazione con cadenza annuale. Dal luglio 2020, dopo un semestre di prova, è a regime la segnalazione online che rappresenta l'unica modalità accettata per trasmettere la segnalazione.

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.

Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento

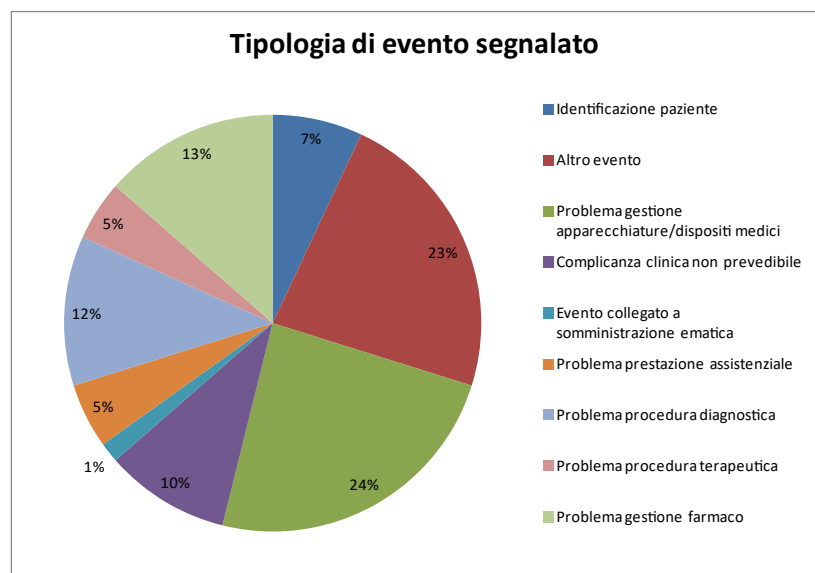
Al fine di sensibilizzare e coinvolgere i professionisti nel percorso di gestione del rischio e Sicurezza delle cure, di cui l'IR è parte integrante, facendo seguito a quanto previsto nella Delibera aziendale 342 del 2018 *"Definizione dell'assetto organizzativo aziendale per la Gestione del rischio e sicurezza delle cure"*, in cui si descrive la "rete di facilitazione", nel corso del 2020 è iniziato il percorso di formazione della rete.

Nel corso del 2022 sono state raccolte 283 segnalazioni riguardanti quasi eventi, eventi senza esito ed eventi avversi con esito variabile (da lieve a moderato/significativo). Dopo una prima analisi, 25 segnalazioni sono state annullate perché "doppie" rispetto al medesimo evento ovvero "non pertinenti" (ad es. relativi ad accadimenti per cui esistono specifici percorsi aziendali di segnalazione).

Rispetto alla tipologia di eventi classificati, le problematiche relative alla gestione delle apparecchiature/dispositivi medici (24%), gestione del farmaco (13%), procedure diagnostiche (12%) risultano le tematiche maggiormente interessate dal flusso informativo.

La voce *"altro evento"* (59 segnalazioni) comprende gli eventi non codificati nella classificazione offerta dal database regionale, con particolare riferimento a criticità legate a: documentazione, organizzazione delle risorse umane e materiali, comunicazione, mancata compliance del paziente.

Nella figura vengono rappresentate in dettaglio le varie tipologie di evento segnalato



In base alla gravità di danno, nel periodo di riferimento, la quota più rilevante delle segnalazioni ha riguardato gli eventi di livello 2 (evento intercettato). La somma dei primi 3 livelli, comprendenti situazione pericolosa, evento intercettato e nessun esito, copre il



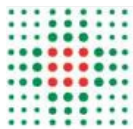
	<p>63% del totale delle segnalazioni.</p> <h3>Esito evento</h3> <table border="1"><thead><tr><th>Livello</th><th>Descrizione</th><th>Percentuale</th></tr></thead><tbody><tr><td>Livello 1</td><td>SITUAZIONE PERICOLOSA</td><td>2%</td></tr><tr><td>Livello 2</td><td>EVENTO INTERCETTATO</td><td>31%</td></tr><tr><td>Livello 3</td><td>NESSUN ESITO</td><td>30%</td></tr><tr><td>Livello 4</td><td>ESITO MINORE</td><td>21%</td></tr><tr><td>Livello 5</td><td>ESITO MODERATO</td><td>12%</td></tr><tr><td>Livello 6</td><td>ESITO TRA MODERATO E SIGNIFICATIVO</td><td>4%</td></tr></tbody></table>	Livello	Descrizione	Percentuale	Livello 1	SITUAZIONE PERICOLOSA	2%	Livello 2	EVENTO INTERCETTATO	31%	Livello 3	NESSUN ESITO	30%	Livello 4	ESITO MINORE	21%	Livello 5	ESITO MODERATO	12%	Livello 6	ESITO TRA MODERATO E SIGNIFICATIVO	4%
Livello	Descrizione	Percentuale																				
Livello 1	SITUAZIONE PERICOLOSA	2%																				
Livello 2	EVENTO INTERCETTATO	31%																				
Livello 3	NESSUN ESITO	30%																				
Livello 4	ESITO MINORE	21%																				
Livello 5	ESITO MODERATO	12%																				
Livello 6	ESITO TRA MODERATO E SIGNIFICATIVO	4%																				
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>Gli eventi più critici in termini di danno o considerati comunque significativi per la sicurezza delle cure (ad es.: situazione potenzialmente rischiosa, evitata dai professionisti) sono stati oggetto di analisi approfondita con audit multidisciplinare multiprofessionale</p> <p>Le principali azioni di miglioramento intraprese in seguito alle segnalazioni volontarie analizzate, oltre agli opportuni incontri di audit/focus group, sono sintetizzate nelle seguenti categorie:</p> <ul style="list-style-type: none">- Supporto metodologico nella stesura/revisione di protocollo/procedura- Riorganizzazione dei processi- Informazione/formazione/addestramento del personale- Introduzione/integrazione/aggiornamento della documentazione sanitaria- Avvio di azioni specifiche di monitoraggio. <p>Nel corso del 2022 sono stati formati 90 professionisti sanitari sul tema specifico dei percorsi aziendali di segnalazione degli eventi gestiti dalla UOC Medicina Legale e Risk Management all'interno del corso aziendale dedicato alla rete del Rischio.</p> <p>Sono state inoltre predisposte apposite iniziative formative (<i>Pillole di gestione del rischio</i>) nonché specifici focus sull'importanza della segnalazione inseriti all'interno dei corsi dedicati alla formazione in tema di sicurezza sul lavoro (ex art. 37 D. Lgs. 81/2008 e ss.) con il coinvolgimento complessivo di 269 professionisti sanitari e 104 studenti afferenti i CdL di Infermieristica e Neurofisiopatologia.</p> <p>Nel corso del 2022, a fronte di alcune segnalazioni pervenute,</p>																					



	<p>è stato condotto audit documentale per la verifica dell'applicazione della procedura aziendale "Informazione e acquisizione del consenso ai trattamenti sanitari". L'attività è stata condotta attraverso la revisione di 100 cartelle selezionate delle UU.OO. afferenti al Dipartimento delle Chirurgie Specialistiche e al Dipartimento delle Chirurgie Generali.</p>
Valutazione risultati e prospettive future	<p>L'adozione del sistema di segnalazione online ha consentito di implementare e migliorare il flusso delle segnalazioni, da cui si trae un incoraggiante aumento degli eventi intercettati (livello 2) rispetto all'anno precedente, elemento che denota una efficace sensibilizzazione degli operatori sanitari sul tema della sicurezza delle cure.</p> <p>È in programma un'ulteriore attività di miglioramento al fine di ottimizzare la facilità di segnalazione degli operatori sanitari anche in considerazione della capillare diffusione della sCCE.</p> <p>L'analisi degli eventi più critici, in termini di danno o considerati comunque significativi, è stata condotta attraverso gli audit di tipo organizzativo-gestionale ed ha messo in evidenza in particolare la difficoltà di sistematizzare i 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.</p> <p>Anche alla luce di queste considerazioni, nel corso del 2023, oltre alle attività di auditing reattive agli eventi più significativi, si continuerà ad attivare azioni di tipo proattivo intervenendo su più livelli al fine di:</p> <ul style="list-style-type: none">- Implementare il flusso informativo attraverso l'adozione del nuovo applicativo regionale SegnalER al fine di uniformare le modalità di segnalazione su tutto il territorio regionale, individuando la UO Medicina Legale e Risk Management come nodo di raccordo tra le UUOO ed i riferimenti regionali- Favorire il percorso di accreditamento internazionale di eccellenza in accordo con i criteri previsti da Accreditation Canada, società leader mondiale nell'accreditamento delle organizzazioni sanitarie- Migliorare il ritorno dei dati di segnalazione ed il monitoraggio, inviando in maniera sistematica il report delle segnalazioni alle Unità Operative segnalanti.- Sviluppare all'interno delle UUOO/UUAA le competenze per la tenuta degli audit multidisciplinari e multiprofessionali grazie al supporto della rete del Rischio mantenendo in capo alla UO Medicina Legale le analisi degli eventi maggiormente significativi/critici- Rafforzare la rete del Rischio anche attraverso un percorso formativo strutturato in numerose edizioni che saranno realizzate nel 2023 in collaborazione con il Servizio di



	<p>Formazione aziendale</p> <ul style="list-style-type: none">- Implementare l'iniziativa formativa "<i>Pillole di Gestione del Rischio</i>" aperta a tutti gli operatori aziendali al fine di favorire la conoscenza del ruolo della Gestione del Rischio all'interno del SSN e della nostra azienda.- Nel corso del 2023 verrà nuovamente espletata l'attività di analisi documentale per la verifica dell'acquisizione del consenso informato ai trattamenti sanitari, che sarà rivolta alla revisione di 450 cartelle selezionate delle UU.OO. afferenti ai Dipartimenti Chirurgici (Dipartimento delle Chirurgie Specialistiche e Dipartimento delle Chirurgie Generali), all'IRCCS (UU.OO. ad attività chirurgica) e al Dipartimento Medico.
--	---



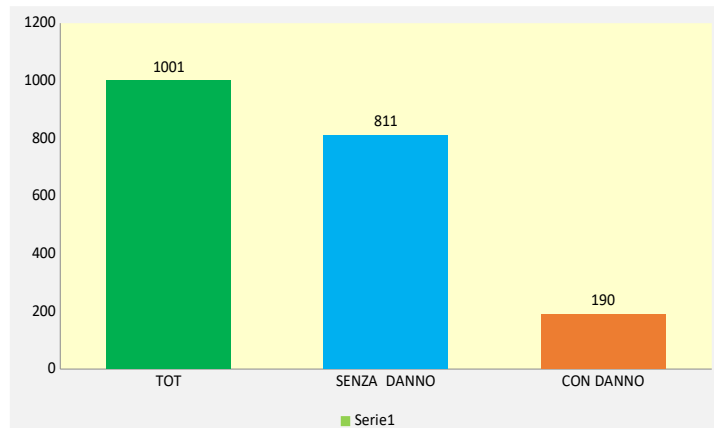
PREVENZIONE E GESTIONE CADUTE DELLE PERSONE ASSISTITE

Redazione a cura di Dott. Marco Bisceglia e Dr.ssa Elena Cappelletto, U.O. Medicina Legale e Risk Management (S.C.).

Letteratura/Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none">- Ministero della Salute, <i>“Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie ministeriale”</i>, raccomandazione n.13, novembre 2011- Regione Emilia Romagna, <i>“Linee di indirizzo su prevenzione e gestione delle cadute del paziente in ospedale”</i>, dicembre 2016- DGR 830/2017 <i>Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale per l'anno 2017</i>- <i>Documento strategico per la Sicurezza delle cure e di programmazione delle attività regionali 2019 – 2020</i> Osservatorio Regionale per la Sicurezza delle Cure – Regione Emilia Romagna – Centro per la gestione del Rischio Sanitario- Regione Emilia Romagna, Report regionale sulle fonti informative per la sicurezza delle cure 2018-2019-2020-2021
Descrizione dello strumento/ 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 è impegnata da diversi anni nell’attività di prevenzione e gestione delle cadute, secondo le direttive regionali, perseguendo gli obiettivi definiti nei vari documenti aziendali.</p> <p>Dal luglio 2020, dopo un semestre di prova, è entrato a regime il percorso online che rappresenta l’unica modalità accettata per trasmettere la segnalazione.</p> <p>Negli ultimi due anni è stata posta notevole attenzione allo strumento di segnalazione/rilevazione dell’evento (scheda di segnalazione) ed all’analisi del flusso informativo. Il sistema di segnalazione aziendale prevede l’utilizzo di una specifica scheda, strutturata in più sezioni e compilata di solito dal medico e dall’infermiere (o altro professionista sanitario) che rilevano la caduta. La scheda raccoglie numerose variabili quali: dati del paziente, presenza di testimoni, struttura e luogo di accadimento, valutazione preventiva del rischio e interventi di prevenzione, fattori contribuenti/favorenti, dinamica, modalità e meccanismo della caduta, esito, successivo iter diagnostico-terapeutico, ripercussioni in termini organizzativi, ed ancora ulteriori elementi conoscitivi.</p>
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	<p>La conoscenza del fenomeno, attraverso l’analisi qualitativa e quantitativa degli eventi è il primo strumento per prevenire e gestire le cadute.</p> <p>La possibilità di segnalare in tempo reale, attraverso il percorso informatizzato, ha contribuito a consolidare un livello alto di attenzione da parte dei professionisti, che difficilmente omettono di segnalare la caduta di un paziente (con o senza esito).</p>

Nel 2022 sono state registrate 937 schede di segnalazione caduta complete che hanno coinvolto i pazienti in regime di ricovero, a fronte di 998 segnalazioni registrate nel corso del 2021, con un tasso calcolato su 1000 giornate di degenza che è passato dal 2.65 del 2021 al 2.32 nel 2022. Le cadute dei pazienti non ricoverati (*outpatients*) occorse nel 2022 sono state 64 a fronte di 68 eventi nel 2021.

Fig1- Cadute Anno 2022 ed esito

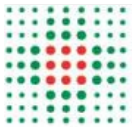


Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento

Gli audit multidisciplinari realizzati nel corso dell'anno ed il confronto costante, in particolar modo con la componente tecnico – assistenziale, hanno evidenziato le seguenti aree di miglioramento:

- semplificazione delle schede utilizzate per la valutazione del rischio e il piano degli interventi di miglioramento;
- stratificazione del rischio caduta (*"tutti a rischio nessuno a rischio"*), per favorire interventi mirati verso i pazienti che sono maggiormente a rischio (*"più a rischio di tutti"*);
- sistematizzazione di momenti di confronto/ coinvolgimento in team multidisciplinare tra i professionisti;
- completezza delle informazioni richieste dalla procedura aziendale al fine di assicurare la corretta tenuta della documentazione e dare evidenza delle attività realizzate;
- miglioramento del ritorno dei dati relativi a segnalazione /monitoraggio degli interventi;
- realizzazione di progetti di prevenzione e gestione del rischio caduta in ambiti specifici: PS & OBI, aree geriatriche, area Stroke.

Più in generale la mancanza di un punto di riferimento importante, rappresentato dal familiare/*caregiver* ha inciso in alcuni casi sull'attuazione degli interventi di miglioramento e sulla prevenzione di specifici eventi. Tuttavia, in assenza di questa figura, laddove possibile, i professionisti hanno cercato di coinvolgere in maniera più attiva i pazienti pur nella consapevolezza che solo questa azione resta a volte insufficiente per

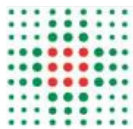


	prevenire tali eventi.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	<p>Le azioni di miglioramento nel corso del 2022 sono state rivolte principalmente a:</p> <ul style="list-style-type: none">- Formare/sensibilizzare i professionisti sanitari coinvolti nel processo (medici, infermieri, personale tecnico, riabilitativo, di supporto, etc.);- Rafforzare il Ruolo dei Facilitatori sia clinici che assistenziali all'interno delle UUOO/UUAA anche attraverso la realizzazione di corsi di formazione.- Condurre audit multidisciplinari e multiprofessionali di tipo organizzativo-gestionale per l'analisi degli eventi più critici in termini di danno o considerati comunque significativi, in modo da sviluppare le conoscenze in tema di gestione del rischio nei professionisti, sviluppando in modo trasversale la cultura della sicurezza. <p>Nel corso del 2022 sono stati formati 68 professionisti sanitari (clinici, infermieri ostetriche, tecnici radiologi, tecnici di laboratorio, fisioterapisti) nell'ambito del corso rivolto a Referenti e Facilitatori del Rischio.</p> <p>Sono state inoltre predisposte apposite iniziative formative (<i>Pillole di gestione del rischio</i>) nonché specifici focus inerenti anche la tematica caduta dei pz e inseriti all'interno dei corsi dedicati alla formazione in tema di sicurezza sul lavoro (ex art. 37 D. Lgs. 81/2008 e smi.) con il coinvolgimento complessivo di 269 professionisti sanitari e 104 studenti afferenti i CdL di Infermieristica e Neurofisiopatologia.</p> <p>Nel primo semestre dell'anno è stato attivato un gruppo di lavoro multidisciplinare afferente al Dipartimento di Emergenza/UO DATeR Pronto Soccorso e Medicina D'Urgenza con l'obiettivo di definire un percorso <i>ad hoc</i> di gestione prevenzione delle cadute presso i PS –OBI Hub e Spoke aziendali.</p> <p>Per gli eventi di particolare interesse, oltre agli audit interdisciplinari e multiprofessionali, sono stati organizzati ulteriori analoghi incontri al fine di approfondirne i fattori determinanti ed individuare sinergicamente le possibili azioni di miglioramento che hanno interessato le attrezzature, l'ambiente, l'organizzazione. È stato inoltre attivato un progetto di miglioramento che ha coinvolto una UO afferente al Dipartimento Medico.</p>
Valutazione risultati e prospettive future	<p>Nel corso del 2023, l'Azienda USL di Bologna continuerà il percorso di miglioramento nella gestione e prevenzione dell'evento caduta, intervenendo su più livelli, attraverso i seguenti interventi /attività:</p> <ul style="list-style-type: none">- Redazione di un'Istruzione Operativa specifica per la segnalazione delle cadute che occorrono al di fuori dell'ospedale;- Realizzazione in via sperimentale di un progetto di miglioramento di prevenzione e gestione dell'evento caduta nei PS-OBI Hub e Spoke aziendali;- Aggiornamento del Piano Aziendale di Prevenzione Cadute;- Realizzazione degli obiettivi previsti nel progetto T8 Prevenzione

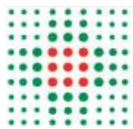


	<p>delle cadute nell'ambito del percorso di accreditamento aziendale Accreditation Canada al fine di favorire lo sviluppo della rete Ospedale/Territorio attraverso un maggior coinvolgimento dei cittadini e dei caregivers, anche mediante incontri con i Comitati Consultivi Misti.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementazione del flusso informativo attraverso l'adozione del nuovo applicativo regionale SegnalER al fine di uniformare le modalità di segnalazione su tutto il territorio regionale, individuando la UO Medicina Legale come nodo di raccordo tra le UUOO ed i riferimenti regionali - Proseguimento dell'attività di audit per la gestione dell'evento caduta
--	---

SINISTRI Redazione a cura di Dr.ssa GC. Pedrazzi, UOC Affari Generali e Legali	
Letteratura/Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> • 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"; • 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; • LR 13/2012 Norme per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli Enti del Servizio Sanitario Regionale; • DGR 2416/2013 e successive modifiche Approvazione delle indicazioni operative per la gestione diretta dei sinistri nelle aziende sanitarie; • DGR 2079/2013 Nuovo programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile nelle Aziende Sanitarie; • DGR 1061/2016 Programma regionale gestione diretta dei sinistri; • 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; • Legge 24/2017; • DGR 977/2019 Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2019.
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 quelle 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</p>



	<p>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>
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	<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 2022 sono stati aperti 106 sinistri, mostrando un trend sostanzialmente stabile rispetto agli anni precedenti.</p> <p>Nel corso del 2022 sono stati definiti (si intendono sia quelli liquidati sia quelli con reiezione) 58 sinistri in totale.</p> <p>Si segnalano anche 5 sinistri aperti nel corso dell'anno 2022 per eventi COVID-19 correlati.</p>
Valutazione risultati e prospettive future	<p>Le azioni di miglioramento che possono essere intraprese riguardano l'implementazione di specifica reportistica informativa destinata ai vari dipartimenti di produzione aziendale, implementazione di focus group su casistica specialistica interprofessionale, nonché l'analisi del processo in termini di efficacia ed efficienza</p>



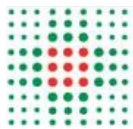
DISPOSITIVO VIGILANZA

Redazione a cura di Dr.ssa Morena Borsari, Dr.ssa Paola Zuccheri Dipartimento Farmaceutico Interaziendale e di Ing. Elisabetta Sanvito, Ing. Giulia Falasca, UO Ingegneria Clinica

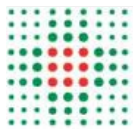
Letteratura/Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none">• Raccomandazione Ministeriale numero 9 del 2009 Raccomandazione per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali;• D. Lgs 332/2000 (Direttiva 98/79 Diagnostici in vitro);• 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;• 5/4/2017 Regolamento del Parlamento Europeo Consiglio dell'Unione Europea n.746 Regolamento (UE) 2017/746 del Parlamento Europeo e del Consiglio relativo ai dispositivi medico-diagnostici in vitro e che abroga la direttiva 98/79/CE e la decisione 2010/227/UE della Commissione• Applicazione dal 26 maggio 2021 del Regolamento UE 745/2017 Dispositivi medici• Circolare del Ministero della Salute 8 luglio 2021 Vigilanza sui dispositivi medici: indicazioni per la segnalazione di incidenti occorsi alla luce del Regolamento UE 745/2017• Circolare Ministero Salute 8/7/2021 - indicazioni per la vigilanza sugli incidenti verificatisi dopo l'immissione in commercio, alla luce degli artt. 87, 88, 89 e 90 del regolamento UE 745/2017• Circolare del Ministero della Salute 12/11/2021 "Indicazioni relative a taluni aspetti del Regolamento UE 2017/745 in materia di dispositivi medici"• Determina di Giunta Regionale 14/03/2022 n. 4711: "Rete Regionale Referenti Aziendali Dispositivo-vigilanza"• Decreto Ministeriale n.90 31/03/2022 "Istituzione della rete nazionale per la dispositivo-vigilanza e del sistema informativo a supporto della stessa"• Lgs del 5 agosto 2022 - "Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2017/745 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 5 aprile 2017, relativo ai dispositivi medici• Lgs del 5 agosto 2022 - "Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2017/746, relativo ai dispositivi medico-diagnostici in vitro• Circolare Ministero della Salute 29/11/2022 "Indicazioni in materia di vigilanza ai sensi degli art. 87, 88, 89 e 90 del Regolamento (UE) 2017/745, degli art. 82, 83, 84 e 85 del Regolamento (UE) 2017/746• Novembre 2022 "Linee di indirizzo in materia di vigilanza sui dispositivi medici, sui dispositivi medici impiantabili attivi e sui dispositivi medico-diagnostici in vitro" Regione Emilia-Romagna.• Q Decreto Ministeriale 31/03/2022 dispositivi medici
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	Gli operatori sanitari pubblici o privati che nell'esercizio della loro professione rilevino un incidente che coinvolga un dispositivo medico o dispositivo medico in vitro o carenze correlate alla sicurezza e alle prestazioni degli stessi, sono tenuti a darne comunicazione, tramite il



	<p>Referente Locale della Vigilanza , al Ministero della Salute con termini e modalità stabilite dalla normativa.</p> <p>Con la determina DPG/2022/4711 del 14/03/2022 è stata costituita la “Rete Regionale dei Referenti Dispositivo-Vigilanza” al fine di dare una chiara identità al sistema della dispositivo-vigilanza e valorizzare l’attività dei Referenti Locali della Vigilanza che veicolano, in entrata e/o in uscita, ogni comunicazione inerente la sicurezza dei DM stessi.</p> <p>Le segnalazioni di incidente e di reclamo devono essere inviate altresì al fabbricante o al suo mandatario anche per il tramite del fornitore del dispositivo medico.</p> <p>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>La segnalazione di incidente da DM e DM-IVD deve essere effettuata dall’operatore sanitario con una delle due seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none">• Compilazione online del modulo disponibile al seguente link: https://www.salute.gov.it/DispoVigilancePortaleRapportoOperatoreWeb/.• Compilazione delle specifiche schede scaricabili dall’Intranet aziendale come Allegati n.3 e 4 della Procedura aziendale PO94 Gestione della terapia farmacologica. <p>Analogamente la PO08 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>
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	<p>Nel corso del 2022 sono state effettuate 13 segnalazioni di incidente alla Ingegneria Clinica, tutte relative a DM, nessuna per DM diagnostici in vitro (IVD). Nell’8% delle segnalazioni di incidente, l’evento è stato “intercettato” attraverso i controlli effettuati in seguito a richiesta di intervento per guasto (vedasi P008). La modalità adottata di richiesta esplicita se il guasto ha determinato aggravamento della salute del paziente e se l’apparecchio era in uso su paziente, risulta ancora estremamente efficace per valutare la possibilità che un apparente malfunzionamento possa essere ricondotto a problematiche inerenti la dispositivo vigilanza (dal 17% del 2020 al 20% del 2021 al 8 del 2022). Le restanti segnalazioni sono pervenute da personale sanitario. Il 38% delle segnalazioni hanno riguardato il medesimo modello di dispositivo.</p> <p>La UO Ingegneria Clinica ha gestito 29 avvisi di sicurezza provenienti da fornitori e volti alla prevenzione di incidenti.</p> <p>Per quanto riguarda le segnalazioni di incidente pervenute alla Farmacia nel corso del 2022 esse sono state pari a 35 per dispositivi medici, a cui si aggiungono 77 segnalazioni di reclamo per dispositivi medici e 4 per dispositivi diagnostici in vitro.</p> <p>La Farmacia ha diffuso e gestito 66 Avvisi di sicurezza da parte di fornitori e fabbricanti.</p>
Interventi/azioni correttive e	Nell’anno 2022 al fine di sensibilizzare gli operatori sanitari alle



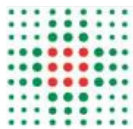
di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	<p>segnalazioni e diffondere maggiormente il ruolo del RAV e la modalità di segnalazione, è stata pubblicata nella intranet una scheda riassuntiva del processo di vigilanza.</p> <p>Nel 2° semestre 2021 è stato attivato il Progetto RER-Bocconi di Ricerca e Formazione in materia di vigilanza dei DM con incontri mensili e lavori di gruppo, con la finalità di creare le competenze per attivare una rete regionale tra i Referenti aziendali per la Vigilanza solida e collaborativa, basata su procedure uniformi e condivise da tutte le aziende in regione.</p> <p>Nel 2022 sono stati gestiti in collaborazione con la RER Avvisi di Sicurezza-Recall particolarmente complessi ed impattanti.</p>
Valutazione risultati e prospettive future	<p>I dati relativi al 2022 mostrano un trend in crescita rispetto all'anno precedente per quanto riguarda le segnalazioni di incidente, e una quantità quasi triplicata di segnalazioni di reclamo gestite dalla Farmacia.</p> <p>Gli Avvisi di sicurezza pervenuti da fornitori e fabbricanti risultano diminuiti di circa il 30% rispetto al 2021.</p> <p>Entro il 1° semestre 2023 verrà pubblicata una nuova Istruzione Operativa aziendale dedicata alla DM Vigilanza, allegata alla procedura P094.</p> <p>Permane la necessità di maggior attenzione da parte degli operatori di segnalare all'Ingegneria Clinica eventuali trasferimenti di Dispositivi Medici, azione importante per assicurare la tracciabilità e assicurare l'esecuzione delle verifiche di sicurezza elettriche pianificate. A tal fine, nel corso del 2022, è stata fornita una vista del Sistema Informativo Gestionale dell'Ingegneria clinica dei dati di sintesi (elenco apparecchiature, stato piani) alle aree più critiche; nel 2023 si prevede di estendere ad altre aree.</p>



FARMACOVIGILANZA	
Redazione a cura di Dr.ssa Morena Borsari, Dr.ssa Paola Zuccheri Dipartimento Farmaceutico Interaziendale	
Letteratura/Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none">• Raccomandazione Ministeriale n.7 del 2008, Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica• Raccomandazione Ministeriale n.12 del 2010, Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"• Raccomandazione Ministeriale n.14 del 2012, Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici• Raccomandazione Ministeriale n.17 del 2014, Riconciliazione della terapia farmacologica• 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)• DIRETTIVA 2010/84/UE DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 15 dicembre 2010 che modifica, per quanto concerne la farmacovigilanza, la direttiva 2001/83/CE recante un codice comunitario relativo ai medicinali per uso umano• REGOLAMENTO (UE) N. 1235/2010 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 15 dicembre 2010 che modifica, per quanto riguarda la farmacovigilanza dei medicinali per uso umano, il regolamento (CE) n. 726/2004 che istituisce procedure comunitarie per l'autorizzazione e la sorveglianza dei medicinali per uso umano e veterinario, e che istituisce l'agenzia europea per i medicinali e il regolamento (CE) n. 1394/2007 sui medicinali per terapie avanzate
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 ad aggiornare e definire il rapporto rischio-beneficio dei medicinali in commercio.</p> <p>La segnalazione spontanea delle sospette reazioni avverse rappresenta 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 qualsiasi sospetta reazione avversa, nota o non nota, grave o non grave, della quale vengano a conoscenza nell'esercizio dell'attività professionale.</p> <p>Il 20 giugno 2022 è entrata in vigore la Nuova Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNF), sistema nazionale con cui sono raccolte, gestite e analizzate le segnalazioni di sospette reazioni avverse (ADR) a farmaci e vaccini, che ha sostituito il precedente portale di segnalazione</p>



	<p>on line "Vigifarmaco".</p> <p>L'implementazione della nuova RNF ha riguardato principalmente l'impiego del nuovo formato standard internazionale (R3) per la segnalazione delle ADR, che permette di uniformare la modalità di segnalazione in tutti i Paesi dell'Unione Europea da e verso il Sistema EudraVigilance, banca dati europea delle sospette reazioni avverse ai medicinali con cui la RNF è strettamente collegata.</p> <p>La segnalazione di sospetta ADR può avvenire secondo due modalità alternative tra loro:</p> <p>1. modalità on line collegandosi al link: https://servizionline.aifa.gov.it/schedasegnalazioni</p> <p>L'utente, con ruolo di operatore sanitario o paziente/cittadino, può compilare la segnalazione compilando una serie di informazioni descritte in un percorso guidato al termine del quale si genera un file in formato pdf, che potrà essere salvato come propria copia della segnalazione ADR inviata, previa conferma dell'invio tramite codice CAPTCHA. Ogni sezione della scheda di segnalazione è corredata anche da una Guida alla compilazione di cui l'utente può usufruire in caso di supporto in fase di segnalazione.</p> <p>Dopo l'invio della scheda di segnalazione, questa sarà visibile al Responsabile Aziendale di Farmacovigilanza (RAFV) sul portale servizi online di AIFA, che procederà quindi con la validazione della scheda in RNF.</p> <p>2. modalità cartacea, compilando la scheda di segnalazione per l'operatore sanitario o per il paziente/cittadino, editabile elettronicamente o anche stampabile, scaricabile anche al link: https://www.aifa.gov.it/moduli-segnalazione-reazioni-avverse. La scheda compilata deve essere inviata all'indirizzo mail farmacovigilanza@ausl.bologna.it Il RAFV provvederà successivamente all'inserimento nel portale Servizi online di AIFA e alla validazione della scheda in RNF.</p> <p>La segnalazione ADR deve essere trasmessa RAFV in modo tempestivo o comunque entro 48 ore da quando l'operatore sanitario ne viene a conoscenza; l'obbligo di segnalazione scende a 36 ore in caso di ADR da medicinali di origine biologica (inclusi i vaccini).</p> <p>Il documento aziendale di riferimento in tema di Farmacovigilanza è l'allegato 8 IO 04 P094AUSLBO - Gestione delle segnalazioni di Farmacovigilanza ritiri, revoche (in fase di aggiornamento).</p> <p>Le schede di segnalazione sono successivamente oggetto di valutazione sia da parte del Centro Regionale di farmacovigilanza, sia delle agenzie regolatorie italiana (AIFA) ed europea (EMA).</p>
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	<p>Nel 2022 sono state raccolte 1.144 schede di segnalazione di sospetta reazione avversa (versus 4.556 nel 2021), di cui il 71% spontanee e il restante 29% da studio.</p> <p>Il 44% delle schede di segnalazione riguardano vaccini anti COVID-19, il 33% si riferisce ad altri vaccini e il restante 23% ai farmaci.</p> <p>Per quanto riguarda la gravità delle segnalazioni, circa il 18% delle segnalazioni da farmaci e vaccini è grave, mentre l'82% è stato classificato come non grave.</p> <p>Il 42% delle segnalazioni sono state inviate dal farmacista, il 40% provengono dai cittadini/pazienti, il 14% da medici, seguiti dal 4% da</p>



	altri operatori sanitari e <1% da avvocati.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	<p>Durante l'anno 2022, sono stati portati avanti e conclusi 4 progetti di FV attiva, iniziati nel biennio precedente, 3 dei quali hanno previsto delle collaborazioni interdipartimentali:</p> <p>1. <u>Dipartimento Oncologico</u>: Progetto regionale di FV attiva in campo Onco-Ematologico (POEM2) che ha visto la collaborazione delle oncologie degli ospedali di Budrio, Bentivoglio e S. Giovanni in Persiceto. Grazie anche al supporto del farmacista facilitatore, si è incrementato il numero di ADR in questa area clinica dove frequentemente si riscontrano fenomeni di sottosegnalazione. Particolare attenzione è stata rivolta ai p.a. sottoposti a monitoraggio addizionale. Il progetto ha previsto anche la redazione delle schede di interazione dei farmaci onco-ematologici in base alle evidenze scientifiche più recenti che rappresentano uno strumento utile per prevenire e riconoscere le interazioni farmacologiche che possono favorire l'insorgenza di ADR anche gravi. Il progetto si è concluso ad aprile 2022, ma nei mesi successivi è stata portata avanti la collaborazione con il dip. oncologico per la segnalazione spontanea delle ADR tramite attività di sensibilizzazione sul campo condotta da un farmacista borsista del dip. Farmaceutico.</p> <p>2. <u>Dipartimento Cure Primarie</u>: Progetto multiregionale di FV attiva in collaborazione con il distretto vaccinale della CdS Porto-Saragozza per la rilevazione ADR in bambini vaccinati nei primi 2 anni di età (progetto VIGIFARMACOVAX). Focus del progetto è la sorveglianza delle ADR da vaccini obbligatori attraverso l'utilizzo di un sistema di rilevazione tramite SMS degli eventi avversi che vengono inseriti nella piattaforma VIGIFARMACOVAX dedicata. Gli SMS che contengono la descrizione di una ADR generano una scheda di segnalazione di sospetta ADR a vaccino. Il progetto è terminato a settembre 2022 e nei mesi successivi le attività di sorveglianza sulla sicurezza dei vaccini è stata portata avanti con l'aiuto di testisti frequentatori del dip. Farmaceutico che hanno segnalato le ADR da vaccini obbligatori e raccomandati in età pediatrica e adolescenziale.</p> <p>3. <u>Dipartimento Materno-Infantile</u>: Progetto multiregionale di FV attiva per la rilevazione e segnalazione di ADR presso UO Pediatria (progetto PAPEOS). A fronte di un noto utilizzo di farmaci off-label in età pediatrica senza un'adeguata conoscenza del profilo rischio/beneficio e conseguente maggior rischio di errori terapeutici, il progetto si prefigge aumentare il numero di ADR che risultano particolarmente carenti per questa fascia di età, garantendo anche una fase di formazione del personale sanitario su queste tematiche. Il progetto si è concluso a settembre 2022.</p> <p>Altro progetto multiregionale di FV attiva, VIGIRETE, è stato sviluppato con lo scopo di realizzare una rete di farmacie convenzionate per aumentare e migliorare la sensibilizzazione e l'educazione della popolazione e dei farmacisti sul tema della segnalazione spontanea di sospette reazioni avverse, anche nell'ottica di implementazione della farmacia dei servizi.</p> <p>A tale scopo, è stata effettuata anche attività di formazione in tema di farmacovigilanza e vaccinovigilanza ai farmacisti convenzionati.</p>
Valutazione risultati e	La costante sensibilizzazione di pazienti, cittadini ed operatori sanitari sull'importanza della segnalazione spontanea delle sospette ADR è il



prospettive future	cardine della FV; pertanto, gli spunti e i risultati raggiunti dai progetti portati avanti durante gli scorsi anni, oltre che le iniziative di formazione e gli incontri informativi rappresentano il fulcro delle attività da espletare in futuro.
--------------------	---



EMOVIGILANZA

Redazione a cura di Dr.ssa Vanda Randi

UO Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale di Area Metropolitana (SC)

Letteratura/Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none">- Legge del 21 ottobre 2005 N. 219 Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati”- Decreto legislativo 9 novembre 2007, n 207 “Attuazione della direttiva 2005/61/CE che applica la direttiva 2002/98/CE per quanto riguarda la prescrizione in tema di rintracciabilità del sangue e degli emocomponenti destinati a trasfusioni e la notifica di effetti indesiderati ed incidenti gravi”.- Decreto Legislativo 9 novembre 2007, n.208 Attuazione 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.- DL 20/10/2007 n 261 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- Decreto 21/12/2007 Istituzione del Sistema Informativo dei Servizi TRAsfusionali (<u>S.I.S.TRA.</u>)-DM 02/11/2015 Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti- 02-12-16 Modifiche al decreto 2 novembre 2015, recante: Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti.- LEGGE 8 marzo 2017, n. 24. Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie- Legge 22 dicembre 2017, n. 219 recante “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”.- DL 19/03/2018 n° 19 Attuazione della direttiva (UE) 2016/2014 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- Decreto 1 agosto 2019 Modifiche al decreto 2 novembre 2015, recante: Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti.- Ministero della Salute Raccomandazione n 5 aggiornamento, 9 gennaio 2020 Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO.- Circolare del 18 marzo 2020. Decreto-legge 17 marzo 2020, n.18, recante “Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19- <u>Decreto Ministeriale del 5 novembre 2021</u> Istituzione e modalità
--------------------------------------	---



di funzionamento del sistema nazionale di verifica, controllo e certificazione di conformità delle attività e dei prodotti dei servizi trasfusionali.

- **[Accordo Conferenza Stato-Regioni del 25 marzo 2021](#)**

Aggiornamento e revisione dell'Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010 sui requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti e sul modello per le visite di verifica

- **Accordo Conferenza Stato-Regioni del 5 maggio 2021** Revisione dell'Accordo Stato Regioni 10 luglio 2003 (Rep. Atti 1770ICSR), in attuazione dell'articolo 6, comma 1, del decreto legislativo 6 novembre 2007, n. 191, per la definizione dei requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici e delle linee guida di accreditamento delle strutture afferenti al programma di trapianto di cellule staminali emopoietiche (CSE)".

- **Accordo Conferenza Stato-Regioni del 17 giugno 2021** Aggiornamento dell'Accordo Stato Regioni del 20 ottobre 2015 in merito al prezzo unitario di cessione, tra aziende sanitarie e tra Regioni e Province autonome, delle unità di sangue, dei suoi componenti e dei farmaci plasmaderivati prodotti in convenzione, nonché azioni di incentivazione dell'interscambio tra le aziende sanitarie all'interno della regione e tra le regioni.

- **Decreto Ministeriale del 27 luglio 2021** Programma di autosufficienza nazionale del sangue e dei suoi prodotti per l'anno 2021

- **Accordo Conferenza Stato-Regioni dell'8 luglio 2021** Definizioni dei criteri e dei principi generali per la regolamentazione delle convenzioni tra regioni, province autonome e Associazioni e Federazioni di donatori di sangue e adozione del relativo schema-tipo. Revisione e aggiornamento dell'Accordo Stato-Regioni del 14 aprile 2016.

- **Decreto Ministeriale del 27 luglio 2021** Programma di autosufficienza nazionale del sangue e dei suoi prodotti per l'anno 2021

- **Decreto Ministeriale del 26 maggio 2022** Programma di autosufficienza nazionale del sangue e dei suoi prodotti per l'anno 2022

- **Accordo Conferenza Stato-Regioni del 30 novembre 2022** Accordo, ai sensi dell'Allegato I, punto 3, del decreto legislativo n. 16 del 2010, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Criteri per la selezione del donatore di cellule staminali emopoietiche".

- **Decreto Ministeriale 19 dicembre 2022** Programmi finalizzati al raggiungimento dell'autosufficienza nella produzione di medicinali emoderivati prodotti da plasma nazionale e riparto delle risorse stanziato.

- **RER:** Misure organizzative urgenti per la gestione dell'emergenza COVID-19 Linee Guida sulla applicazione della circolare 18 MARZO 2020

- **[Delibera della Giunta Regionale n. 1485 del 02/11/2020](#)** Approvazione del programma regionale annuale per l'autosufficienza del sangue e dei



suoi prodotti - anno 2020

- **Delibera della Giunta Regionale Num. 9 del 07/01/2020** Disposizioni in ordine al recepimento degli accordi Stato Regioni 8 marzo 2018 Rep. atti 66/CSR, 13 dicembre 2018 Rep atti 225/CSR E 13 dicembre 2018 Rep atti 226/CSR

- **Delibera della Giunta Regionale Num. 823 del 06/07/2020** COVID-19. Disposizioni transitorie in materia di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private.

- **Delibera della Giunta Regionale n. 1765 del 02/11/2021** Recepimento accordo Stato-Regioni (Repertorio atti 29/CSR del 25 marzo 2021) sui requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emoderivati e sul modello per le visite di verifica

- **Delibera della Giunta Regionale. 2061 del 06/12/2021** Approvazione del programma regionale annuale per l'autosufficienza del sangue e dei suoi prodotti - anno 2021

- **Delibera della Giunta Regionale n. 2228 del 27/12/2021** Attività e ruolo della rete trasfusionale dell'Emilia-Romagna in emergenza pandemica SARS-COV-2 e prime indicazioni per la definizione della proposta di nuovo piano sangue e plasma regionale

- **LG CNS 01 Rev. 0 07.07.2008** Linee guida per l'adozione di misure di sicurezza nella gestione dei processi produttivi e diagnostici nei servizi trasfusionali

- **LG CNS 02 Rev. 0 07.07.2008** Linea guida per la prevenzione della contaminazione batterica del sangue intero e degli emocomponenti

- **LG CNS 03 Rev.0 15 dicembre 2010** Linee guida per la prevenzione della TRALI

- Linee guida per l'adozione di misure per la sicurezza del sangue e degli emocomponenti **CNS 04 Rev 0 20/06/2014**

- **LG CNS 04 Rev 0 20/06/2014** per l'adozione di ulteriori misure per la sicurezza del sangue e degli emocomponenti

- **[Linee Guida CNS 21 febbraio 2020](#)** Linee Guida per il trasporto delle unità di sangue ed emocomponenti e dei relativi campioni biologici

- **[Circolare CNS del 21 dicembre 2020](#)** Eleggibilità alla donazione di sangue ed emocomponenti dei soggetti con anamnesi positiva per somministrazione di vaccino anti-SARS-CoV-2

- **[Circolare CNS del 2 febbraio 2021](#)** Aggiornamento delle misure di prevenzione della trasmissione dell'infezione da Sars-CoV-2 mediante emocomponenti labili – Varianti SARS-CoV-2

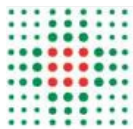
- **Linee di indirizzo Pandemia COVID-19 – aggiornamento 15 febbraio 2021** Linee di indirizzo nazionali per la sicurezza della donazione, rivolte ai donatori di sangue ed emocomponenti e al personale pubblico ed associativo addetto all'attività di raccolta



- [Circolare CNS del 26 maggio 2021](#) Indicazioni per la sorveglianza e trasmissione del West Nile Virus e Usutu mediante la trasfusione di emocomponenti labili nella stagione estivo-autunnale 2021. (Per gli allegati e le successive circolari relative al WNV consultare [la pagina dedicata](#))
- [Circolare CNS del 2 agosto 2021](#) Chiarimenti sulle recenti misure governative per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19 rispetto alle donazioni di sangue ed emocomponenti
- [Circolare CNS del 10 dicembre 2021](#) Chiarimenti sulle recenti misure governative per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19 rispetto alle donazioni di sangue ed emocomponenti
- [Circolare CNS del 3 gennaio 2022 e allegato](#) Misure di prevenzione della trasmissione dell'infezione da SARS-CoV-2 fra i donatori di sangue ed emocomponenti – aggiornamento delle misure di quarantena e isolamento in seguito alla diffusione a livello globale della nuova variante VOC SARS-CoV-2 Omicron (B.1.1.529)
- [Circolare CNS dell'11 gennaio 2022](#) Aggiornamento misure di prevenzione della trasmissione dell'infezione da nuovo Coronavirus (SARS-CoV-2) mediante la trasfusione di emocomponenti labili – Post Donation Information
- **AIFA-CNS Guidelines February 8th 2022** Guidelines on the use of human immunoglobulines in case of shortages
- **Documento di indirizzo AIFA-CNS 8 febbraio 2022** Documento di indirizzo sull'uso delle immunoglobuline umane in condizioni di carenza
- **Linee di indirizzo Pandemia COVID-19 – aggiornamento 9 febbraio 2022** Linee di indirizzo nazionali per la sicurezza della donazione, rivolte ai donatori di sangue ed emocomponenti e al personale pubblico ed associativo addetto all'attività di raccolta – Aggiornamento Febbraio 2022
- **Circolare CNS del 4 aprile 2022 e allegato** Aggiornamento misure di prevenzione della trasmissione da infezione da SARS-CoV-2 fra i donatori di sangue ed emocomponenti fra i donatori di sangue ed emocomponenti.
- **Circolare CNS del 17 maggio 2022** Indicazioni per la sorveglianza e la prevenzione della trasmissione del West Nile Virus e Usutu mediante la trasfusione di emocomponenti labili nella stagione estivo-autunnale 2022.
- **Circolare CNS del 24 maggio 2022 e allegato** Misure di prevenzione della trasmissione dell'infezione da virus Monkeypox mediante la trasfusione di emocomponenti labili.
- **Linee di indirizzo COVID-19 – aggiornamento dicembre 2022** Linee di indirizzo nazionali per la sicurezza della donazione, rivolte ai donatori di sangue ed emocomponenti e al personale pubblico ed associativo addetto all'attività di raccolta
- **Circolare CNS del 3 gennaio 2023** Aggiornamento misure di



	<p>prevenzione della trasmissione dell'infezione da SARS-CoV-2 fra donatori di sangue ed emocomponenti.</p> <ul style="list-style-type: none">- Linee di indirizzo CNS – 19 gennaio 2023 Linee di indirizzo relative alla gestione di deviazioni della temperatura di conservazione degli emocomponenti labili destinati all'uso clinico- Linee di indirizzo CNS – 17 febbraio 2023 Linee di indirizzo per la corretta gestione di cyber attacchi alle Reti e ai Sistemi informativi trasfusionali- EDQM - European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare. Guide to the Preparation, Use and Quality Assurance of Blood Component, 20th Ed. 2020- Raccomandazioni per la terapia trasfusionale in Neonatologia, Società italiana di Medicina Trasfusionale e Immunoematologia, 2014- Raccomandazioni AISF-SIMTI: l'uso appropriato dell'albumina nei pazienti con cirrosi epatica, 2016- Standard SIMTI (Società Italiana di Medicina Trasfusionale ed Immunoematologia); 3 edizione, maggio 2017- Standard SIMTI-CNS 11 ottobre 2021 Standard per I Laboratori di Immunoematologia di Riferimento (LIR) e di Biologia Molecolare (LBM) – 1a Edizione – 2021-Raccomandazioni per il buon uso del sangue e dei plasmaderivati emesso dal Comitato Ospedaliero per il Buon Uso del Sangue (CoBUS) SIMT Area Metropolitana di Bologna.
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	<p>L'emovigilanza è l'insieme di 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, e alla prevenzione dell'evento o della sua ricorrenza nell'intero processo trasfusionale. I dati relativi all'emovigilanza sono inseriti nel Sistema Informativo dei Servizi Trasfusionali (S.I.S.TRA.) coordinato a livello nazionale dal Centro Nazionale Sangue.</p> <p>Schede di segnalazione SISTRA notificate annualmente al Centro Nazionale Sangue</p> <ol style="list-style-type: none">1) NOTIFICA REAZIONI INDESIDERATE SUI DONATORI: Riguarda la segnalazione di tutte le possibili reazioni / complicanze da lievi a severe per tutte le possibili forme di donazione2) NOTIFICA REAZIONI TRASFUSIONALI INDESIDERATE GRAVI: Viene segnalato il tipo di emocomponente e il suo codice identificativo, la sintomatologia presentata, condizioni pregresse del paziente che possono facilitare l'insorgere della reazione, la gravità. In caso la reazione dipenda da un errore viene anche compilata la scheda seguente3) NOTIFICA INCIDENTE GRAVE: sono raccolti la descrizione dell'evento / quasi evento, la fase del processo e il luogo dove si è verificato, l'analisi della cause, provvedimenti correttivi adottati4) NOTIFICA SORVEGLIANZA DONATORI: In caso di positività verso virus



	<p>HIV, HCV, HBV e sifilide si rileva in forma anonima la tipologia di donatore, il test verso cui il donatore è reattivo, i fattori di rischio</p>
<p>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento 2022</p>	<p>1) Reazioni indesiderate donatori Reazioni indesiderate sui donatori/unità prelevate:677/36.875 (1,9%) Di queste: Sangue intero: lievi/moderate 575/31.256 (1,8%); severe0/31.256 Plasmaferesi: lievi/moderate 102/5.619 (1,8%); severe 0/5.619 (0%)</p> <p>2) Reazioni trasfusionali Reazioni trasfusionali indesiderate/N unità trasfuse42/19986 (0,2%) di cui (21 lievi /moderate (febrili, orticarioidi), 4 severe)</p> <p>3) Incidenti gravi Rilevati nel <u>territorio di competenza</u> del SIMT AUSL BO(comprensivo reparti AUSL-BO, CdC)N. 21eventi, di cui: -10 campioni con errata identificazione pz/Ncampioni processati 80526 (0,01%) - 5 Informatizzazione (incongruenza scadenza T&S, errore etichettatura non rilevato da barcode check*) - 1 pazienti senza gruppo in SO / N richieste totali evase 20192 (0,005%) - 5 varie (identificazione pz ricevente plasmaderivato, trasporti interni, scambio richieste in cartella clinica, gestione/conservazione unità in reparto)</p> <p><u>Interni</u> al SIMT AUSL BO N 5. <u>SIMT sede OM:</u> 2plasmaderivato inappropriato, gestione frigoemoteca, tracciabilità, etichettatura unità *) <i>* riguardano lo stesso caso: etichettatura errata dell'unità mancata rilevazione del sistema informatico</i></p> <p><u>SIMT sede IOR://</u></p> <p>4) Sorveglianza Aspiranti donatori: n=8 (3 SIF, 1HCv, 4HBsAg) aspiranti donatori reattivi / 3633(0,2%) Donatori periodici: n=6 (3 SIF, 3 HBV-DNA) donatori periodici reattivi / 36.885 (0,2%)</p>
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p><u>Formazione corsi svolti</u> <u>Complessivamente nell'ambito del SIMT AMBO si sono svolti corsi:</u> Rivolti al personale del SIMT:</p> <ul style="list-style-type: none">• Introduzione del nuovo sistema informatico presso il SIMT AM BO processo raccolta sangue ed emocomponenti• Introduzione del nuovo sistema informatico presso il SIMT AM BO processo lavorazione emocomponenti• Introduzione del nuovo sistema informatico presso il SIMT AM BO



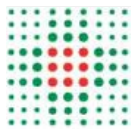
	<p>processo EUNT</p> <ul style="list-style-type: none">• Introduzione del nuovo sistema informatico presso il SIMT AM BO processo assegnazione - distribuzione emocomponenti - emoderivati• Introduzione del nuovo sistema informatico presso il SIMT AM BO processo immunoematologia• Introduzione del nuovo sistema informatico presso il SIMT AM BO processo qualificazione biologica• Introduzione del nuovo sistema informatico presso il SIMT AM BO processo confezionamento e trasporto• Introduzione del nuovo sistema informatico presso il SIMT AM BO processo ambulatorio di medicina trasfusionale• Organizzazione dei settori: lavorazione 2022• Organizzazione dei settori: CR 2022• Organizzazione dei settori: Ambulatorio 2022• Organizzazione dei settori: Distribassiedistrib est 2022• Organizzazione dei settori: Nat 2022 <p>Rivolto al personale esterno al SIMT:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sistema qualità nei Servizi Trasfusionali ed UdR alla luce dei nuovi requisiti e della normativa nazionale ed europea di riferimento• Corso regionale di formazione ed acquisizione delle competenze per la qualificazione del personale dedicato all'attività di raccolta del sangue e degli emocomponenti• Progetto per la formazione ed acquisizione delle competenze del personale ostetrico dedicato all'attività di raccolta del sangue e degli emocomponenti <p>Umanizzazione:</p> <p>- Svolta la campagna vaccinale 2022 antiinfluenzale per i donatori di sangue</p> <p>Piani di miglioramento completati nel corso del 2022:</p> <ul style="list-style-type: none">- PM 27 Patient Blood Management- PM 32 Esecuzione ed etichettatura campioni per esecuzione profilo esami per Mamma-Funicolo: incontri con il personale di ostetricia a seguito di errori di etichettatura dei campioni che hanno comportato errate attribuzioni di gruppo
Valutazione risultati e prospettive future	<p>Proseguirà nel 2023 l'attività di sensibilizzazione e formazione del personale sanitario sugli aspetti relativi all'emovigilanza e alla sicurezza della gestione del sangue, con necessità di un ulteriore rafforzamento dell'attività stessa, visti i near miss sopra descritti.</p> <p>Formazione progettazione: PAF 2023 per tutte le sedi SIMT AMBO</p> <ul style="list-style-type: none">• Revisione IO e procedure sistema qualità alla luce del nuovo sistema informatico• Applicazione nuovi requisiti ASR 25/03/2021 EDQM (GPGs)• Utilizzo di nuove tecnologie (citofluorimetro, inattivatore virale)• Formazione in immunoematologia: studio di casi clinici complessi• Aggiornamenti e riorganizzazione dei settori in relazione alla evoluzione del sistema trasfusionale nazionale



- Appropriately dell'utilizzo delle immunoglobuline endovena in accordo con L.G. AIFA/CNS
- Rischio trasfusionale e prevenzione dell'errore AB0
- Corso regionale di formazione ed acquisizione delle competenze per la qualificazione del personale medico, infermieristico e tecnico addetto all'attività di raccolta del sangue e degli emocomponenti
- Neqas (Controlli Qualità Esterni – aggiornamenti)
- Appropriately della terapia trasfusionale piastrinica
- Aggiornamento procedura P03 SIMT AM BO
- Plasmaferesi terapeutica: principali indicazioni
- Progetto per la formazione ed acquisizione delle competenze del personale ostetrico dedicato all'attività di raccolta del sangue e degli emocomponenti

Piani di miglioramento previsti per 2023:

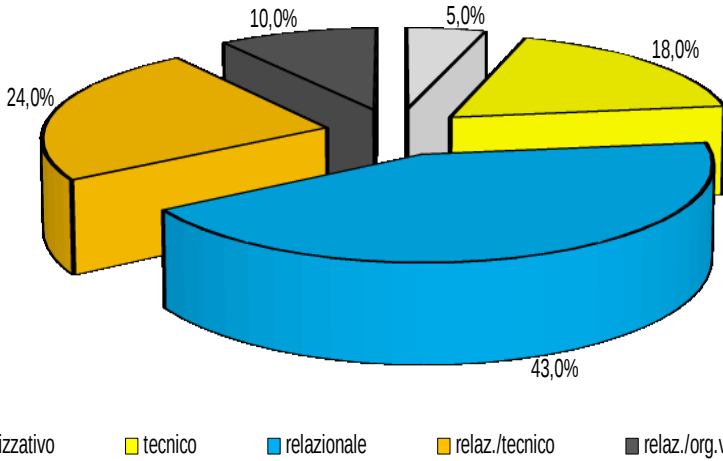
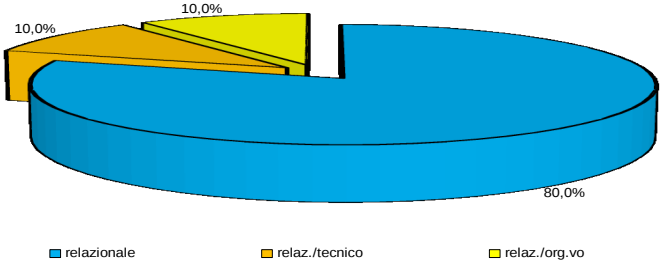
- **PM N° 40** Uniformare contenitori terziari per i trasporti interni ad Ospedale Maggiore, Bellaria e Rizzoli
- **PM N° 41** Monitoraggio temperatura magazzino – Servizio Trasfusionale Osp. Bellaria, Rizzoli, S. Orsola
- **PM N° 42** Gestione Allarmi Eagle Easy
- **PM N° 43** Convalida contenitori per Trasporto Sangue AOU



Banca dati RER delle segnalazioni dei cittadini Le segnalazioni di interesse per la gestione del rischio
Redazione a cura di Dr.ssa Daniela Buriola e Dott.ssa Federica Lugaresi, UO Qualità, Accreditamento e Relazioni con il Cittadino

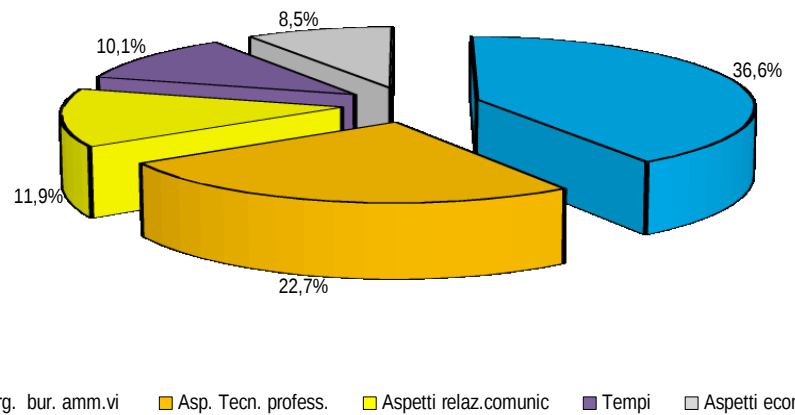
Letteratura / Normativa di riferimento	<p>L. 241/1990 e successive modifiche ed integrazioni <i>Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi</i>;</p> <p>D. Lgs. 502/1992 <i>Riordino della disciplina in materia sanitaria e successive modifiche ed integrazioni</i>;</p> <p>L.R. 32/1993 <i>Norme per la disciplina del procedimento amministrativo e del diritto di accesso</i> modificata con la L.R. 25/2016 <i>“Disposizioni collegate alla Legge Regionale di stabilità per il 2017</i>;</p> <p>D. Lgs. 29/1993 <i>Razionalizzazione dell’organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego</i>;</p> <p>J. Hilmann, <i>Le storie che curano</i>, 1984, R. Cortina Ed.</p> <p>S. Castelli, <i>La Mediazione. Teorie e Tecniche</i>, Ed. R. Cortina. 1996</p> <p>L. 150/2000 <i>“Disciplina delle attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni”</i>;</p> <p>D. Lgs. 196/2003 <i>Codice in materia di protezione dei dati personali</i>;</p> <p>Sapere Ascoltare. Il valore del dialogo con il cittadino. Dossier n.105/2005;</p> <p>Mediare i conflitti in sanità. L’approccio dell’Emilia-Romagna, Dossier n.158/2007;</p> <p>Sistema informativo segnalazioni URP Sanità, <i>Linee Guida Regionali per la gestione dell’istruttoria</i>, RER dicembre 2008;</p> <p>Sistema Informativo segnalazioni URP sanità. <i>L’analisi delle segnalazioni di interesse per la gestione del rischio</i>; RER 2008;</p> <p>Regolamento UE 2016/679 <i>Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (GDPR)</i>.</p>
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	<p>La gestione delle segnalazioni di interesse per la gestione del rischio fa riferimento al documento Regionale “L’analisi delle segnalazioni di interesse per la gestione del rischio” (dic. 2008). Nella procedura aziendale delle segnalazioni dei cittadini P027AUSLBO era stato pertanto previsto un percorso di selezione da parte dei Referenti URP.</p> <p>In base alla procedura della Mediazione P056AUSLBO e alla procedura di gestione delle segnalazioni P027AUSLBO, i Referenti URP selezionavano quelle da ritenersi di interesse per la gestione del Rischio sulla base dei codici colore. Rosso, richieste risarcimento, viene inviata per competenza agli Affari Legali, oppure giallo, reclami di natura tecnico-professione e/o denuncia di disservizio grave che restano in carico alla gestione degli URP.</p> <p>Entrambi i codici potevano entrare nel percorso di Mediazione, coordinato dal direttore della Medicina Legale e Risk Management. La mediazione effettuata rientra nella tipologia Alternative Dispute Resolution (ADR).</p> <p>Il percorso si sviluppava attraverso diverse fasi: analisi della segnalazione e valutazione degli aspetti di rischio in collaborazione con Medicina Legale, attivazione di due mediatrici del Team di mediazione, ascolto del segnalante e degli operatori coinvolti, mediazione congiunta tra le parti ed eventuale proposta di attivazione di azioni di miglioramento, se individuate.</p> <p>I reclami di interesse per la gestione del rischio, oltre che dalla Direzione aziendale, possono essere quindi segnalati dai venti referenti URP distrettuali, territoriali ed ospedalieri che erano stati formati attraverso appositi corsi regionali.</p> <p>Le proposte vengono inviate dai Referenti URP al Responsabile della UO Qualità, Accreditamento e Relazioni con il cittadino - Staff di Direzione, per una</p>



	<p>valutazione. Dal momento che molti Referenti Urp, che erano stati formati, non sono più presenti in Azienda, attualmente le segnalazioni dei cittadini, relative alla gestione del rischio vengono prevalentemente indicate dalla Direzione Sanitaria e dalle Relazioni con il cittadino.</p>																				
<p>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</p>	<p>Prima di descrivere le segnalazioni dei cittadini del 2022 è interessante fare un confronto con il periodo pre e post pandemia. I tipi di conflitto nel triennio 2017-19 erano stati misurati nell'ambito delle 60 mediazioni effettuate nel triennio. Grafico. Tipi di conflitto nel triennio 2017-2019 precedente la pandemia.</p>  <table border="1"> <caption>Tipi di conflitto nel triennio 2017-2019</caption> <thead> <tr> <th>Tipologia</th> <th>Percentuale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>relazionale</td> <td>43,0%</td> </tr> <tr> <td>relaz./tecnico</td> <td>24,0%</td> </tr> <tr> <td>relaz./org.vo</td> <td>10,0%</td> </tr> <tr> <td>tecnico</td> <td>18,0%</td> </tr> <tr> <td>organizzativo</td> <td>5,0%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Grafico. Tipi di conflitto nel biennio della pandemia 2020-2021</p>  <table border="1"> <caption>Tipi di conflitto nel biennio della pandemia 2020-2021</caption> <thead> <tr> <th>Tipologia</th> <th>Percentuale</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>relazionale</td> <td>80,0%</td> </tr> <tr> <td>relaz./org.vo</td> <td>10,0%</td> </tr> <tr> <td>relaz./tecnico</td> <td>10,0%</td> </tr> </tbody> </table> <p>I tipi di conflitto nel biennio del lock down 2020-21, si modificano, in quanto l'80% delle mediazioni effettuate riguarda aspetti relazionali/organizzativi. Durante il biennio della pandemia, l'aspetto relazionale si è ulteriormente aggravato per l'impossibilità di avere una comunicazione sia tra paziente e familiari sia tra parenti e professionisti sanitari. Anche se nel 2022 (dati non ancora definitivi) la categoria gestione del rischio nella Banca dati delle segnalazioni dei cittadini è stata barrata solo 3 volte, a causa della riduzione dell'utilizzo della mediazione, bisogna tener presente però anche la categoria "Trasmissione all'Ufficio Legale per competenza" (codici rossi con richieste di risarcimento danni) che nel 2022 sono state n. 14 e le mediazioni effettuate nell'anno sono state n.6.</p>	Tipologia	Percentuale	relazionale	43,0%	relaz./tecnico	24,0%	relaz./org.vo	10,0%	tecnico	18,0%	organizzativo	5,0%	Tipologia	Percentuale	relazionale	80,0%	relaz./org.vo	10,0%	relaz./tecnico	10,0%
Tipologia	Percentuale																				
relazionale	43,0%																				
relaz./tecnico	24,0%																				
relaz./org.vo	10,0%																				
tecnico	18,0%																				
organizzativo	5,0%																				
Tipologia	Percentuale																				
relazionale	80,0%																				
relaz./org.vo	10,0%																				
relaz./tecnico	10,0%																				

Questo dato deve però essere collegato al fatto che il gruppo di ascolto mediazione (tipologia Alternative Dispute Resolution), partito nel 2009, costituito da 7 mediatori formati, si è ridotto a 2, per pensionamenti o per un diverso utilizzo del personale già formato, prevalentemente impegnato in altre attività di servizio.

Grafico. Distribuzione delle principali tipologie CCRQ di reclami nel 2022.



A partire dal 2022 però, rispetto alla mediazione ADR, è stato utilizzato maggiormente lo strumento dell’Audit, gestito e organizzato dalla Medicina Legale e Risk Management.

Come era già emerso nel decennio 2011-2021 di attività della mediazione (283 mediazioni effettuate), nella categoria Aspetti Tecnici e professionali sono emerse principalmente criticità di tipo comunicativo/relazionale.

Il tempo dedicato all’ascolto, sia del paziente che del familiare, appare talora scarso e frammentario, con conseguente carenza di informazioni utili.

L’esperienza evidenzia invece che, ove le competenze comunicative sono adeguate, gli individui possono comprendere ritardi o errori nella pratica assistenziale, quando questi sono comunicati in un contesto relazionale di ascolto e di informazione rispettosa e trasparente.

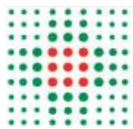
Dai dati emersi, il problema principale, evidenziato nelle maggior parte delle segnalazioni, e particolarmente durante gli incontri di mediazione, è pertanto di natura relazionale e comunicativa, anche in quei reclami che sembrano essere prettamente relativi ad Aspetti Tecnici e professionali.

La scarsa qualità della comunicazione che intercorre tra sanitari e cittadini è spesso all’origine di conflitti e contenzioso con gli utenti.

La componente relazionale e comunicativa è riferita non solo verso l’esterno (tra professionisti sanitari e pazienti o famigliari di pazienti) ma anche sul fronte interno.

Emerge quindi, come già nel decennio 2011-2021 la necessità di una comunicazione maggiormente empatica, una comunicazione efficace in grado di prevenire e contenere il conflitto.

<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>Il tipo di conflitto all’interno delle n. 6 segnalazioni in cui è stata effettuata una mediazione è di natura prevalentemente comunicativo/relazionale.</p> <p>Oltre ai temi dell’ attenzione o dell’empatia, anche la scarsa attivazione di percorsi clinico assistenziali e la mancata comunicazione diretta e verbale tra professionisti dello stesso servizio e/o di servizi diversi, può essere all’origine di conflitti e contenziosi.</p>
--	---



	<p>Appare critico il passaggio di informazioni trasversali tra settori diversi all'interno dell'Azienda relativamente ai percorsi clinico-assistenziali, sia tra operatori sanitari che tra questi e i cittadini. Ciò ha comportato in alcuni casi un ritardo diagnostico e terapeutico.</p> <p>Spesso sembrano essere sottovalutati gli aspetti emotivi ed emozionali del paziente e dei familiari, con conseguente escalation del conflitto.</p> <p>Anche la frammentazione nei percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali aziendali e talora interaziendali può creare problemi.</p> <p>Dall'analisi integrata dei casi le azioni di miglioramento proposte, ma spesso non sono vere e proprie azioni di miglioramento, attraverso il Modulo 04, (All.6 della procedura P027AUSLBO) sono state 73 su 1347 (dato non definitivo).</p> <p>Emerge quindi l'importanza di avviare un lavoro formativo nei Team sulla comunicazione/relazione per apprendere ad attivare una comunicazione collaborativa tra le parti.</p> <p>Gli Obiettivi formativi da perseguire sono principalmente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • far acquisire ai partecipanti consapevolezza delle proprie emozioni nella relazione e del proprio stile comunicativo; • Apprendere o potenziare le tecniche dell'ascolto attivo; • Apprendere o potenziare le tecniche della comunicazione chiara ed efficace.
Valutazione risultati e prospettive future	<p>Promozione di gruppi di lavoro aziendali e interaziendali multidisciplinari e multiprofessionali (a titolo di esempio, il rilevante il lavoro, sull'analisi delle criticità emerse dalle mediazioni, condotto nel 2017 all'interno dell'Ostetricia e Ginecologia).</p> <p>Riunioni strutturate sulla comunicazione all'interno delle Unità Operative.</p>

INFORTUNI SUL LAVORO Redazione a cura di Ing. Bazzan UO Servizio Prevenzione e Protezione RSPP e Dott.ssa Bignami Staff Direzione DATeR	
Letteratura/Normativa di riferimento	National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH): Violence- Occupational Hazard in Hospital, April 2002; D. Lgs. 230/95; D. Lgs. 81/2008; Raccomandazione n. 8 per la prevenzione della violenza a danno degli operatori sanitari, Regione Emilia-Romagna, 2010
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	Cruscotto infortuni Inail Data base aziendale infortuni biologici Medicina Preventiva AUSLBO
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	ANALISI DEL RISCHIO: SI VEDA RELAZIONE ALLEGATA- aree di criticità degli infortuni: movimentazione manuale di carichi e pazienti infortuni in itinere, infortuni da cadute, urti, scivolamenti, infortuni da aggressione da parte di terzi infortuni da rischio biologico
Interventi/azioni correttive e di	Formazione specifica sulla movimentazione manuale dei pazienti nelle degenze ospedaliere effettuata in tutte le strutture ospedaliere Ausl BO,

miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Formazione specifica sull'utilizzo degli ausili minori per la movimentazione dei pazienti per operatori Formazione e addestramento specifico "Ingiury free" per operatori dell'area emergenza e 118. Ricognizione aziendale sugli ausili (maggiori e minori) per la movimentazione dei pazienti in collaborazione con la Direzione DATeR e la UO Tecnologie Sanitarie al fine di una migliore gestione delle risorse tecnologiche (acquisizione e manutenzione) sia nelle degenze sia nei servizi. Per la tematica violenza a danno degli operatori si veda altra scheda Per la tematica rischio biologico e prevenzione dell'infortunio a rischio biologico sono state organizzate, oltre alla formazione generale e specifica art 37 Dlgs 81/2008 ai lavoratori (attraverso i corsi obbligatori base e aggiornamento quinquennale) in collaborazione con la UO Farmacia, sono state effettuate nel 2022 30 edizioni di addestramento all'utilizzo dei Dispositivi medici dotati di meccanismo di sicurezza in base alla fornitura Intercent 2022- 2026
Valutazione risultati e prospettive future	Riduzione dell'indice di rischio sulla MMP/MMC e rischio biologico Riduzione infortuni da MMP/MMC e da rischio biologico Pianificazione di nuove tipologie di corsi sulla corretta movimentazione di pazienti nelle degenze ospedaliere, oltre ai corsi Ingiury free e utilizzo ausili minori Implementazione di nuovi dispositivi medici dotati di meccanismo di sicurezza previa formazione e addestramento Richiamo ai Preposti e ai Dirigenti sulla necessità di aderenza alla Procedura PINT 30 "Norme di comportamento in caso di infortunio a rischio biologico e principi di prevenzione" in termini di tempistica di accesso al PS dell'operatore infortunato per valutazione medica.

ANALISI DEGLI INFORTUNI RELATIVI ALL'ANNO 2022 IN AZIENDA USL DI BOLOGNA

PREMESSA

Una fonte informativa rilevante per la prevenzione del rischio occupazionale nelle aziende sanitarie è l'analisi del **fenomeno infortunistico**.

I dati rilevati dal sistema aziendale di gestione degli infortuni, sono classificati ed analizzati per macro-tipologia e per macrosettore. Le due grandi categorie sono rappresentate dagli infortuni generici derivanti da cadute, traumatismi, sforzi o incidenti nel percorso da e per il posto di lavoro etc.. e dagli infortuni a rischio biologico (punture, tagli, imbrattamenti), che hanno una prognosi in genere di 0 giorni.

CAPITOLO 1

1.1 INFORTUNI GENERICI

Il numero delle denunce* per infortunio per l'Azienda USL di Bologna¹, alla data del 10 gennaio 2023, ammonta a 346.

A questo numero vanno poi sommati, per completezza di dati le 82 comunicazioni* di infortunio.

*La "comunicazione di infortunio" deve essere inoltrata dal datore di lavoro all'Inail in caso di infortuni sul lavoro dei lavoratori, dipendenti o assimilati, che siano prognosticati guaribili **entro tre giorni** escluso quello dell'evento. Per gli infortuni con prognosi oltre tre giorni, escluso quello dell'evento, è necessario inoltrare la "denuncia/comunicazione di infortunio".

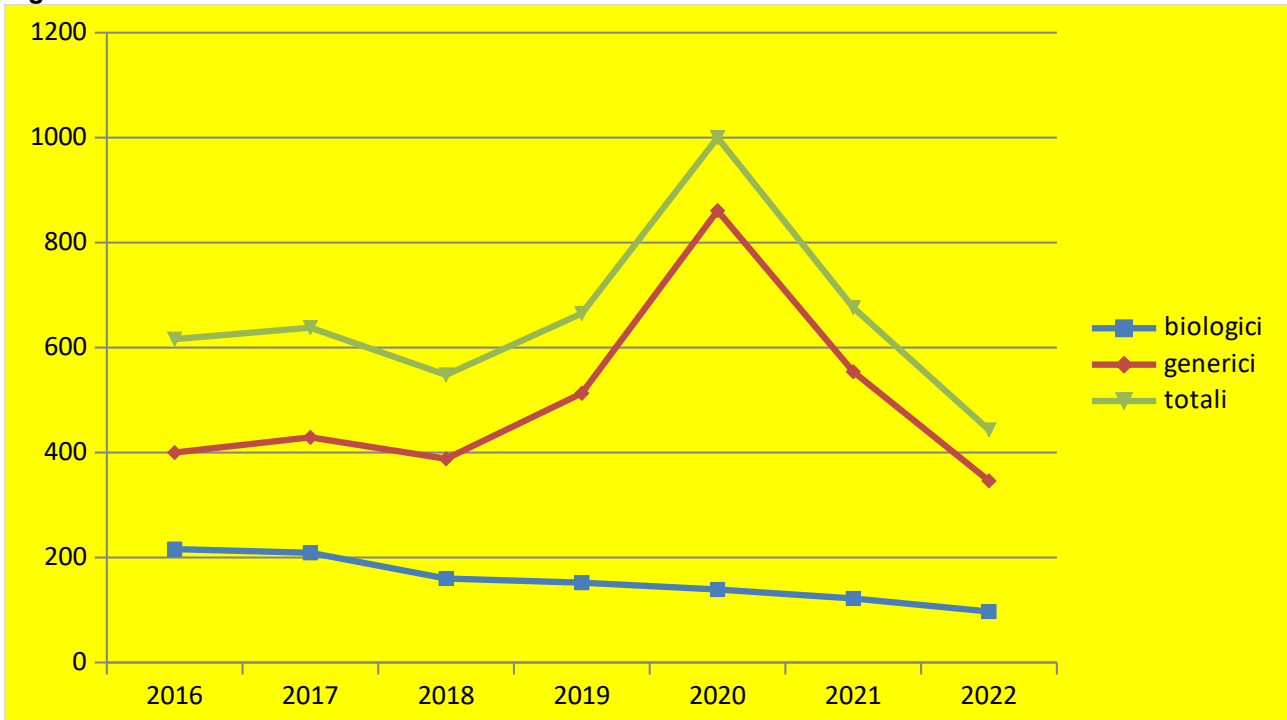
Nella suddetta relazione si considerano le sole denunce.

Per ciò che riguarda gli infortuni da aggressione da parte di terzi, si segnala la già nota discrepanza tra il numero di denunce all'INAIL di operatori che hanno seguito il solo percorso

¹ Fonte Cruscotto infortuni portale INAIL anno 2022- www.inail.it

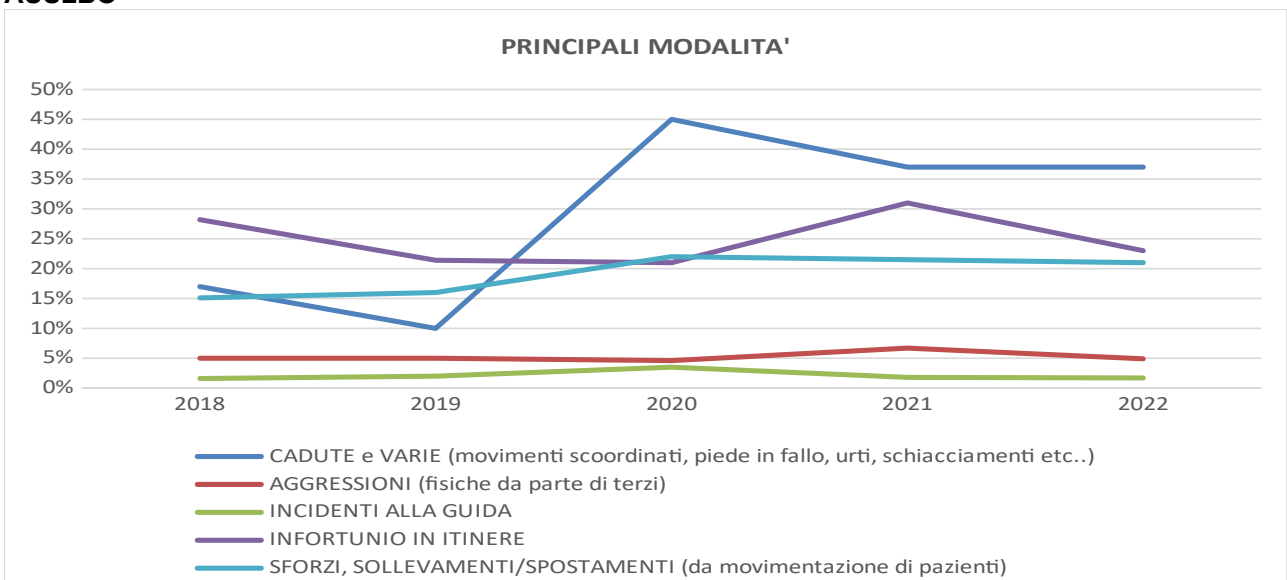
infortunio sul lavoro, dal numero di infortuni rilevati dal data base delle segnalazioni episodi di violenza a danno degli operatori, in base al percorso della procedura aziendale P110.

Figura 1 andamento infortuni AUSL BO 2016-2022



Nella tabella 1 è riassunto l'andamento degli infortuni generici a decorrere dall'anno 2018, analizzando le principali modalità di accadimento.

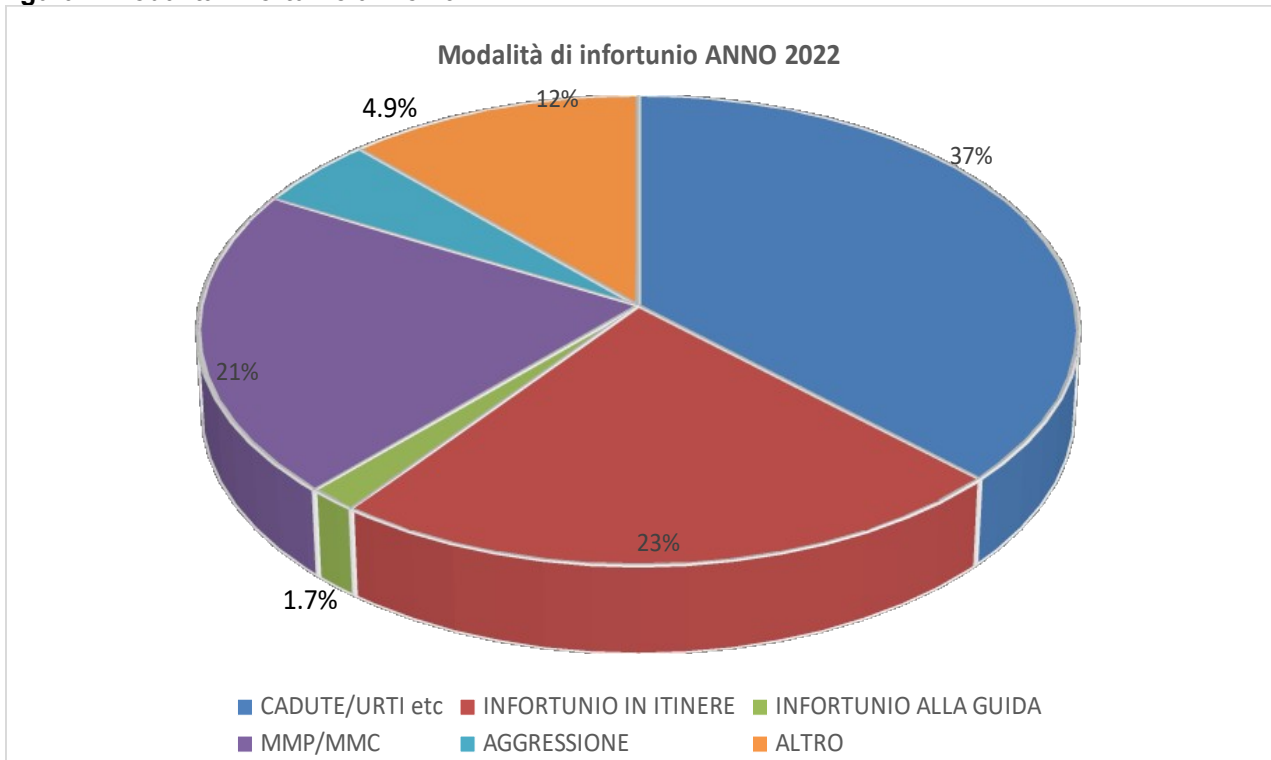
Tabella 1 distribuzione percentuale delle principali modalità di accadimento infortuni generici AUSLBO



1.a Le principali cause di infortunio

Nel grafico sottostante, (FIGURA 2) sono riepilogate le principali modalità di accadimento, per l'anno 2022.

Figura 2 modalità infortunio anno 2022



Le cadute e tutte le modalità di urto o traumatismo (schiacciamenti, piede in fallo, movimenti scoordinati...) rappresentano il 37% degli infortuni totali.

L'infortunio in itinere rappresenta il 23%, quello derivante da movimentazione di pazienti o attrezzature il 21%, quello da aggressione da parte di terzi il 4,9%

1.b Distribuzione delle denunce per Dipartimenti/Macro organizzazioni.

Focalizzando ora l'attenzione sul totale degli infortuni (346), si evince che l'articolazione organizzativa maggiormente colpita dal fenomeno infortunistico è la Direzione Assistenziale Tecnica e Riabilitativa (DATeR), essendo quella più numerosa, con n. 302 operatori coinvolti (87%), di cui 6 (2%) afferenti all'Area DaTeR IRCCS -tabella3.

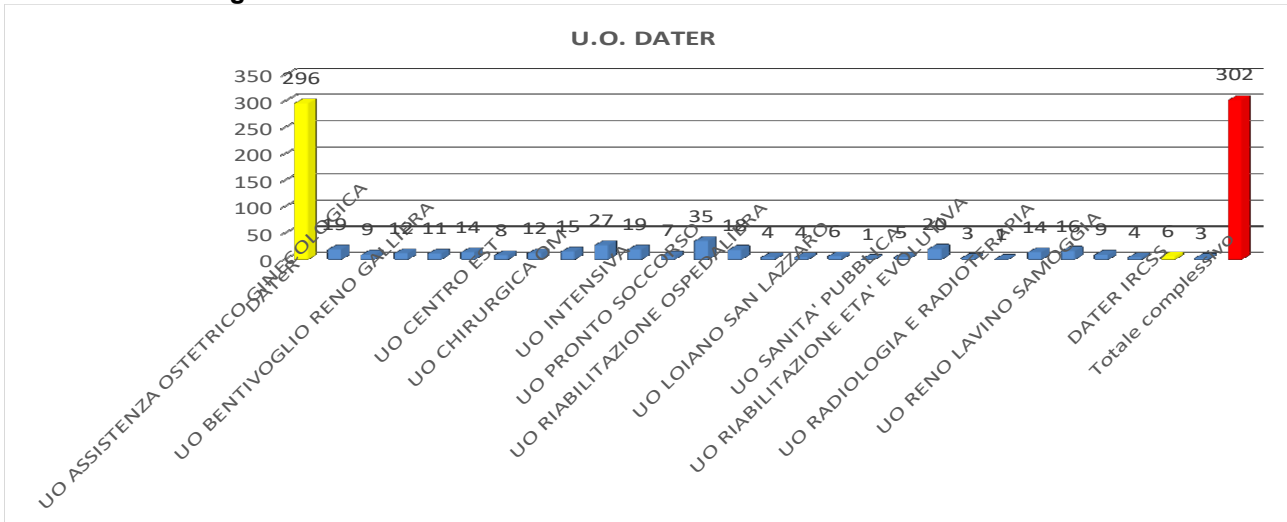
Tabella 2 suddivisione degli infortuni per Dipartimenti e Macro Aree



Focus sulla Direzione Assistenziale Tecnica e Riabilitativa: distribuzione per Unità Organizzative

Nella tabella 3 sono rappresentate le Unità Organizzative afferenti al DATeR e la numerosità del fenomeno infortunistico.

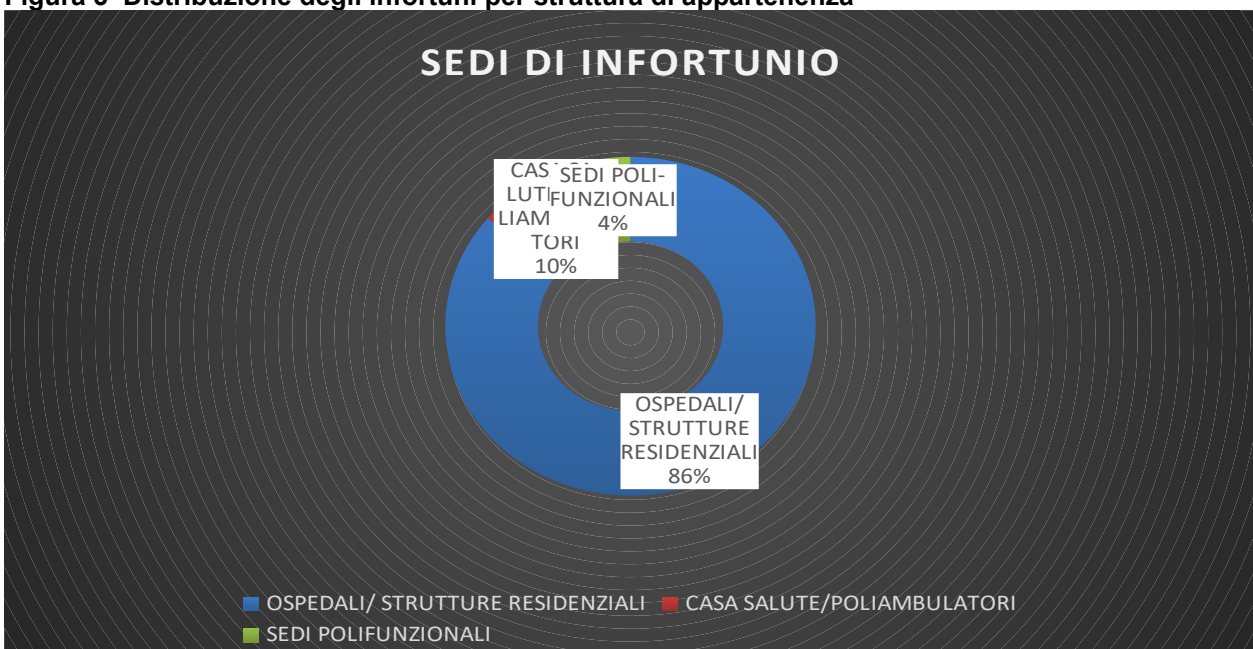
Tabella 3 Unità Organizzative DATeR



1.c Distribuzione delle denunce per struttura di appartenenza

Nell'86% (298 casi), l'infortunio è stato denunciato da operatori afferenti a strutture ospedaliere (oltre a quelle della ASL di Bologna, anche IOR, Sant' Orsola, Villa Erbosa); nel 10%, pari a 35 casi, da operatori afferenti a Poliambulatori e Case della Salute, il 4% (pari a 13 casi) da operatori afferenti a Strutture Polifunzionali varie.

Figura 3 Distribuzione degli infortuni per struttura di appartenenza

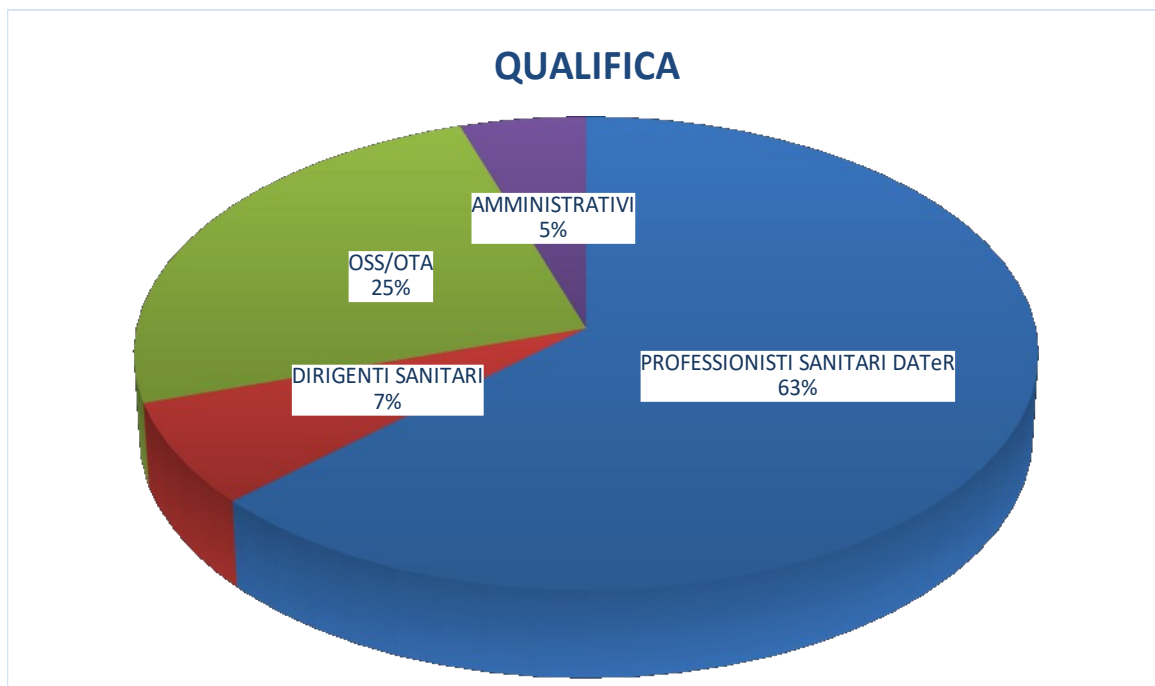


1.d Distribuzione delle denunce per qualifica

In 219 casi (63%) gli operatori coinvolti appartengono all'area delle professioni sanitarie (di cui 177 sono infermieri); in 85 casi, pari al 25%, appartengono all'area tecnica (OSS e OTA); in 49 casi, pari al 7%, all'area della Dirigenza Sanitaria (di cui 19 Dirigenti medici) e in 17 (5%) appartenenti

all'area amministrativa.

Figura 4 Distribuzione degli infortuni per area professionale



Capitolo 2

2. 1 INFORTUNI A RISCHIO BIOLOGICO

Col termine **esposizione a rischio biologico**² si intende ogni contatto con sangue o altro materiale biologico, sia derivato da puntura o ferita con aghi o altri oggetti taglienti (contatto percutaneo), che da spruzzi o spandimenti su mucose o cute non integra (contatto muco-cutaneo). Per **esposizione occupazionale**³ si intende qualsiasi esposizione accidentale a rischio con materiale biologico potenzialmente infettante, durante l'attività lavorativa.

Gli infortuni a rischio biologico in Azienda Usl di Bologna subiscono costantemente una flessione da qualche anno a questa parte, come si evidenzia nella figura 1 di pag 2.

Questo andamento consolidato è la conseguenza diretta nell'implementazione in AUSLBO dei dispositivi medici dotati di meccanismo di sicurezza (NPDs)⁴, supportata da una appropriata e reiterata informazione, formazione e addestramento degli operatori sanitari, quale efficace strumento nel ridurre l'esposizione occupazionale alle punture accidentali e mostra un effetto sostenuto nel tempo⁵.

Nell'Azienda Usl di Bologna il numero di operatori che hanno denunciato un infortunio a rischio biologico nel corso del 2022 ammonta a 97⁶(tabella 5). A questo proposito va comunque ricordato che la stima della mancata denuncia relativa ai soli eventi in seguito a esposizione percutanea

² Fonte PINT30

³ Fpnte PINT30

⁴ Needlestick prevention devices

⁵ Linee di indirizzo e criteri d'uso dei dispositivi medici con meccanismo di sicurezza per la prevenzione di ferite da taglio o da punta- Regione Emilia Romagna 2015

⁶ Fonte UOS Medicina Preventiva

raggiunge elevate percentuali, pari a circa il 50% dei casi ⁷.

2.a Le principali cause di infortunio

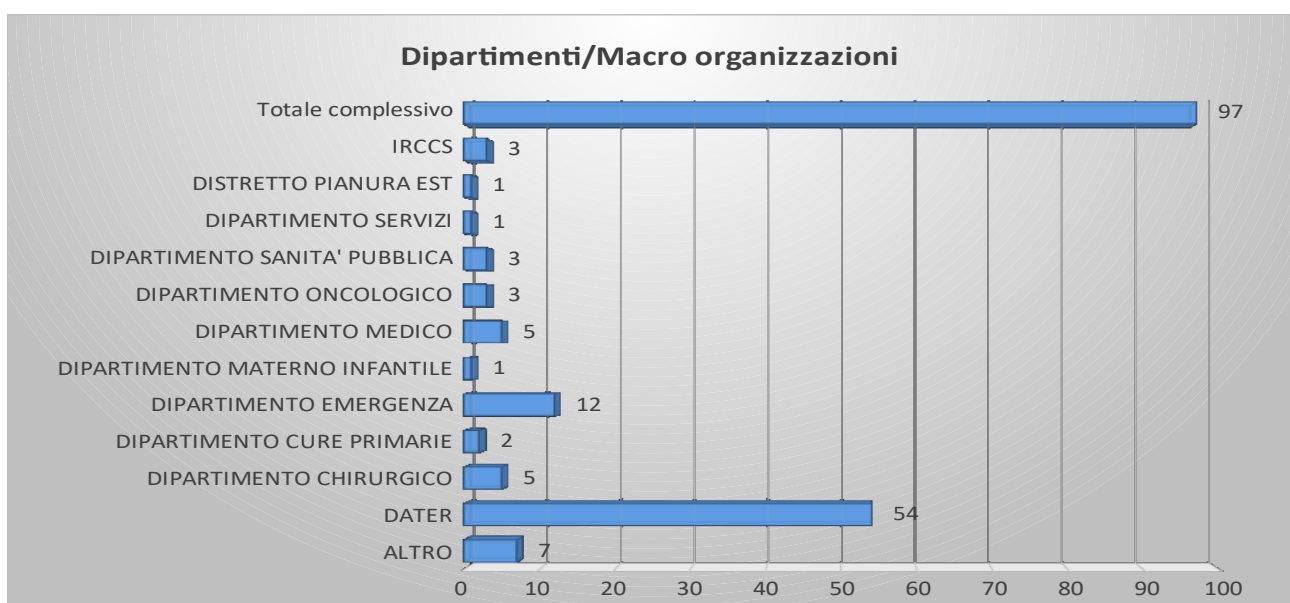
La tipologia di infortunio maggiormente rappresentativa è quella **percutanea**, rappresentata da puntura, lesione da tagliente, graffio con il 75 % dei casi (pari a 73 infortuni) contro il 25% (pari a 24 infortuni) delle contaminazioni con materiale biologico a rischio (**muco cutanea**), dato in linea con la casistica nazionale.



2.b Distribuzione degli infortuni per Dipartimenti/Macro organizzazioni.

La Direzione assistenziale tecnica e riabilitativa (DATeR) è l'articolazione organizzativa maggiormente coinvolta con il 56 % di operatori (54 operatori).

Tabella 1 Infortuni biologici 2022- distribuzione per Dipartimenti e Macro organizzazioni

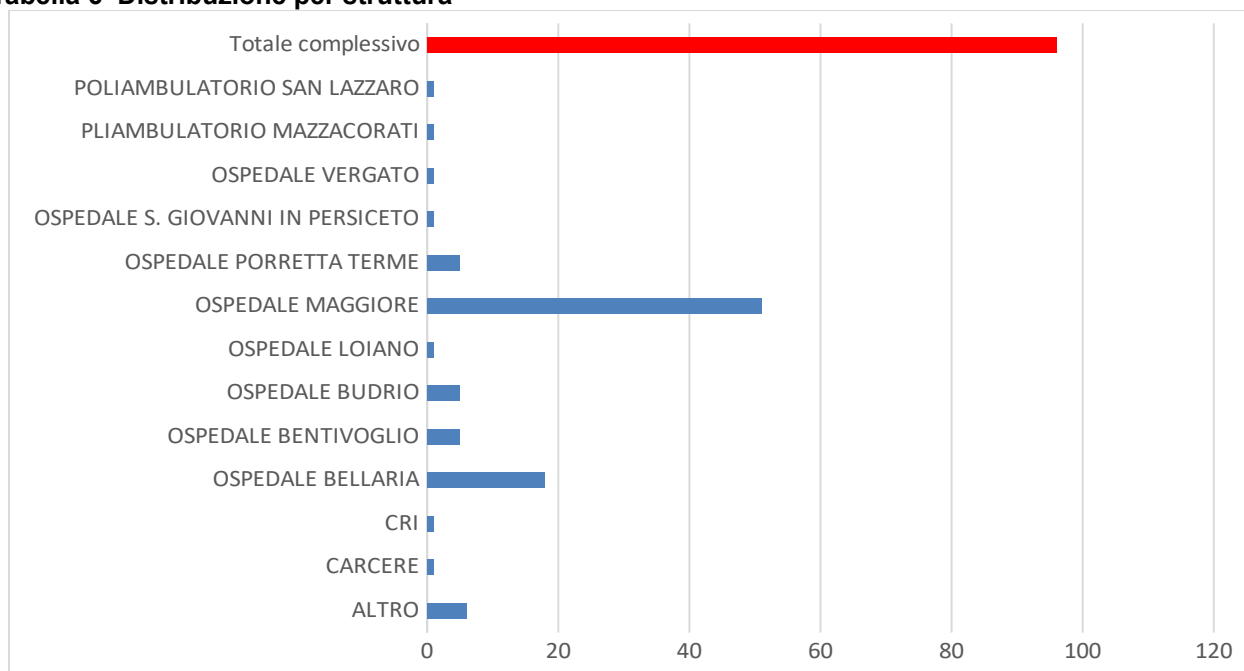


⁷ Gruppo di Studio PHASE . 2012

2.c Distribuzione degli infortuni per struttura di appartenenza

Nel grafico sottostante sono rappresentate le Strutture in cui sono occorsi gli infortuni.

Tabella 6 Distribuzione per struttura



2.d Distribuzione delle denunce per qualifica

La **figura professionale** che ha denunciato il maggior numero di infortuni è l'infermiere (50 infortuni pari al 52%), a seguire il Medico (29 pari al 30%) e altre figure professionali come l'OSS, il Tecnico di EEG e di Laboratorio, l'Autista e il soccorritore volontario (18 pari al 18%).

In Azienda i dispositivi medici responsabili d'infortuni a rischio biologico sono raggruppati nelle seguenti tipologie:

1. gli aghi cavi 32/77 casi noti (42%),
2. l'ago montato su siringa 26 casi su 77 noti (34%),
3. taglienti vari 16 casi su 77 noti (21%).

La **sierologia del paziente fonte** (su 94 casi) è :

- ✚ 72% negativa
- ✚ 8,5% ha almeno una positività per HBV o HCV o HIV
- ✚ 7,5% dei casi è sconosciuta
- ✚ 12% non testata

a tale proposito va ricordato che la valutazione della sierologia della fonte, qualora identificabile, è soggetta a consenso informato del paziente, e come tale può essere negata.

Nel 91 % dei casi noti (85/93), il **materiale biologico implicato** nell'infortunio è il sangue, seguito da e urina per il 2% (2/93), liquido cerebro spinale (1% 1/93) e da un 5% di materiale biologico vario.

Gli infortuni occorsi con l'utilizzo di dispositivi dotati di meccanismo di sicurezza rappresentano il 9% dei casi noti (8/87).

Dall'analisi effettuata in sede di infortunio con l'utilizzo della scheda SIROH⁸, risulta che di questi infortuni percutanei 3 sono causati da ago a farfalla, 1 da ago cannula, 2 da aghi cavi e 2 da siringhe per emogasanalisi.

Per quanto riguarda la **consulenza infettivologica**, nel 65% dei casi il Medico di PS o di reparto, che ha valutato l'infortunio, ne ha attivato la richiesta (sia telefonica che in presenza), mentre nella restante parte non si è ravvisata la necessità sia per la tipologia di materiale biologico implicato (a basso rischio di trasmissione di infezione) o per la negatività del paziente fonte.

Nel 7 % dei casi (7/95) è stata prescritta la **profilassi post esposizione (PPE)** per HIV, che rimane comunque l'unico efficace strumento di prevenzione secondaria in seguito ad esposizione a fonte HIV positiva ;in due casi è stata raccomandata ma rifiutata dall'operatore.

Per quello che riguarda gli indicatori della Procedura Interaziendale P INT 30 " norme di comportamento in caso di Infortunio a rischio biologico e principi di prevenzione ", si rileva:

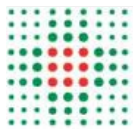
1° indicatore: % di operatori infortunati che si presentano in PS/Medico di reparto dopo 4 ore dall'infortunio/totale operatori infortunati (valore atteso < 10%): 12,7%.

2° indicatore: % di operatori infortunati che si presentano alla MDL/SPPA oltre i 3 gg lavorativi (valore atteso <10%): **22,6%**

3° indicatore: % di operatori infortunati siero-convertiti/totale operatori infortunati che hanno seguito il percorso definito (valore atteso 0): 0.

PREVENZIONE DEGLI EPISODI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI Redazione a cura di Ing. Bazzan UO Servizio Prevenzione e Protezione RSPP e Dott.ssa Bignami Staff Direzione DATeR	
Letteratura/Normativa di riferimento	Raccomandazione n. 8/2007 Ministero della Salute "Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari" 13/02/2020 - Linee di indirizzo della Regione Emilia Romagna per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari e socio-sanitari. Legge 14 agosto 2020 n. 113 , recante: " <i>Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni</i> "
Descrizione dello strumento/fluxo informativo	Database segnalazioni aziendali secondo il flusso previsto dalla Procedura Aziendale P110 "Prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori" cruscotto infortuni INAIL
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Il gruppo multidisciplinare afferente alle UU.OO. SPP, Medicina Legale e risk management, Accoglienza, DSM-DP raccoglie e valuta le segnalazioni identificando le criticità e operando valutazione del rischio specifica.

⁸ Studio Italiano sul Rischio Occupazionale da HIV Servizio di Epidemiologia dell'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "L. Spallanzani".



	<p>SONO STATE SEGNALATE 273 AGGRESSIONI; il 75% ai danni di operatrici femmine e il 25% ai danni di operatori maschi, con netta prevalenza del personale infermieristico (63% dei casi).</p> <p>Il 71% degli episodi di violenza si è verificato nelle strutture ospedaliere, il 27% negli ambulatori territoriali e nelle Case della Salute, L'1,5% nella Casa Circondariale di Bologna e nell'Istituto di Pena Minorile di Bologna.</p> <p>Si confermano aree a maggior rischio i servizi afferenti al DSM-DP, Emergenza 118, Assistenza Domiciliare, Continuità Assistenziale e Front Office</p> <p>Tipologia di aggressore: paziente nel 65% dei casi (10% con disturbo psichiatrico, 30% sotto effetto di sostanze psicotrope), familiare/conoscente di paziente nel 33% dei casi, visitatore nell'1%.</p> <p>Esito dell'aggressione, valutato sulla base della classificazione di incident reporting: nessun esito nel 92% dei casi, esito minore nel 3,3%, esito moderato nel 4%, esito tra moderato e significativo nel 1%.</p> <p>UN SOLO EVENTO SENTINELLA - infortunio sul lavoro con prognosi 32 giorni.</p>
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	<p>AGGIORNAMENTO DOCUMENTO VALUTAZIONE DEI RISCHI da aggressione</p> <p>FORMAZIONE SPECIFICA DI LIVELLO 1 E 2 (VEDI RELAZIONE) per un totale di 317 operatori formati</p> <p>SUPPORTO PSICOLOGICO DEGLI OPERATORI RICHIEDENTI, VITTIME DI AGGRESSIONE, DA PARTE DEL GRUPPO BENESSERE LAVORATIVO SPP</p> <p>AUDIT SU EVENTO AGGRESSIONE SPDC MAGGIORE</p>
Valutazione risultati e prospettive future	<p>Alla luce dell'analisi effettuata, il numero totale di segnalazioni risulta in incremento costante dall'anno 2019.</p> <p>Si ritiene opportuno per il prossimo futuro:</p> <p>ORGANIZZARE SPECIFICA INIZIATIVA DI SENSIBILIZZAZIONE IN OCCASIONE DELLA GIONATA NAZIONALE CONTRO LA VIOLENZA AGLI OPERATORI SANITARI</p> <p>PROGETTARE FORMAZIONE LIVELLI 3 e 4, che prevede:</p> <p>addestramento specifico di coppie di operatori all'interno delle unità assistenziali a maggior rischio - livello 3</p> <p>formazione specifica di un trainer nelle UU.AA. per addestramento e formazione continui - livello 4</p>

LA VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI DELL'AUSL BOLOGNA (ANNO 2022)

Nel corso dell'anno 2022 Il gruppo aziendale per la prevenzione ed il monitoraggio degli episodi di violenza⁹ ha proceduto a revisionare la procedura P110 AUSLBO "La gestione degli episodi di violenza", di prossima pubblicazione nella revisione 2 (in corso di approvazione UO Qualità e accreditamento e relazioni col cittadino).

Le principali modifiche introdotte con la revisione del documento sopracitato sono le seguenti:

- adeguamento alle Linee di indirizzo della Regione Emilia Romagna per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari e socio sanitari del 13 febbraio 2020;

⁹ Componenti:

Coordinatore: Dr. ssa Concetta Mazza UO SPP ; Dr.ssa Annalisa Robbiani e Dr.ssa Giulia Sisti Gruppo Benessere UO SPP-- Dr.ssa Francesca Novi UO Accoglienza - Simonetta Bignami Staff Direzione DATeR - Dott.ssa Anna Pasetti Dr.ssa Barbara Poluzzi UO Medicina Legale Risk Management -Dr.ssa Franca Bianconcini -Processo assistenziale nella Salute Mentale - Dr.ssa M.G. Fontanesi e Dr.ssa Giulia Cremante Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze patologiche



- aspetti legali a seguito dell'approvazione della **Legge 14 agosto 2020 n. 113**, recante: *“Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni”* pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 9 settembre 2020;
- nuove modalità di attivazione del Gruppo promozione benessere lavorativo da parte dell'operatore vittima di violenza e possibilità di consultare la UO Affari generali e legali, qualora emergessero dei risvolti di natura legale;
- sensibilizzazione dei lavoratori sull'importanza della segnalazione dell'episodio di violenza subita da parte di terzi, ribadendo il concetto che non sono contemplati gli episodi agiti da parte di altri operatori

1. INTRODUZIONE

In seguito alla stretta collaborazione tra il Coordinatore Infermieristico UO Medicina Legale Risk Management ed il referente DATeR Percorsi Professionali Sicurezza dei Processi Gestione del Rischio Clinico - Area Territoriale, sono state gestite tutte le segnalazioni pervenute con modalità on line e monitorato il loro andamento con l'implementazione di un data base dedicato, al fine di individuare le cause degli episodi di violenza, valutare le aree maggiormente a rischio ed intraprendere azioni di miglioramento al fine della loro prevenzione. La raccolta di questi dati permette inoltre la trasmissione annuale del report al Centro Regionale dell'Emilia Romagna per la gestione del Rischio Sanitario e Sicurezza delle Cure.

Rimangono ancora alcune organizzazioni (se pur residuali) che non sono direttamente gestite dall'Azienda UsI e i cui operatori non hanno accesso alla intranet aziendale, ai fini della segnalazione on line, e per i quali si sta prevedendo una semplificazione del percorso (es. Fondazione Catis, Operosa etc..).

Sono stati pertanto analizzati, quindi considerati come atti di violenza a danno degli operatori dell'Azienda UsI di Bologna: **insulti e minacce anche telefonici e qualsiasi forma di aggressione fisica, psicologica o danneggiamenti ad oggetti, attrezzature etc.** agite sul luogo di lavoro da parte di soggetti esterni all'organizzazione (ad es. pazienti, familiari, utenti) che possano aver messo a repentaglio la salute e la sicurezza di un individuo.

Non sono stati analizzati episodi di violenza verbale o fisica messi in atto da soggetti interni (colleghi, Coordinatori, Direttori etc..).

2. I DATI DELL'AZIENDA USL DI BOLOGNA

Nel periodo compreso tra l'1.1.2022 e il 31.12.2022 sono pervenute tramite il sistema di segnalazione on line (accessibile dalla Intranet Aziendale) 283 segnalazioni, **di cui 10 definite improprie** in quanto agite da parte di altri operatori e che quindi sono state depennate dal conteggio totale.

Alcune segnalazioni sono **multiple** per uno stesso episodio e riguardano diversi profili professionali; per identificarle sono stati analizzati i singoli eventi (numero identificativo assegnato informaticamente alla segnalazione) riferiti ad una determinata struttura e Unità Assistenziale (UA) e/o Unità Operativa (UO).

L'esito relativo ad ogni singola segnalazione è stato valutato in base in base alla classificazione dell'incident reporting, ed in particolare:

- ✓ **Nessun esito** (livello 1-3):

l'aggressore è stato fermato prima che arrivasse all'operatore, l'operatore aggredito non ha riportato lesioni o ha riportato lesioni lievi che non hanno richiesto visita medica/osservazioni/monitoraggi

- ✓ Esito **tra minore e moderato** (Livello 4-6):

l'operatore aggredito ha dovuto sottoporsi a visita medica, osservazioni, monitoraggi, approfondimenti clinico strumentali, trattamenti semplici o complessi

- ✓ Esito da **significativo a severo** (livelli 7-8):

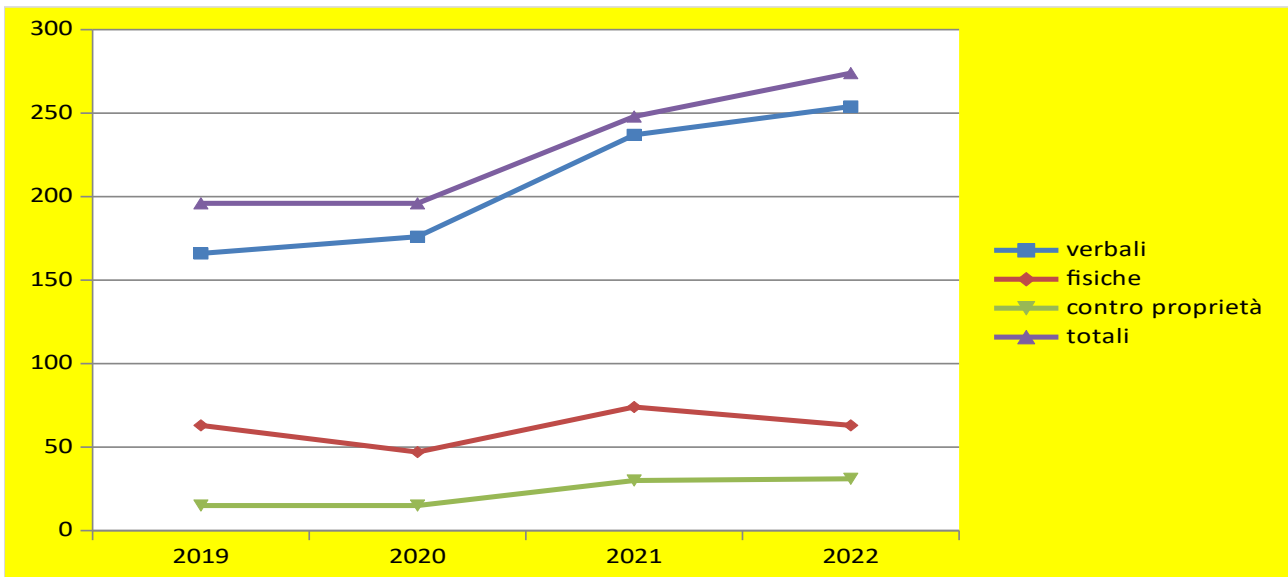
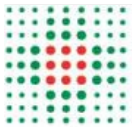
l'aggressore ha utilizzato corpi contundenti/armi, l'aggressore ha messo in pericolo di vita l'operatore, l'aggressione ha avuto una componente razziale e/o sessuale, l'operatore ha riportato una ferita profonda e /o un trauma maggiore o una prognosi superiore a 40 giorni o la necessità di un ricovero ospedaliero o un esito permanente nonché il decesso.

Sono inoltre stati considerati gli episodi che hanno determinato un infortunio sul lavoro ed i rispettivi giorni di prognosi. Si segnala a tal proposito che non tutti gli infortuni sul lavoro causati da aggressione da parte di terzi sono segnalati anche come episodio di violenza, attraverso il flusso previsto dalla P0110AUSLBO, oggetto di questa relazione, trattandosi di segnalazione su base volontaria.

Ogni evento di violenza segnalato può essere catalogato dall'operatore segnalante contemporaneamente come verbale, fisico o contro la proprietà; nel conteggio **totale** è classificato invece come un unico evento.

Nella tabella sottostante (tabella 1), si evidenzia l'andamento degli episodi di violenza a danno degli operatori nel periodo 2020- 2022.

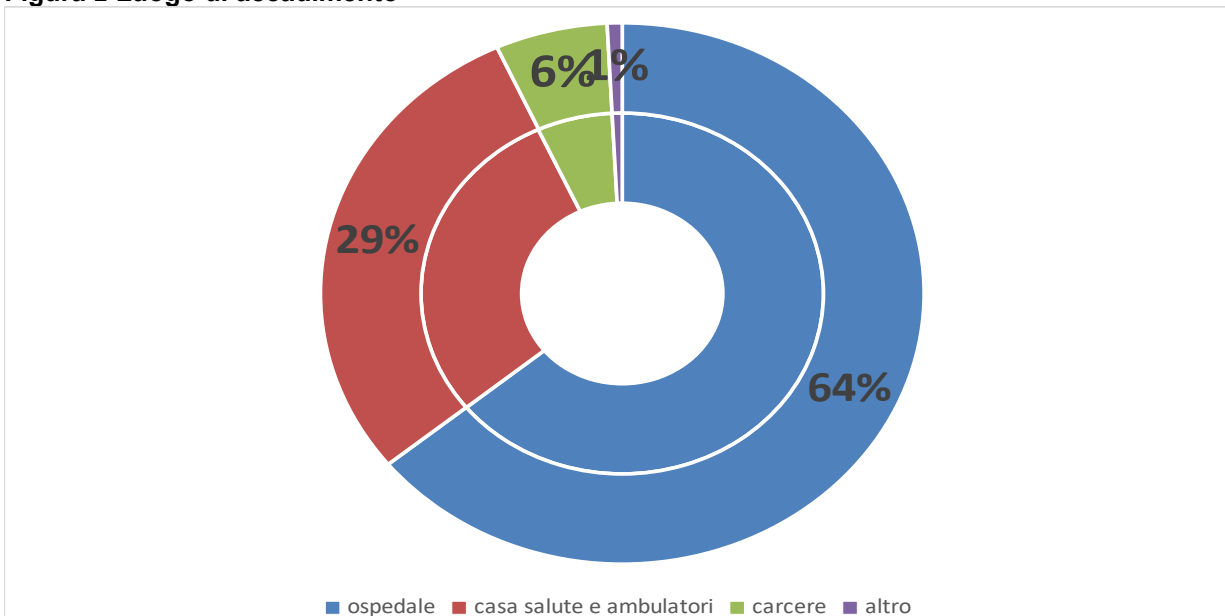
Tabella 1: Andamento episodi di violenza nell'AUSL BO



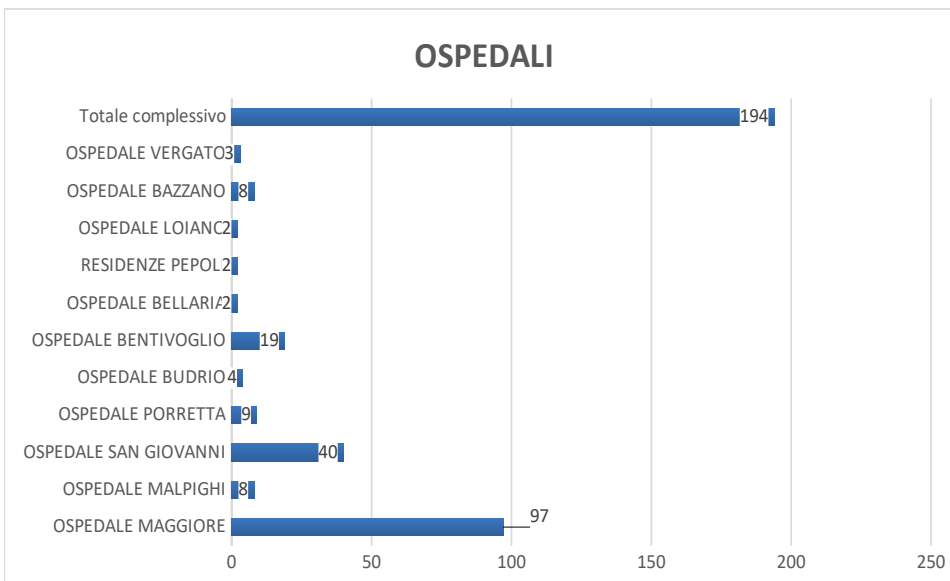
2.1 Luogo di accadimento

Il 71% degli episodi di violenza si è verificato all'interno delle strutture ospedaliere (comprese le strutture psichiatriche a carattere di degenza/residenza), corrispondente a 194 casi, mentre i Poliambulatori/ Ambulatori territoriali e le Case della salute sono state oggetto di aggressioni nel 27% dei casi pari a 73 segnalazioni. Si sono verificate 3 segnalazioni presso la Casa Circondariale Dozza e 1 presso l'Istituto di detenzione minorile Pratello (1,5% della totalità).

Figura 2 Luogo di accadimento



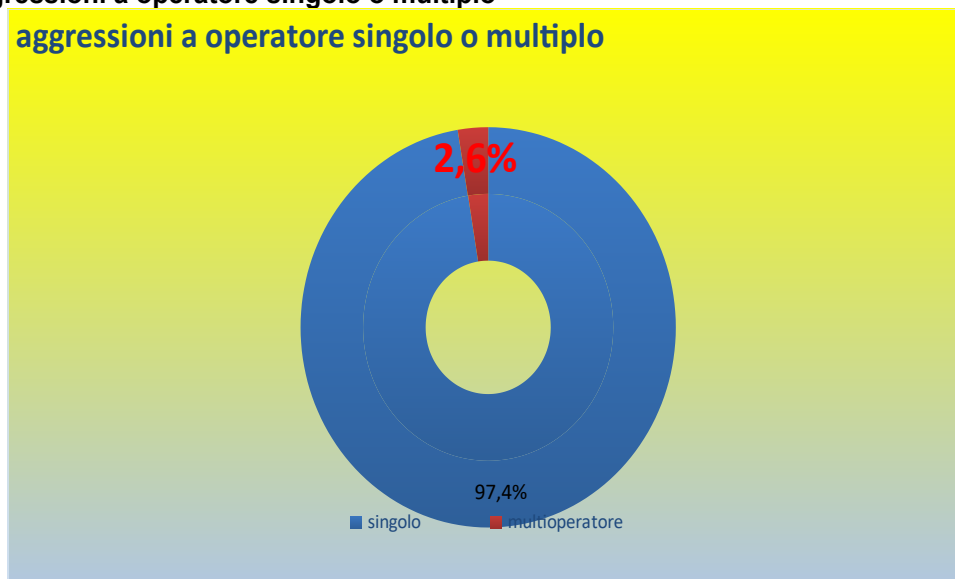
Per un ulteriore dettaglio gli Ospedali:



2.2 Numero degli operatori coinvolti

In considerazione del fatto che è possibile assegnare un episodio di violenza a più di un operatore, considerandolo come unico evento, su un totale di 273 aggressioni, quelle che hanno coinvolto più di un operatore sono state il 2,6%, pari a 7 casi, mentre quelli che hanno coinvolto un solo operatore sono state 266, pari al 97,4%(figura 2).

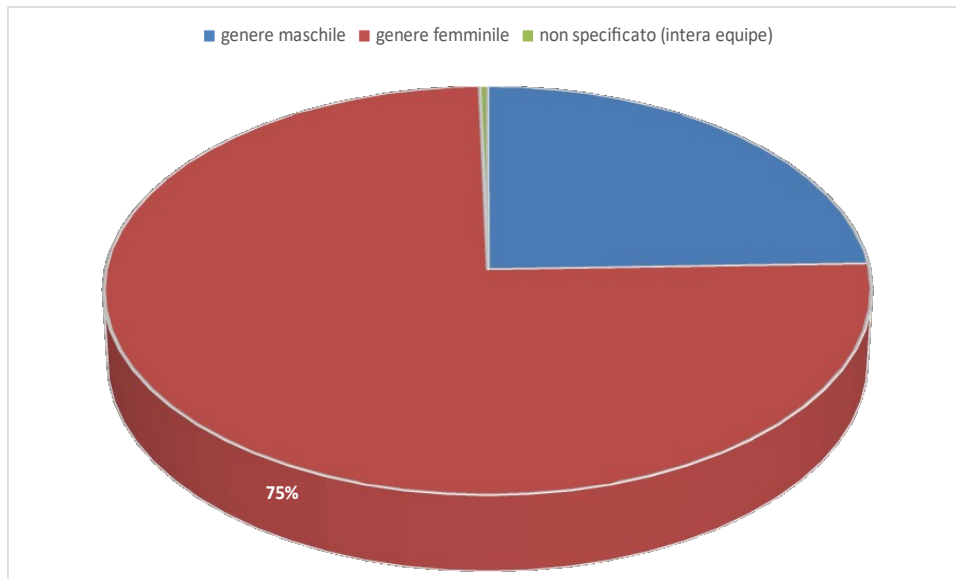
Figura 3 aggressioni a operatore singolo o multiplo



2.3 Distribuzione per genere e qualifica degli operatori coinvolti

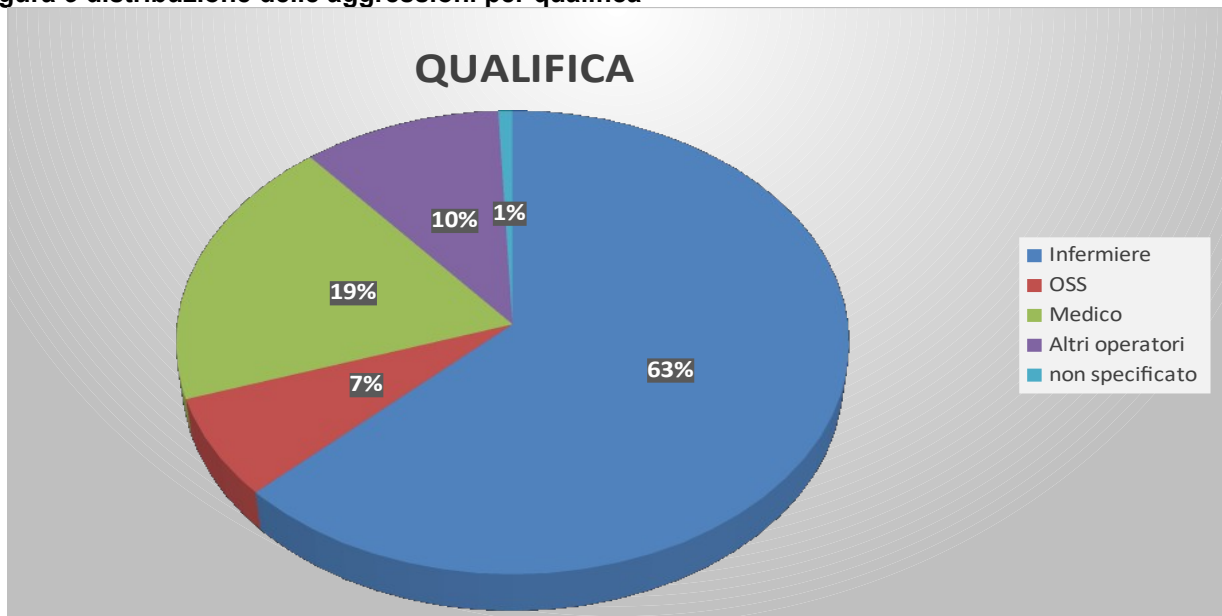
Su un totale di 273 episodi di aggressione segnalati, il 75 % ha coinvolto operatori di genere femminile ed il 25% di genere maschile. In una sola segnalazione, l'episodio ha coinvolto tutti i componenti dell'equipe clinico- assistenziali presenti (segnalazione multipla), e in questo caso, non è possibile risalire al genere degli operatori segnalanti (figura 3).

Figura 4 distribuzione delle aggressioni per genere



L'analisi della **qualifica** degli operatori coinvolti rileva una netta prevalenza del personale infermieristico, coinvolto in 171 pari al 63% , mentre l'operatore socio sanitario (OSS) è coinvolto in 19 casi pari al 7%. Il medico è coinvolto in 52 casi, pari al 19% (in questa categoria sono stati raggruppati oltre ai Dirigenti Medici delle varie discipline, i Medici dei servizi di continuità assistenziale e i Medici di medicina Generale). Gli altri profili professionali sanitari tecnici e amministrativi e/o di front office coinvolti sono stati 28, pari al 10%.

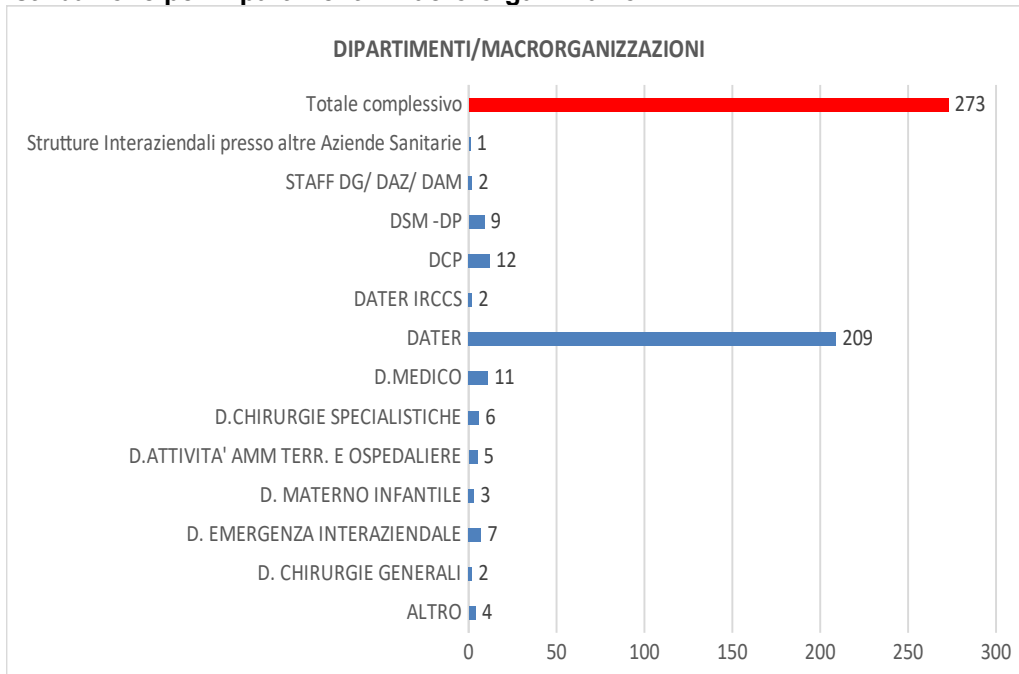
Figura 5 distribuzione delle aggressioni per qualifica



2.4 Distribuzione per Dipartimenti e Macro-organizzazioni

Sul totale di 273 segnalazioni, 211 hanno coinvolto personale afferente al DATeR, pari al 77%; all'interno dei Dipartimenti interessati la casistica delle segnalazioni è omogenea (figura 5).

Figura 6 Distribuzione per Dipartimenti / Macro-organizzazioni



Poiché la maggior incidenza del fenomeno avviene tra le figure assistenziali (infermieri e OSS) , in funzione anche del contatto diretto e prolungato col paziente e sono chiamate a gestire rapporti caratterizzati da forte emotività, si è provveduto ad analizzare ulteriormente il fenomeno nelle Unità Organizzative DATeR (UO) (figura 6).

Figura 7 Distribuzione per UO DATeR

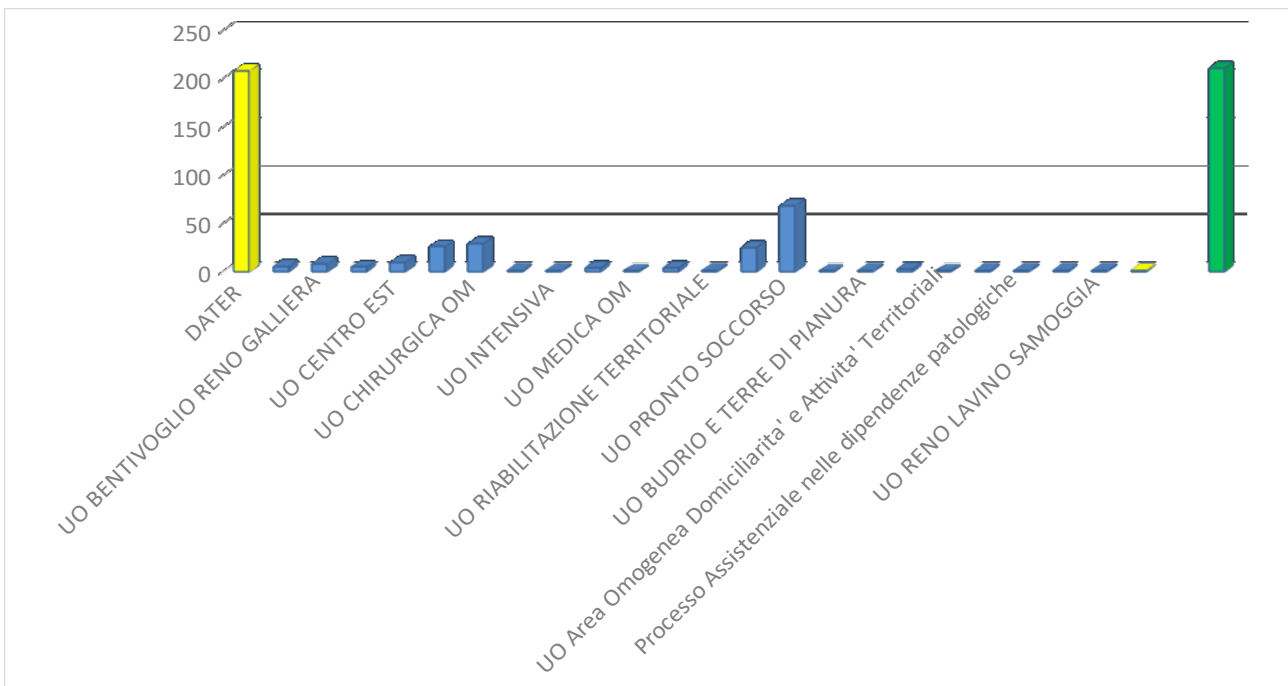


Figura 7 Distribuzione per UO DATeR con maggior numero di casi di aggressione

Delle 23 Unità organizzative DATeR /Processi Assistenziali coinvolti da episodi di aggressività da parte di terzi, quelle con un più alto numero di casi sono 5 (con 159 CASI SU 211):

UO CENTRO EST	10
UO CENTRO OVEST	26
UO CHIRURGICA OM	29
UO PRONTO SOCCORSO	69
UO SAN GIOVANNI PIANURA OVEST	25

2.5 Tipo di aggressione e tipo di aggressore

Delle 273 segnalazioni pervenute 253 sono state di tipo verbale, 63 di tipo fisico e 31 contro la proprietà (danneggiamento di oggetti, arredi, attrezzature etc..), considerando il fatto che in una unica segnalazione possono essere evidenziate anche più modalità di aggressione.

Per quanto riguarda **la tipologia di aggressore**, nel 65% (pari a 176 segnalazioni) dei casi trattasi di paziente (di cui il 10 % di paziente con disturbi psichiatrici e nel 30% di paziente sotto l'effetto di sostanze psicotrope alcol e droghe); nel 33% dei casi l'aggressore è un familiare o un conoscente e nell'1 % un visitatore.

Figura 8 : Tipologia di aggressore

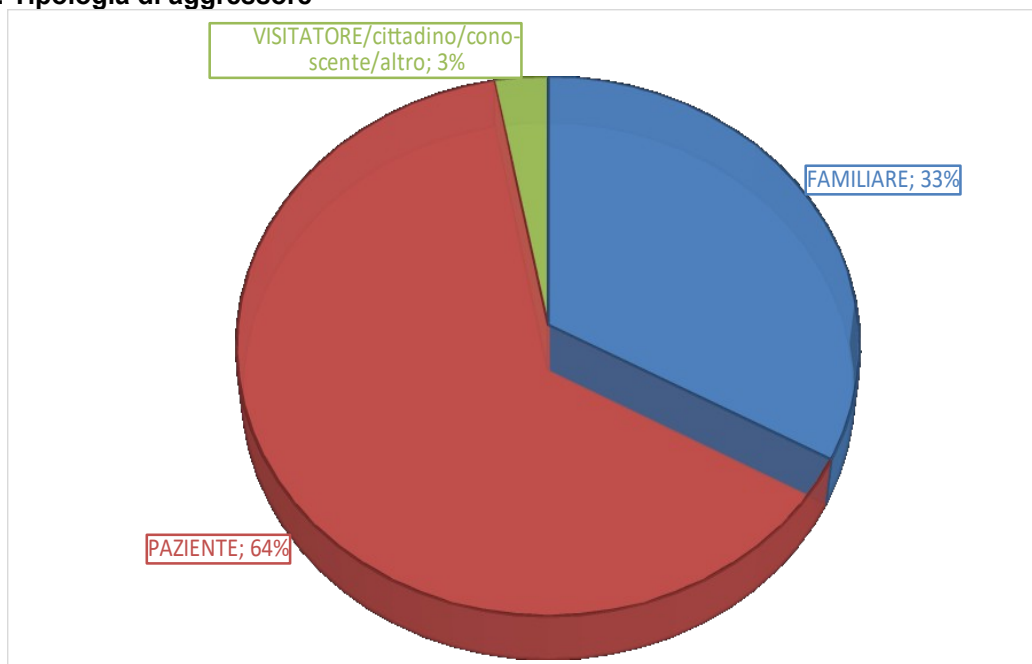
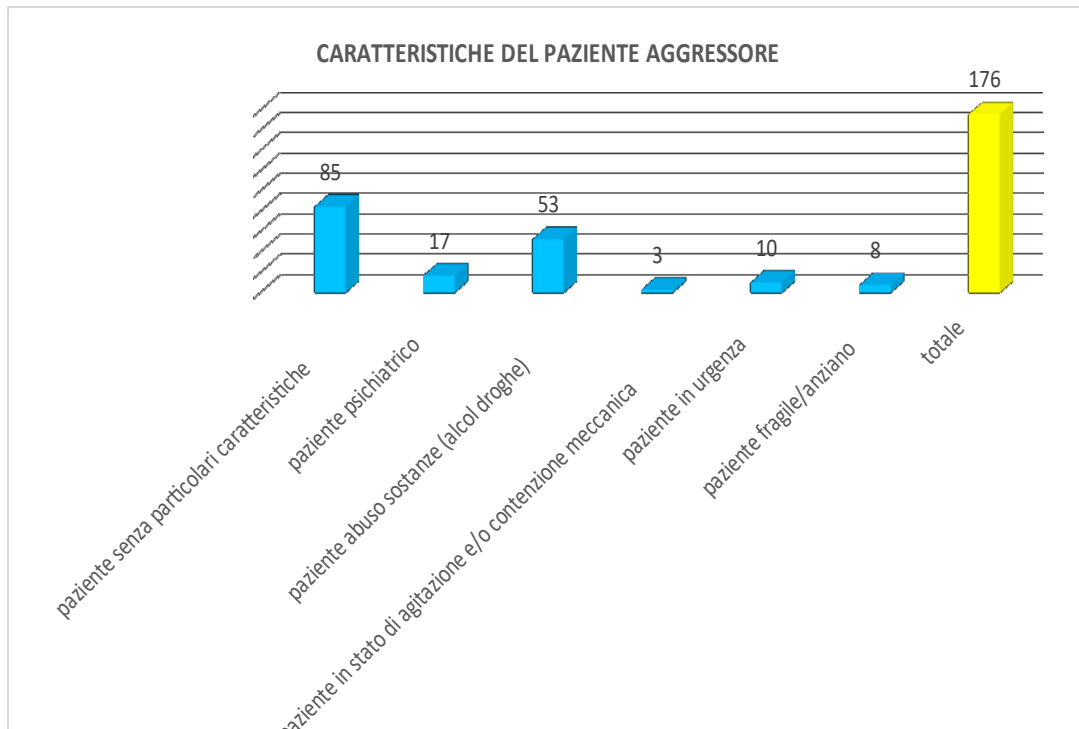


Figura 8.1 Tipologia di paziente



2.6 Esito delle aggressioni

L'esito delle segnalazioni è stato classificato in base alla classificazione dell'incident reporting evidenziato a pag. 2:

il 92% è stato classificato come "nessun esito" (251), il 3,3% come "esito minore" (9), il 4% come "esito moderato" (10), e 1% (3) come esito "tra moderato e significativo" (figura 9).

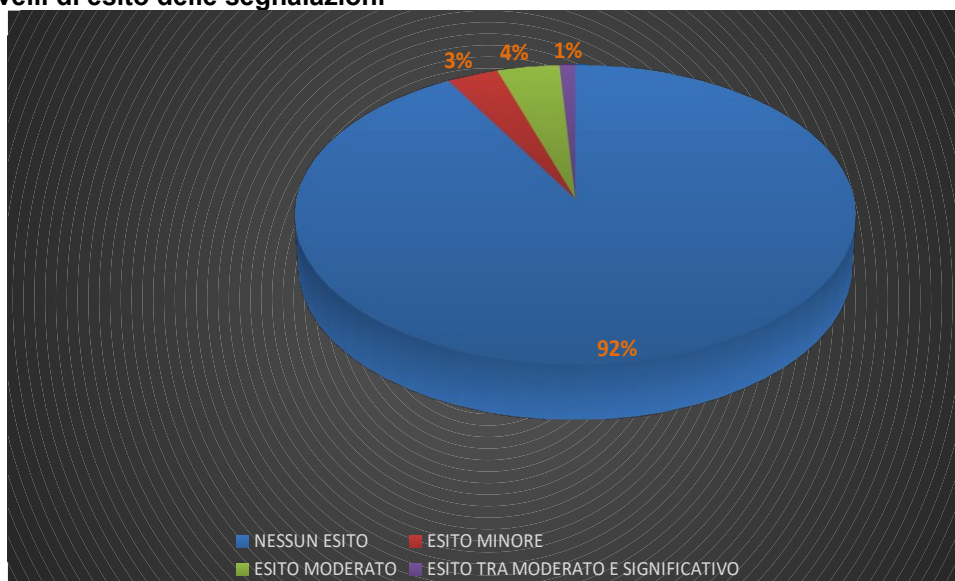
2.7 Infortuni sul lavoro e eventi sentinella

Si è verificato 1 solo evento sentinella, classificato come esito moderato, che ha comportato infortunio sul lavoro con prognosi di 32 giorni.

Gli operatori che hanno segnalato l'aggressione e che nel contempo hanno anche denunciato un infortunio sul lavoro all'INAIL, sono stati 26, pari al 9,5 % con un totale di giorni di assenza dal lavoro di 217.

Le qualifiche degli operatori coinvolti negli infortuni sul lavoro comprendono 3 medici (2 Dirigenti e 1 Medico di medicina generale), 17 infermieri, 3 OSS, 1 tecnico della riabilitazione psichiatrica, 1 agente di sicurezza e 1 autista soccorritore.

Figura 9 : Livelli di esito delle segnalazioni



In 60 casi (22%) è stato necessario richiedere l'intervento delle forze dell'ordine; in 18 casi (6,6%) è stata effettuata la segnalazione all'autorità giudiziaria.

3 Azioni di supporto per i lavoratori

Il gruppo benessere e contrasto al disagio lavorativo ha preso in carico due operatori, a seguito di evento aggressivo segnalato tramite la procedura aziendale P110AUSLBO.

A questi dati, estrapolati dal data base delle segnalazioni di aggressione, si aggiungono i dati già inviati recentemente al CUG, contenente anche i dati sulla formazione degli operatori.

<i>Eventi di violenza a danno degli operatori sanitari</i>							
<i>Procedura Aziendale - P110AUSLBO (data di Revisione: 27/01/2020)</i> <i>La gestione degli episodi di violenza</i>							
<i>Dati forniti: UO Medicina Legale e Risk Management (SC)</i>							
Anno	Totale Segnalazioni pervenute	Violenza Verbale	Violenza Fisica	Infortuni	Evento Sentinella	Danneggiamenti	N° Operatori Format* *
2019	196	257	82	27	3	15	244
2020	196	176	47	20	2	15	70
2021	248	229	74	22	1	30	30

2022	273	253	63	26	1	31	317**
------	-----	-----	----	----	---	----	-------

* **FORMAZIONE SPECIFICA**

- Titolo del corso “Violenza a danno degli operatori sanitari”
- Formazione frontale con utilizzo di mezzi audio/visivi, presentazione del “fenomeno” delle aggressioni a danno degli operatori (inquadramento generale e normativo, dati statistici e Procedura aziendale) lavori di gruppo, analisi degli eventi accaduti, modalità di comunicazione, tecniche di de-escalation.
- Destinatari del corso: Tutti gli operatori aziendali
- Coinvolgimento della Polizia di Stato nei corsi di formazione

FORMAZIONE OBBLIGATORIA

- Formazione in tema di aggressione a danno degli operatori sanitari ai sensi D. Lgs. 81/08 e s.m.i. dove viene affrontato anche il tema della violenza su operatori.

** La formazione obbligatoria erogata nel 2022 è così suddivisa:

226 operatori formati col corso base di 1° livello denominato “Violenza a danno degli operatori sanitari”, di cui sopra.

91 operatori formati con corsi specifici definiti di 2° livello denominati “Il rischio aggressione nelle strutture sanitarie - 2° livello”.

Finalità dell’evento Il corso si propone di: sviluppare conoscenze e competenze specifiche in tema di gestione del rischio di violenza a danno degli operatori e promuovere la cultura della salute e della sicurezza lavorativa di tutti gli operatori aziendali.

Competenze da acquisire al termine del corso il partecipante sarà in grado di:

Migliorare le capacità di decodifica e inquadramento delle situazioni aggressive e di conflitto

Gestire le crisi di aggressività nelle situazioni professionali

Individuare le modalità per prevenire e fronteggiare le crisi aggressive

Riconoscere e governare gli aspetti emotivi e relazionali nella gestione delle situazioni problematiche di aggressività dell’utenza;

Obiettivi formativi

Prevenire e gestire i comportamenti violenti a danno degli operatori attraverso l’individuazione precoce dei comportamenti a rischio

Gestione delle tecniche di de- escalation

Conoscenza dei principi di sicurezza e difesa personale.

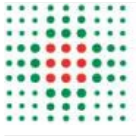
Imparare metodiche operative pratiche sicure per ridurre e controllare le situazioni di rischio ed evitare possibili incidenti.

Detti corsi (tenuti da due docenti diversi) hanno come target gli operatori del DSM-DP e del D.E.I e prevedono l’apprendimento di abilità tecniche nell’autodifesa con l’acquisizione delle competenze necessarie al divincolamento dalle prese e dai colpi e sulla messa in sicurezza del paziente.

La durata del corso è di 16 ore, suddivise in 4 giornate di 4 ore per il D.E.I. e 2 giornate di 8 ore per il DSM-DP e sono tenuti da personale adeguatamente formato sulle tecniche di autodifesa.

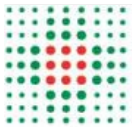
In particolare, su questa seconda tipologia di corso, sono stati formati 59 operatori del DSM-DP e 32 del D.E.I.

Requisito specifico per la partecipazione al corso di 2° livello è la partecipazione a quello base.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



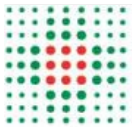
Lesioni da pressione		
Redazione a cura di Dr.ssa Alessandra Rossi, DATeR		
Letteratura/Normativa di riferimento	di	<ul style="list-style-type: none">- Direzione Generale Cura Della Persona Salute e Welfare, Settore Assistenza Ospedaliera – Area Farmaco e Dispositivi Medici, Gruppo Medic-RER “Guida della Regione Emilia-Romagna alla scelta appropriata dei dispositivi di medicazione” Bologna, giugno 2022- Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare Regione Emilia Romagna. Emergenza COVID 19 – Integrazione delle linee di indirizzo RER sulla prevenzione delle lesioni da pressione nell’assistenza ospedaliera e territoriale 2020- European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of PressureUlcers/Injuries: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2019.- Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare Regione Emilia Romagna. Linee di indirizzo regionali sulla prevenzione delle lesioni da pressione (LDP) 2018- 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- National Clinical Guideline Centre (NICE). Pressure ulcer prevention and management. (Clinical guideline 179.) April 2014.
Descrizione dello strumento/informativo	dello flusso	<p>Definizione</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</p>



	<p>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.</p> <p>Già dall'inizio degli anni 2000, l'Agenzia Sanitaria Regionale dell'Emilia-Romagna, Area di Programma e Governo Clinico, ha 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 varie degenze ospedaliere con un confronto diretto sui pazienti e una valutazione della documentazione sanitaria. Per le aree medico-geriatriche, che rappresentano uno i setting maggiormente a rischio, si raccolgono, inoltre, 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>Obiettivi</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 da tempo 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>
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	<p>Nel 2019 la prevalenza delle LDP nelle degenze ospedaliere aziendali è stata pari al 15%, sempre al di sotto dello standard di riferimento regionale del 18%. Nel 2020 e nel 2021 non è stato possibile raccogliere il dato in quanto, a causa della pandemia, sono state sospese le visite in presenza degli infermieri esperti nei setting assistenziali.</p> <p>Nel 2022 sono gradualmente riprese le visite; in particolare sono state effettuate in 4 Unità Assistenziali di area medico-geriatrica nel periodo ottobre-dicembre 2022, seguite da un piano di interventi correttivi sulle criticità rilevate.</p>



	<p>L'incidenza di LDP nelle aree medico-geriatriche nel 2019 è stata pari al 4,8%, mentre per il 2020 e 2021 non è stato possibile raccogliere il dato. Anche nel 2022, con l'introduzione della Cartella Clinica Elettronica in gran parte delle degenze, a causa del passaggio dalla documentazione assistenziale cartacea a quella informatica, non si è potuto procedere con la rilevazione.</p>
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>Nel 2020 L'Azienda USL di Bologna ha partecipato all'aggiornamento delle "Linee di indirizzo sulla prevenzione delle lesioni da pressione nell'assistenza ospedaliera e territoriale" della Regione Emilia Romagna (pubblicate a maggio 2020).</p> <p>Da queste si è proceduto alla stesura della Procedura Interaziendale P-INT 48 "Prevenzione Lesioni da Pressione" in collaborazione con l'AOSP S.Orsola-Malpighi, al fine di facilitare l'implementazione del documento regionale nelle due Aziende comprensive dell'assistenza territoriale di riferimento e attuare una formazione omogenea. Il documento, redatto da un numeroso gruppo interaziendale, è stato pubblicato nel marzo 2021 ed è tutt'ora in fase di implementazione sia a livello ospedaliero che territoriale.</p> <p>In quest'ottica è stato elaborato, e aggiornato ad aprile 2022, il materiale informativo per la prevenzione dei rischi nei soggetti fragili (tra cui le LDP) da consegnare alla dimissione o alla presa in carico del soggetto a domicilio, in corso di diffusione a partire dal Servizio di Assistenza Domiciliare.</p> <p>Inoltre, si è progettata e attivata la formazione specifica che per il 2022 ha visto il coinvolgimento, per l'area delle degenze a rischio, delle Unità Assistenziali dello Stabilimento di Bentivoglio e San Giovanni in Persiceto, per un totale di 148 partecipanti, sia infermieri che OSS. Le Piastre Operatorie aziendali sono state coinvolte nella formazione sulla prevenzione delle LdP in questo setting, per un totale di 86 infermieri formati.</p> <p>Per tutti coloro che si occupano di prevenzione delle LdP sia nelle degenze che sul territorio, in collaborazione con l'UA Dietetica si è attivata una formazione FAD sull'importanza della nutrizione in questo ambito che ha visto la partecipazione di 81 professionisti, sia infermieri che OSS.</p> <p>Si è ripresa anche la formazione nelle CRA, visto l'enorme turnover di personale a seguito della pandemia Covid-19: tale formazione si è ripetuta in 6 date da aprile a ottobre 2022 coinvolgendo tutte le strutture ricomprese nel territorio aziendale.</p> <p>In riferimento agli obiettivi di programmazione regionale 2022 si è proceduto all'attivazione di un seminario di approfondimento sulla valutazione, differenziazione e categorizzazione delle LdP anche al fine del rilievo del dato di incidenza.</p>



	<p>La Regione Emilia-Romagna ha predisposto già dal 2019, anche una Formazione a Distanza (FAD) per sensibilizzare gli operatori all'implementazione delle Linee di indirizzo regionali. Tale formazione è stata rilanciata nel 2021 e 2022 come propedeutica ai corsi aziendali sulla prevenzione delle LdP. È stata costruita, oltre a ciò, una pagina intranet dedicata alla condivisione dei documenti di best practice dove sono stati inseriti anche i link per la partecipazione alle FAD regionali inerenti il tema (https://intranet.internal.ausl.bologna.it/servizi/dg/area-governo-clinico/percorsi-clinico-organizzativi-1/pdta-ferite-difficili/documenti-utili).</p> <p>Dal 2019 si sono predisposti eventi formativi sulla prevenzione nelle Case di Riposo private e Case Famiglia e, in collaborazione con lo Sportello Assistenti Familiari dell'Unione Appennino, un evento per le "badanti" che è stato continuato online anche nel 2020, nel 2021 e nel 2022.</p> <p>Da ottobre 2022 è in corso una revisione dei contenuti della Cartella Clinica Elettronica che riguardano la valutazione del rischio di LdP ottimizzando l'uso della Braden, la creazione di uno spazio di inserimento del MUAC (circonferenza braccio per l'identificazione dei soggetti con e a rischio di malnutrizione) e la ridefinizione della pianificazione del piano di prevenzione in modo da renderlo più fruibile da parte dei professionisti.</p> <p>Inoltre, è in corso di aggiudicazione della gara Intercenter per il noleggio di materassi antidecubito per le degenze ospedaliere.</p>
Valutazione risultati e prospettive future	<p>Nel 2020 e 2021 è stato difficoltoso il coinvolgimento dei professionisti impegnati "in prima linea" mediante "audit " e feedback concreti. Nel 2022 si è ripresa tale attività per un numero limitato di degenze, ma si sta predisponendo per la ripresa di tale attività sul campo nel 2023 affinché sia fonte di motivazione e acquisizione di nuovo know-how nella logica dell'apprendimento collaborativo.</p> <p>L'informatizzazione in corso della documentazione, sia ospedaliera che territoriale, dovrebbe facilitare l'acquisizione di flussi informativi che permettono di monitorarne in maniera continua e sistematica il fenomeno.</p> <p>A seguito dell'aggiudicazione della gara Intercenter per il noleggio di sistemi antidecubito per le degenze si predisporrà l'addestramento del personale utilizzatore e si valuterà la possibilità di procedere alla richiesta di noleggio attraverso la Cartella Clinica Elettronica.</p> <p>Inoltre, si sta identificando un set di indicatori significativi da estrapolare direttamente dal flusso dati che riguarda l'incidenza delle Ldp e la scelta appropriata degli interventi di prevenzione. Nel 2023 si completerà la formazione delle Piastre</p>



	Operatorie sulla Prevenzione delle LdP e si predisporrà la formazione sulla scelta appropriata delle superfici antidecubito sia per i referenti delle degenze ospedaliere che per i fisioterapisti territoriali che si occupano di ausili, al fine di condividere in modo multiprofessionale i criteri appropriati di scelta e di utilizzo di queste superfici.
--	---

CONCLUSIONI

La sicurezza delle cure, ormai consolidato diritto che integra quello alla salute, costituisce per le Aziende Sanitarie obiettivo primario per garantire l'erogazione di prestazioni di elevata qualità.

La complessità intrinseca al Sistema Sanitario richiede un apparato di gestione del rischio basato su un approccio multidisciplinare e multiprofessionale integrato che, attraverso l'apprendimento continuo per il miglioramento, possa assicurare livelli di qualità e sicurezza delle cure via via crescenti. La raccolta dei dati, elemento essenziale per un'efficiente attività di prevenzione, è stata quindi potenziata al fine di favorire una lettura ed un'interpretazione integrata delle informazioni. In tale direzione, nel corso del 2022 è stato avviato a livello aziendale un percorso propedeutico all'attivazione, prevista per il 2023, del sistema di segnalazione regionale **SegnalER** al fine di uniformare i flussi informativi su tutto il territorio regionale e migliorare la qualità dei dati raccolti, garantendo una visione più ampia e completa della realtà e la possibilità di analisi multicentriche.

In tale contesto, volto al consolidamento della mappatura dei rischi, ma anche di un approccio proattivo, è stata implementata la rete di facilitazione aziendale al fine di potenziare la gestione del rischio già all'interno delle unità operative/unità assistenziali, cercando di favorire la consapevolezza e la cultura di responsabilizzazione dei professionisti sanitari sull'importanza della tematica. Nel corso del 2023 è previsto l'ulteriore rafforzamento della rete di facilitazione mediante il proseguimento delle attività formative dedicate e la verifica dell'individuazione dei componenti delle varie unità operative e assistenziali e della partecipazione alle iniziative di formazione.

Si ricorda in proposito, anche il prezioso ruolo di "alleato" interpretato dal paziente stesso, sempre più coinvolto in maniera attiva nei percorsi diagnostico-terapeutici e col quale implementare un dialogo diretto, su modello di quanto sviluppato in occasione della *Giornata Mondiale della Sicurezza del Paziente*, con preparazione di specifici opuscoli tematici e la realizzazione di molteplici punti informativi diffusi sul territorio.

Al fine di migliorare ulteriormente la qualità delle prestazioni erogate nella presa in carico del paziente, l'Ausl di Bologna ha inoltre avviato il percorso per l'accreditamento internazionale di eccellenza in accordo con i criteri previsti da Accreditation Canada, società leader mondiale nell'accreditamento delle organizzazioni sanitarie.

Un ringraziamento sincero per la preziosa e competente collaborazione assicurata e la professionalità dimostrata a tutti coloro che hanno fornito il proprio contributo a vario titolo alla stesura della relazione.