

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

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

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. In particolare

R. BARONI, UO Sistemi Informativi Aziendali (SC)

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

M.B. RONDINELLI UO Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale di Area
Metropolitana (SC)

F. COTTI, C. SACRIPANTI, Dipartimento Farmaceutico Interaziendale

G. FALASCA, Ingegneria clinica

D. BURIOLO F. LUGARESI 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

PREMESSA

La sicurezza rappresenta una componente ineludibile dell'assistenza sanitaria e costituisce un elemento inderogabile per l'erogazione di prestazioni di elevata qualità.

Negli ultimi anni sono stati emanati molteplici provvedimenti legislativi di livello nazionale che, avendo qualificato la sicurezza delle cure come parte costitutiva del diritto alla salute e le attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario come interesse primario del Servizio Sanitario Nazionale, hanno imposto a tutte le strutture che erogano prestazioni sanitarie di attivare un'adeguata funzione di risk management per assicurare il monitoraggio, la prevenzione e la gestione del rischio sanitario ed hanno formalmente istituito organi di coordinamento nazionale e regionale con funzioni sia di osservatorio che di orientamento delle pratiche clinico-assistenziali verso criteri di sicurezza ed appropriatezza validati e condivisi.

La Legge 8 marzo 2017, n. 24, recante le *“Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”*, ha stabilito che la sicurezza delle cure è parte integrante del diritto alla salute, di portata costituzionale, ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività quale elemento imprescindibile per l'erogazione di prestazioni di elevata qualità, anche attraverso l'insieme delle attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie, a cui tutto il personale è tenuto a concorrere.

La fonte normativa succitata prevede che le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie predispongano una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto tali accadimenti e sulle conseguenti iniziative messe in atto, da pubblicare nel sito internet della struttura sanitaria.

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

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

Ben si comprende, pertanto, quale sia lo spirito che anima tali dettati normativi, ovvero quello di temperare diverse e molteplici: 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.

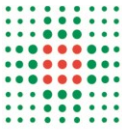
I dati più consolidati della letteratura convergono nel rilevare che le organizzazioni più affidabili sono quelle che mettono al centro della loro attenzione la misurazione ed il monitoraggio della sicurezza. Per garantire il massimo risultato è necessario l'utilizzo di molteplici strumenti di rilevazione che consentano una rappresentazione del sistema nella sua globalità, a partire dai rischi specifici dei singoli sottosistemi e delle interconnessioni tra questi, anche in considerazione della eterogeneità e complessità dei fattori che concorrono

alla sicurezza delle cure, tra cui fattori strutturali e tecnologici, organizzativo-gestionali, umani, legati agli utenti-pazienti, esterni all'organizzazione.

Una tale molteplicità e varietà richiede quindi un'ampia gamma di metodi di rilevazione per identificare i problemi relativi alla sicurezza del paziente, complementari tra loro, e 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.

Nel corso del 2023, oltre alle attività di monitoraggio delle diverse tipologie di accadimenti significativi per la sicurezza delle cure, della persona assistita e dei professionisti, per cui si rimanda al dettaglio delle singole schede descrittive riportate *a latere*, sono stati redatti e resi disponibili per gli operatori sulla rete intranet il Piano Programma per la Sicurezza delle Cure (PPSC), il Piano di Prevenzione delle Cadute (PAPC) e il Piano per la Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PPICA) di cui è stata data condivisione in sede di Collegio di Direzione e in occasione di incontri con il Coordinamento Aziendale dei Comitati Consultivi Misti Socio Sanitari.

È stato inoltre intrapreso il percorso di accreditamento internazionale all'eccellenza in accordo con i criteri previsti da Accreditation Canada, società leader mondiale nell'accreditamento delle organizzazioni sanitarie, con diversi progetti a carattere trasversale e multidisciplinari, accumulati, tra l'altro, da centralità della persona assistita, continuità assistenziale, integrazione (tra ospedale e territorio, tra sociale e sanitario, tra professioni diverse), coinvolgimento e partecipazione sia dei professionisti sia dei cittadini.

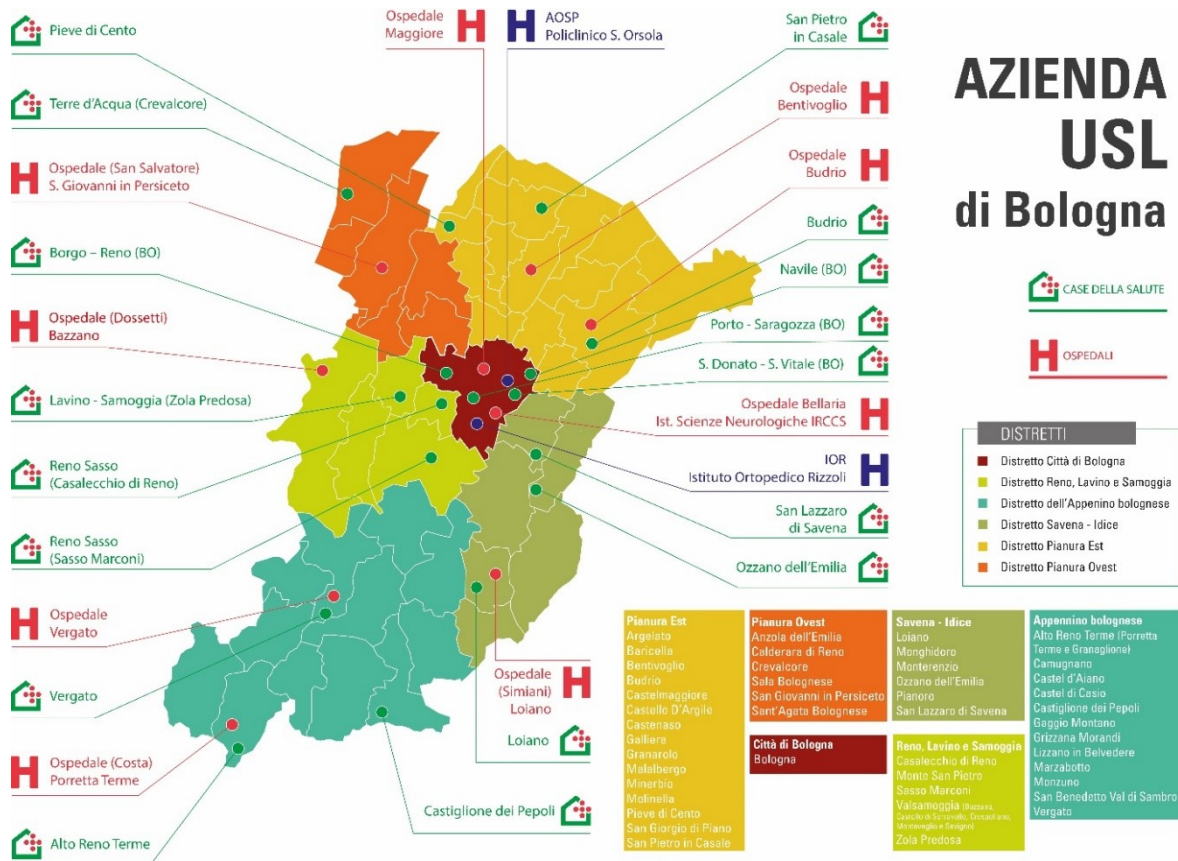


DESCRIZIONE DEL CONTESTO DI RIFERIMENTO

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 885.895 abitanti** (Popolazione residente all'1/1/2023 pubblicata annualmente dalla Regione Emilia-Romagna), distribuiti nei suddetti 45 comuni, suddivisi in 6 distretti.

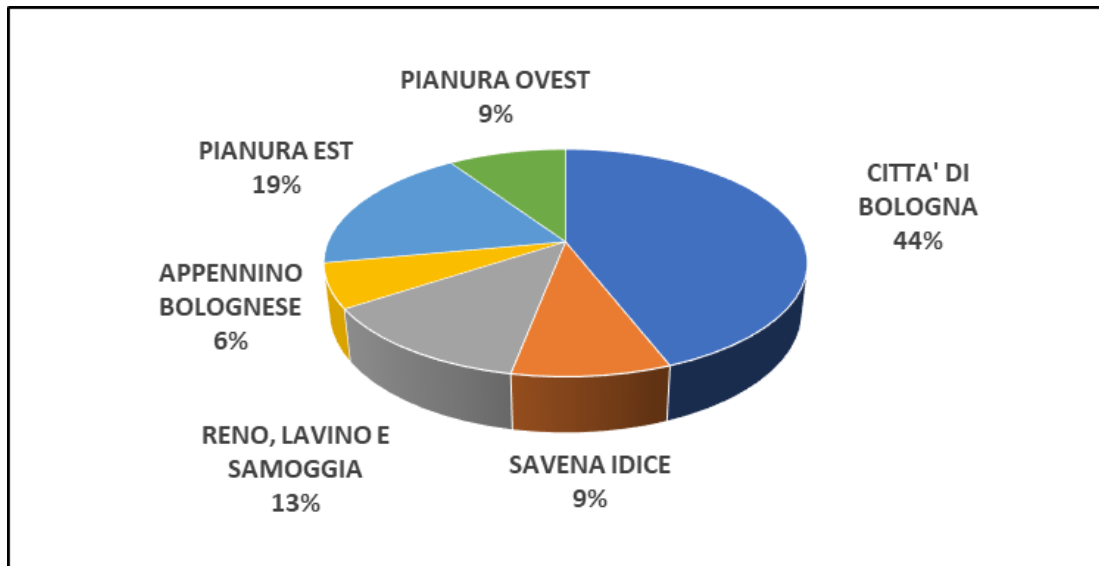
L'Azienda USL di Bologna si colloca al centro della Regione Emilia-Romagna, divisa in due dall'importante arteria stradale della Via Emilia: l'intero territorio passa dall'area appenninica adiacente alla Toscana a Sud (province di Pistoia, Firenze e Prato), all'area padana confinante a Nord-Est con la 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.

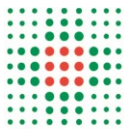
Gran parte della popolazione residente nell'Azienda USL di Bologna risiede nella Città di Bologna che rappresenta da sola il 44% di tutti i residenti.

La distribuzione della **popolazione residente all'1/1/2023** per Distretto, genere e classi di età è la seguente:



MASCHI E FEMMINE DISTRETTI	CLASSI DI ETÀ				
	0-13	14-64	65-74	≥75	totale
CITTA' DI BOLOGNA	41.341	253.584	40.868	54.761	390.554
SAVENA IDICE	8.597	49.627	9.759	11.175	79.158
RENO, LAVINO E SAMOGGIA	12.688	71.639	12.815	15.433	112.575
APPENNINO BOLOGNESE	5.522	34.968	7.516	7.799	55.805
PIANURA EST	19.768	106.282	18.502	19.795	164.347
PIANURA OVEST	9.925	54.065	9.270	10.196	83.456
Totale AUSL BO	97.841	570.165	98.730	119.159	885.895
<i>% per classi di età</i>	11,0	64,4	11,1	13,5	100,0

MASCHI DISTRETTI	CLASSI DI ETÀ				
	0-13	14-64	65-74	≥75	totale
CITTA' DI BOLOGNA	21.073	125.347	18.110	21.142	185.672



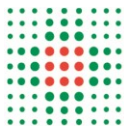
SAVENA IDICE	4.494	24.676	4.561	4.827	38.558
RENO, LAVINO E SAMOGGIA	6.515	35.624	5.975	6.479	54.593
APPENNINO BOLOGNESE	2.868	17.880	3.727	3.423	27.898
PIANURA EST	10.240	53.254	8.752	8.327	80.573
PIANURA OVEST	5.025	27.261	4.447	4.285	41.018
Totale AUSL BO	50.215	284.042	45.572	48.483	428.312
% per classi di età	11,7	66,3	10,6	11,3	100,0

FEMMINE DISTRETTI	CLASSI DI ETÀ				totale
	0-13	14-64	65-74	≥75	
CITTA' DI BOLOGNA	20.268	128.237	22.758	33.619	204.882
SAVENA IDICE	4.103	24.951	5.198	6.348	40.600
RENO, LAVINO E SAMOGGIA	6.173	36.015	6.840	8.954	57.982
APPENNINO BOLOGNESE	2.654	17.088	3.789	4.376	27.907
PIANURA EST	9.528	53.028	9.750	11.468	83.774
PIANURA OVEST	4.900	26.804	4.823	5.911	42.438
Totale AUSL BO	47.626	286.123	53.158	70.676	457.583
% per classi di età	10,4	62,5	11,6	15,4	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 1/1/2023:

Assistibili	CLASSI DI ETÀ	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
MODELLO FLS 11 Anno 2023	0 - 13 anni	49.156	46.542	95.698
	14- 64 anni	267.787	276.135	543.922



(scelte MMG e PLS)	65- 74 anni	44.559	51.778	96.337
	75 anni e oltre	47.800	68.889	116.689
	Totale assistibili	409.302	443.344	852.646

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 2023 la popolazione esente da ticket è composta da 130.977 assistiti esenti per età o reddito e da 172.893 assistiti esenti per altri motivi quali invalidità, malattie rare e patologie.

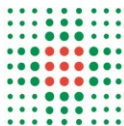
ASSETTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO

La Gestione del rischio e Sicurezza delle Cure in ambito aziendale è attuata ai sensi della Delibera Aziendale 342 dell’8/11/2018 “Definizione dell’assetto organizzativo aziendale per la Gestione del Rischio e la Sicurezza delle Cure”, che ne precisa attori e rispettivi ruoli, definendo una logica di sviluppo e integrazione caratterizzata da multidisciplinarietà e interprofessionalità.

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, quest’ultimo con funzioni consultive e di indirizzo, e rete di facilitazione, cooperano in maniera integrata per la definizione del piano aziendale di gestione del rischio e sicurezza delle cure e la sua estrinsecazione 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 2023 sono proseguite le 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 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, diffondendo la cultura della sicurezza e favorendo il confronto multiprofessionale.

Gli incontri di approfondimento svolti per l’analisi degli eventi segnalati dai professionisti rappresentano un’ulteriore occasione di diffusione della cultura del rischio in modo trasversale.



DATI DI PRODUZIONE E ATTIVITÀ

ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

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 1.242 unità al 31/12/2023, quelli convenzionati (accreditati) sono pari a 918 unità. Di seguito si riporta la tabella riassuntiva con PL ordinari, day hospital, day surgery suddivisi per presidio.

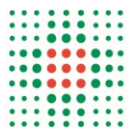
POSTI LETTO

MODELLO HSP12 - Presidi a gestione diretta ANNO2023 - (31/12/2023)

Cod. struttura	Denominazione struttura	Degenza. Ordinaria	Day Hospital	Day surgery	TOTALE
080053	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO - AZIENDA DI BOLOGNA	1.043	16	23	1.082
080153	ISTITUTO DELLE SCIENZE NEUROLOGICHE DI BOLOGNA	155	4	1	160
	Totale PL	1.198	20	24	1.242

Posti letto per Stabilimento dei Presidi a gestione diretta dell'Azienda USL di Bologna al 31/12/23:

Stabilimento	Degenza. Ordinaria	Day Hospital	Day surgery	TOTALE
OSPEDALE MAGGIORE	529	3	12	544
OSPEDALE BELLARIA	67	7	1	75
OSPEDALE BAZZANO	55	0	2	57
OSPEDALE PORRETTA TERME	67	1	5	73
OSPEDALE VERGATO	18	0	1	19
OSPEDALE LOIANO	24	0	0	24
OSPEDALE BENTIVOGLIO	131	2	1	134
OSPEDALE BUDRIO	53	0	0	53
OSPEDALE S. GIOVANNI IN PERSICETO	99	3	1	103
TOTALE PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AZ. USL DI BOLOGNA	1.043	16	23	1.082
IRCCS SCIENZE NEUROLOGICHE BOLOGNA	155	4	1	160
TOTALE AZIENDALE	1.198	20	24	1.242



**POSTI LETTO IN CASE DI CURA ACCREDITATE ANNO 2023 (31/12/2023) – MOD.HSP13
ALESSIA**

Cod. struttura	Denominazione e 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	99	0	2	101
080231	VILLA REGINA	VIA CASTIGLIONE 115 BOLOGNA	35	0	0	35
080255	OSPEDALE PRIVATO SANTA VIOLA	Via Della Ferriera, 10 BOLOGNA	62	0	0	62
Totale			897	3	18	918

Assistenza Territoriale

STATO DELL'ARTE

L'azienda opera mediante 308 strutture a gestione diretta e 373 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 e diretta	Gestione non diretta	TOTAL E
AMBULATORIO E LABORATORIO	79	64	143
S01 - ATTIVITA' CLINICA	46	21	67
S01-S02 - ATTIVITA' CLINICA-DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI	14	21	35
S01-S02-S03 - ATTIVITA' CLINICA-DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI- ATTIVITA' DI LABORATORIO	8	11	19
S01-S03 - ATTIVITA' CLINICA-ATTIVITA' DI LABORATORIO	2		2
S02 - DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI		5	5
S02-S03 - DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI-ATTIVITA' DI LABORATORIO		1	1
S03 - ATTIVITA' DI LABORATORIO	9	5	14
ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	210	4	214
S01 - ATTIVITA' CLINICA	1		1
S01-S02-S05-S06 - ATTIVITA' CLINICA-DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI- ASSISTENZA PSICHIATRICA-ASSISTENZA PER DIPENDENZE PATOLOGICHE	1		1
S01-S02-S06-S16 - ATTIVITA' CLINICA-DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PER IMMAGINI- ASSISTENZA PER DIPENDENZE PATOLOGICHE-ASSISTENZA DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE E DELL'ADOLESCENZA	1		1
S04 - ATTIVITA' DI CONSULTORIO MATERNO-INFANTILE	51		51
S05 - ASSISTENZA PSICHIATRICA	54		54
S05-S06-S07 - ASSISTENZA PSICHIATRICA-ASSISTENZA PER DIPENDENZE PATOLOGICHE-ASSISTENZA PERSONE CON INFEZIONE DA HIV	1		1
S06 - ASSISTENZA PER DIPENDENZE PATOLOGICHE	12		12
S08 - ASSISTENZA IDROTERMALE		4	4
S14 - VACCINAZIONI PER EMERGENZE PANDEMICHE	53		53
S16 - ASSISTENZA DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE E DELL'ADOLESCENZA	35		35
S18 - ATTIVITÀ DI CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE	1		1
STRUTTURA RESIDENZIALE	11	196	207
S05 - ASSISTENZA PSICHIATRICA	8	24	32
S06 - ASSISTENZA PER DIPENDENZE PATOLOGICHE		16	16
S07 - ASSISTENZA PERSONE CON INFEZIONE DA HIV		1	1
S09 - ASSISTENZA AGLI ANZIANI		89	89
S10 - ASSISTENZA AI DISABILI FISICI		63	63
S12 - ASSISTENZA ALLE PERSONE NELLA FASE TERMINALE DELLA VITA		3	3
S17 - ATTIVITÀ DI OSPEDALE DI COMUNITÀ	3		3
STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE	8	109	117
S05 - ASSISTENZA PSICHIATRICA	5	1	6
S06 - ASSISTENZA PER DIPENDENZE PATOLOGICHE	1	5	6
S09 - ASSISTENZA AGLI ANZIANI		53	53
S10 - ASSISTENZA AI DISABILI FISICI	2	50	52

TOTALE **308** **373** **681**

Medicina Generale

Relativamente alla medicina generale, l'Azienda opera mediante 643 medici di medicina generale (MMG) convenzionati che assistono complessivamente una popolazione pari a 772.259 unità, e 106 pediatri di libera scelta (PLS) convenzionati che assistono complessivamente una popolazione pari a 88.646 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 01/01/2023 contano 3.044 posti residenziali accreditati presenti sul territorio aziendale; 2.832 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 01/01/2023 contano 687 posti accreditati; 610 posti risultano acquistati attraverso il Contratto di Servizio dai Distretti di Committenza e Garanzia dell'Azienda USL.

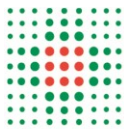
ANZIANI

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	319	311	1.778	1.776
RENO, LAVINO E SAMOGGIA	329	328	130	117	459	445
PIANURA EST	511	433	110	56	621	489
PIANURA OVEST	230	231	63	63	293	294
APPENNINO	187	160	15	15	202	175
SAVENA IDICE	328	215	50	48	378	263
AZIENDA USL BOLOGNA	3.044	2.832	687	610	3.731	3.442

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 01/01/2023 contano 224 posti accreditati presenti sul territorio aziendale; 208 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 01/01/2023 contano 593 posti accreditati presenti sul territorio aziendale; 521 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		CSR D		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 ATTIVITA' NEL PERIODO

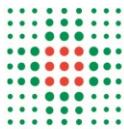
ASSISTENZA OSPEDALIERA

PRONTO SOCCORSO

L'Azienda USL nel corso del 2023 ha trasformato i PS di Budrio e Vergato in CAU con apertura h24 su 7 giorni. Pertanto non è più possibile fare un corretto confronto con i volumi di attività degli anni precedenti. Si registra comunque un aumento dell'1,64% degli accessi ai PS e pur sommando gli accessi ai CAU non si raggiunge il volume di accessi del 2019 (-7.7%).

TAB. A - ACCESSI AL PS PER SEDE E STRUTTURA – anni 2019-2022-2023 (fonte dati: CR-Afferiti)

Pronto soccorso	Anno			2023-2022	
	2019	2022	2023	Diff.	Diff. %
MAG-PRONTO SOCCORSO GENERALE	86.162	78.794	80.524	1.730	2,20%
MAG-PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO	20.654	15.041	16.934	1.893	12,59%
MAG-AMB. OSTETRICO-GINECOLOGICO	9.669	10.326	10.574	248	2,40%
BAZ - PRONTO SOCCORSO GENERALE	20.497	18.609	19.317	708	3,80%
BEN -PRONTO SOCCORSO GENERALE	36.141	32.204	34.353	2.149	6,67%
BUD - PRONTO SOCCORSO GENERALE (fino al 31/10/2023)	19.489	14.920	12.406	-2.514	-16,85%
LOI - PUNTO DI PRIMO INTERVENTO	6.032	5.460	5.698	238	4,36%
POR - PRONTO SOCCORSO GENERALE	12.427	13.055	13.386	331	2,54%
SGP - PRONTO SOCCORSO GENERALE	20.786	18.574	18.239	-335	-1,80%
VER - PRONTO SOCCORSO GENERALE (fino al 07/11/2023)	8.630	5.843	4.879	-964	-16,50%
Totale accessi	240.487	212.826	216.310	3.484	1,64%
di cui Rossi	5.390	5.764	5.981	217	3,76%
di cui Gialli	37.185	0	0	0	0,00%
di cui Arancioni	0	15.844	17.406	1.562	9,86%
di cui Azzurri	0	53.246	56.602	3.356	6,30%
di cui Verdi	155.897	109.006	107.934	-1.072	-0,98%



di cui Bianchi	41.975	28.905	28.335	-570	-1,97%
n° accessi in PS seguiti da ricovero (compresi pz. che hanno rifiutato il ricovero)	35.254	34.205	32.125	-2.080	-7,59%
Filtro Ricoverati/Accessi compresi Rifiuta Ricovero	14,66%	16,07%	14,85%	1,22%	-7,59%
n° pazienti trasferiti	2.650	3.832	3.560	-272	-7,10%
N. abbandoni dal PS	17.057	17.658	18.815	1.157	7,14%
Tasso di abbandono	7,09%	8,30%	8,70%	0,40%	0,00%
N° OBI	23.674	15.753	15.105	-648	-4,11%
OBI Ricoverati / Obi Totali	42,90%	47,04%	44,48%	2,56%	-5,44%
OBI Totali/Accessi Totali	9,84%	7,40%	6,98%	0,42%	-5,66%
N° Fast Track Totali	8.845	7.529	8.214	685	9,10%
N° Triage dinamici	0	20.667	26.431	5.764	27,89%

Si evidenzia anche un aumento degli accessi dei codici di maggiore gravità; Rossi +3,76%, Arancioni +9,86%, mentre una leggera flessione di quelli a bassa gravità: Verdi-1%, Bianchi --2%, le variazioni possono essere in parte attribuite all'apertura dei CAU verso la fine del 2023.

I CAU, che afferiscono alla rete assistenziale delle cure primarie, rappresentano un modello di applicazione del DM77 per gli aspetti relativi alla Continuità Assistenziale previsti nelle Case della Comunità; sono strutture territoriali destinate alla gestione delle urgenze sanitarie a bassa complessità clinico assistenziale che garantiscono, oltre alle prestazioni erogate dalla Continuità Assistenziale, prestazioni non complesse attualmente erogate nei Punti di Primo Intervento e nei Pronto Soccorso.

I CAU attivati in azienda dopo l'emanazione della circolare 9/2023 sono quelli riportati con la relativa data di apertura nella Tab. B. Il CAU-Casalecchio e CAU-Navile sono stati aperti nelle omologhe Case della Comunità e sono anch'essi aperti h24 su 7 giorni.

TAB. B - ACCESSI AI CAU PER STRUTTURA – anno 2023

Struttura CAU	2023
CAU-Budrio (dal 01/11/23)	2.550
CAU-Casalecchio (dal 18/12/23)	713
CAU-Navile (dal 11/12/23)	1.446
CAU-Vergato (dal 08/11/23)	1.011
Totale:	5.720

ATTIVITÀ 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	2022	2023	diff. Ass. 2023-2019	diff. % 2023-2019
DIMESSI: N. CASI	ORD + DH	59.624	54.434	53.785	-5.839	-9,79%
DIMESSI: N. CASI	ORD	51.130	47.290	46.635	-4.495	-8,79%
DIMESSI: N. CASI	DH	8.494	7.144	7.150	-1.344	-15,82%
DIMESSI VALORIZZAZIONE	ORD + DH	197.645.860	191.845.529	189.665.101	7.980.759	-4,04%
DIMESSI VALORIZZAZIONE	ORD	187.586.570	183.434.701	181.027.963	6.558.607	-3,50%
DIMESSI VALORIZZAZIONE	DH	10.059.290	8.410.828	8.637.139	1.422.151	-14,14%
DIMESSI: PUNTI	ORD + DH	66.123	62.162	61.216	-4.907	-7,42%
PESO MEDIO	ORD + DH	1,11	1,14	1,14	0,03	2,54%
VAL. MEDIA	ORD + DH	3.315	3.524	3.526	211	6,38%
DIMESSI: N. DRG CH	ORD + DH	21.904	19.756	20.634	-1.270	-5,80%
% DRG CH	ORD + DH	36,7	36,3	38,4	1,7	4,53%

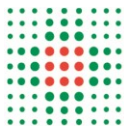
L'andamento dell'attività di ricovero vede nell'anno 2023 (rispetto all'anno 2019) un calo complessivo sul numero dei casi (-9,8%), a fronte di un aumento del peso medio del 2,5%, dell'aumento della valorizzazione economica media di circa 200 euro e dell'aumento della percentuale di DRG chirurgici (+4,5%).

Di seguito si registra nell'andamento dei neonati sani 2019-2023 un aumento del 10% e del numero dei parti dell' 8%. Si rileva un trend in diminuzione della percentuale dei parti cesarei che passano dal 24,7% dell'anno 2022 al 24,2% dell'anno 2023.

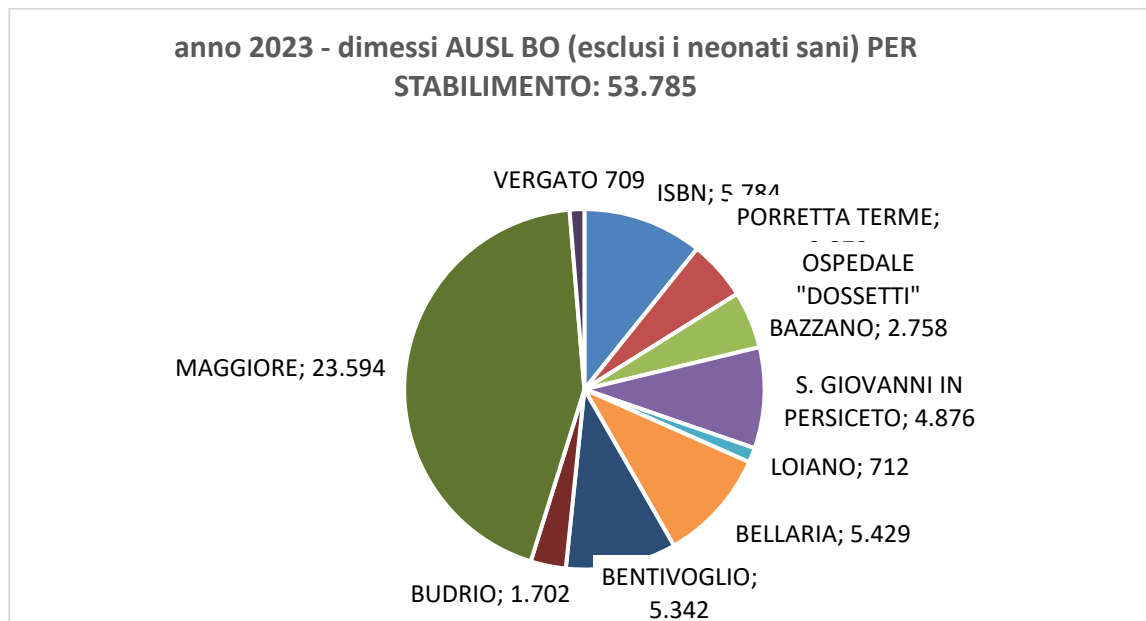
TAB. B2 – Neonati sani dimessi dal Presidio Unico AUSL di Bologna

indicatori	2019	2021	2022	2023	diff. Ass. 23-19	diff. % 23-19
NEONATI SANI	2.879	3.142	3.226	3.156	277	9,62%
NEONATI SANI VALORIZZAZIONE	965.051	1.053.575	1.081.742	1.057.935	92.884	9,62%
PARTI	3.519	3.765	3.849	3.800	281	7,99%
% PARTI CESAREI	22,7	25	24,7	24,2	1,5	6,61%

I pazienti ricoverati nell'anno 2023 (TAB.B3) sono dimessi per l' 11% dall'ISBN e per l' 89% dagli



stabilimenti afferenti al Presidio unico dell'AUSL di Bologna così disaggregati: il 44% 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) 2019-2023

PRESIDI	STABILIMENTI	n° dimessi			Δ 23-19	Δ% 23-19	DISTRIBUZIONE % PER SEDE 2023
		2019	2022	2023			
PRESIDIO UNICO	MAGGIORE	29.048	24.777	23.594	-5.454	-19%	44%
	BELLARIA	5.689	5.404	5.429	-260	-5%	10%
	BAZZANO	2.429	2.600	2.758	329	14%	5%
	PORRETTA TERME	3.444	2.815	2.879	-565	-16%	5%
	VERGATO	882	707	709	-173	-20%	1%
	LOIANO	730	699	712	-18	-2%	1%
	BUDRIO	1.528	1.697	1.702	174	11%	3%
	BENTIVOGLIO	5.950	5.292	5.342	-608	-10%	10%
	S. G. PERSICETO	5.098	4.856	4.876	-222	-4%	9%
	TOTALE PRESIDIO UNICO	54.798	48.847	48.001	-6.797	-12%	89%
ISBN	ISBN - c/o Bellaria	4.042	4.460	4.704	662	16%	9%
	ISBN c/o Maggiore	784	1.127	1.080	296	38%	2%
	TOTALE ISBN	4.826	5.587	5.784	958	20%	11%
totale AUSL BO PUBBLICO		59.624	54.434	53.785	-5.839	-10%	100%

Nelle TAB. B4.1 (anno 2019), B4.2 (anno 2020), B4.3 (anno 2021), B4.4 (anno 2022) e B4.5 (anno

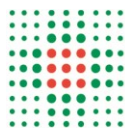
2023) sono evidenziati i dimessi 2019, 2020, 2021, 2022 e 2023 per regime di ricovero.

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+DH	VALORIZZ. ORD+DH	VALORIZZ. MEDIA ORD+DH
		ORDINARI	DH	ORD+DH			
PRESIDIO UNICO	MAGGIORE	25.170	3.878	29.048	1,10	100.366.292	3.455
	BELLARIA	4.619	1.070	5.689	1,07	17.108.731	3.007
	BAZZANO	1.938	491	2.429	0,95	5.722.184	2.356
	PORRETTA TERME	2.838	606	3.444	1,06	9.752.717	2.832
	VERGATO	860	22	882	1,00	2.421.885	2.746
	LOIANO	730	-	730	1,03	830.395	1.138
	BUDRIO	1.527	1	1.528	1,07	4.687.252	3.068
	BENTIVOGLIO	5.461	489	5.950	1,07	18.342.567	3.083
	S. G. PERSICETO	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
		ORDINARIO	DH	ORD+DH			
PRESIDIO 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



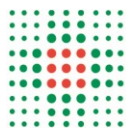
TAB.B4.3 – Anno 2021 - Dimessi per regime di ricovero, peso medio, valorizzazione e valorizzazione media per Presidio e Stabilimento (esclusi i neonati sani)

PRESIDI	STABILIMENTI	REGIME DI RICOVERO			PESO MEDIO DRG ORD+DH	VALORIZZ. ORD+DH	VALORIZZ. MEDIA ORD+DH
		ORDINARIO	DH	ORD+DH			
PRESIDIO 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
		ORDINARIO	DH	ORD+DH			
PRESIDIO 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

TAB.B4.5 – Anno 2023 - 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	VALORIZZ.	VALORIZZ. MEDIA ORD+DH
		ORDINARI O	DH	ORD+D H	ORD+DH	ORD+DH	ORD+DH
<i>PRESIDIO UNICO</i>	<i>MAGGIORE</i>	20.744	2.850	23.594	1,15	89.629.339	3.799
	<i>BELLARIA</i>	4.352	1077	5.429	1,06	14.715.847	2.711
	<i>BAZZANO</i>	2.116	642	2.758	0,99	6.719.526	2.436
	<i>PORRETTA TERME</i>	2.449	430	2.879	1,17	9.170.444	3.185
	<i>VERGATO</i>	709		709	1,03	2.026.256	2.858
	<i>LOIANO</i>	712		712	1,02	1.056.180	1.483
	<i>BUDRIO</i>	1.702		1.702	1,04	5.073.514	2.981
	<i>BENTIVOGLIO</i>	4.857	485	5.342	1,09	17.189.493	3.218
	<i>S. G. PERSICETO</i>	4.048	828	4.876	0,87	12.047.117	2.471
	<i>TOT. PRESIDIO UNICO</i>	41.689	6.312	48.001	1,09	157.627.716	3.284
<i>ISBN</i>	<i>TOTALE ISBN</i>	4.946	838	5.784	1,55	32.037.385	5.539
totale AUSL BO PUBBLICO		46.635	7.150	53.785	1,14	189.665.101	3.526

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

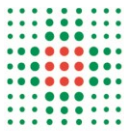
raggruppamento delle prestazioni		FONTE DWH AUSL BO				
		2019	2022	2023	diff. Ass.2023-2019	diff. %.2023-2019
DIAGNOSTICA	N°. prestazioni	663.701	627.591	585.285	-78.416	-11,81%
	Valorizzazione	27.305.721	26.340.895	24.787.984	-2.517.737	-9,22%
LABORATORIO	N°. prestazioni	8.861.369	9.894.443	10.867.919	2.006.550	22,64%
	Valorizzazione	46.405.370	50.914.628	56.863.111	10.457.741	22,54%
RIABILITAZIONE	N°. prestazioni	104.300	102.451	100.582	-3.718	-3,56%
	Valorizzazione	1.144.198	1.109.936	1.092.160	-52.037	-4,55%
PRESTAZIONI TERAPEUTICHE	N°. prestazioni	207.786	206.285	192.050	-15.736	-7,57%
	Valorizzazione	25.250.340	26.742.087	21.252.617	-3.997.723	-15,83%
VISITE (prime visite e controlli)	N°. prestazioni	664.487	628.984	618.599	-45.888	-6,91%
	Valorizzazione	14.242.529	13.349.608	13.124.752	-1.117.777	-7,85%
TOTALE COMPLESSIVO	N°. prestazioni	10.501.643	11.459.754	12.364.435	1.862.792	17,74%
	Valorizzazione	114.348.158	118.457.154	117.120.625	2.772.467	2,42%
	Valor. media	10,9	10,3	9,5	-1,4	-12,8%
<i>di cui:</i>						
TOTALE escluso l'aggregato di prestazioni di LABORATORIO	N°. prestazioni	1.640.274	1.565.311	1.496.516	-143.758	-8,8%
	Valorizzazione	67.942.788	67.542.526	60.257.514	-7.685.274	-11,3%
	Valor. media	41,4	43,2	40,3	-1,1	-2,7%

L'attività del 2023 rispetto al 2019 registra un aumento del numero di prestazioni di circa il 17,7% e della valorizzazione del 2,4%. Escludendo le prestazioni di laboratorio, che rappresentano circa l'88% di attività, si registra un -8,8% di prestazioni e un -11,3% 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 2023, come si evince dalla tabella successiva, sono stati chiusi i 16 posti dell'Ospedale Bellaria che durante il periodo della pandemia erano stati trasferiti presso la casa di cura Villa Erbosca, mentre Vergato ha interrotto il periodo di sospensione ed ha ricominciato l'attività dal 01/03/2023.

TAB. D1 – CURE INTERMEDIE Posti Letto anni 2018-2023



Stabilimento	Data di apertura	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
Oscos Loiano	28/06/2018	10	10	chiuso da 1 aprile - 30 giugno. Ridotto a 8 PL	8	8	8
Oscos Vergato	21/05/2018	10	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	10 dal 01/03/2023
Cure Intermedie H. Bellaria (poi Villa Erbosa)	07/02/2019	-	16	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	Chiusi dal 15/10/2023
Oscos 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	38	38	34	18

Nel 2023 sono stati dimessi 341 pazienti, 4 in meno rispetto al 2022, ma comunque 331 in meno rispetto al 2019 il che dimostra una scarsa abitudine all'utilizzo di tale tipologia di ricoveri, mai ripresi dopo il COVID, la degenza media è di 20 giornate, con una variabilità che è andata da un minimo di 1 a un massimo di 102 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.

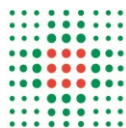
TAB. D2 – CURE INTERMEDIE: dimessi 2019-2020-2021-2022-2023 (FONTE BANCA DATI RER)

Stabilimento	2019	2020	2021	2022	2023	diff.19/23	diff. % 19/23
Oscos Loiano	137	98	104	93	98	-39	-28%
Oscos Vergato	165	37	4	0	74	-91	-55%
Cure Intermedie H. Bellaria	353	232	307	252	169	-184	-52%
Oscos S. Giovanni in Persiceto	17	23	0	0	0	-17	-100%
TOTALE	672	390	415	345	341	-331	-49%

TAB. D3 – ANNO 2023 - 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	3	65	6	22	1	1	98



Osco Vergato	1	57	9	6	1	0	74
Cure Intermedie H. Bellaria	1	134	19	12	1	2	169
Osco S. Giovanni in Persiceto	0	0	0	0	0	0	0
TOTALE	5	256	34	40	3	3	341

ASSISTENZA DOMICILIARE

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

Gli episodi al domicilio nell'Azienda USL di Bologna, 30.171 nel 2023, si riferiscono a Tipologia di Assistenza Domiciliare (TAD) di tipo Medico (MMG/PLS) nel 17%, di tipo infermieristico nel 43%, Cure Palliative di base nel 3%, Specialistiche nel 7% ed in assistenza socio sanitaria nel 30%.

Nel 2023 per quanto riguarda gli episodi, si assiste ad una notevole crescita rispetto al 2019, così come per quanto riguarda il numero di assistiti, dovuto in larga parte all'obiettivo incrementale PNRR della popolazione over 65 che prevede un incremento progressivo 2019-2025 del 10,98%.

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

	2019	2020	2021	2022	2023	diff.19-23	diff.% 19-23
ASSISTITI PER TIPOLOGIA DI ASSISTENZA	18.640	18.362	20.191	21.718	26.681	+8.041	+43%
EPISODI	21.824	20.834	22.238	26.447	30.171	+8.347	+38%
<i>di cui:</i>							
<i>IN ASSISTENZA DI MEDICINA GENERALE</i>	9.729	8.541	6.792	6.093	5.050	-4.679	-48%
<i>IN ASSISTENZA INFERMIERISTICA</i>	10.525	10.585	12.403	15.217	12.932	+2.407	+23%
<i>IN ASSISTENZA SOCIO SANITARIA</i>	-	-	-	1.924	9.326	+9.326	>100%
<i>IN CURE PALLIATIVE DI BASE</i>	-	-	949	986	880	+880	>100%
<i>IN CURE PALLIATIVE SPECIALISTICHE</i>	1.570	1.708	2.094	2.227	1.983	+413	26%
Durata media della Presa in Carico in giorni	187,7	202,9	193	139,4	143	-45	-24%

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, sostanzialmente stabili rispetto al 2019 così come la degenza media.

TAB. F 2 – HOSPICE AUSL BO (fonte: flussoinformativo RER Hospice)

Indicatori	2019	2020	2021	2022	2023	diff.ass .19-23	diff.% 19-23
Assistiti	1.183	958	982	993	1.139	-44	-3%
Ricoveri	1.299	1.021	1.060	1.058	1.211	-88	-7%
Degenza media	14,3	15,1	15,5	15	14,3	0	0%

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

Nel 2023 l'assistenza nelle strutture residenziali registra un aumento del 2% nel numero di ospiti rispetto al 2022 superando così i valori del 2019. La durata media della permanenza per paziente è sostanzialmente invariata rispetto al 2022 mentre si registra una diminuzione di circa 3 mesi sia rispetto al 2019. Nelle strutture semi-residenziali per anziani gli ospiti sono aumentati di oltre il 14% rispetto al 2022 senza raggiungere ancora i valori del 2019(-10%).

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

TIPO DI STRUTTURA	Anno	Anno	Anno	diff. Ass. 2023-2019	diff.% 2023- 2019
	2019	2022	2023		
RESIDENZIALE	4.622	4.617	4.720	98	2,12%
SEMI-RESIDENZIALE	1.369	1.070	1.225	-144	-10,52%
Totale	5.991	5.687	5.945	-46	-0,77%

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

La Pediatria di Comunità dell'AUSL di Bologna anche nel 2023 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	2022	2023	diff.	Diff. %
copertura 2 dosi di esavalente al 12° mese	97,02	97,09	0,07	0,07
copertura vaccinale morbillo al 24° mese	96,51	96,29	-0,22	-0,23
copertura vaccinale 1 dose di MPR (morbillo, parotite, rosolia) al 24° mese	96,51	96,25	-0,26	-0,27
copertura vaccinale con 3 dosi di esavalente al 24° mese	96,66	96,25	-0,41	-0,42
copertura vaccinale antimeningococcico al 24° mese	91,97	91,17	-0,8	-0,87
copertura vaccinale anti-pneumococcico al 24° mese	94,17	91,75	-2,42	-2,57
copertura vaccinale rosolia al 13° anno	98,14	97,49	-0,65	-0,66
copertura vaccinale rosolia al 16° anno con 1^ dose	97,59	97,79	0,2	0,2
copertura vaccinale HPV al 12° anno (pop. Femminile)	71,69	67,05	-4,64	-6,47
copertura vaccinale HPV al 13° anno (pop. Femminile)	79,51	77,37	-2,14	-2,69

CONSULTORI FAMILIARI

L'attività complessiva dei Consultori Familiari di seguito descritta comprende anche quella degli Spazi Giovani, degli Spazi Giovani Adulti e del Consutorio delle donne Immigrate e dei loro bambini. Si rileva un incremento nel 2023 rispetto al 2022 di utenti, accessi e prestazioni.

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

	2022	2023	diff. ass.	diff. %
UTENTI	55.831	57.843	2.012	3,60
<i>Di cui gravide prese in carico e parto nell'anno:</i>	4.175	4.166	-9	-0,22
ACCESSI	123.546	129.687	6.141	4,97
PRESTAZIONI	129.176	136.791	7.615	5,90

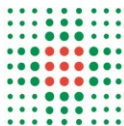
NEUROPSICHIATRIA INFANZIA E ADOLESCENZA (NPIA)

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; si registra un leggero calo delle prestazioni.

TAB. L – NPIA TERRITORIALE - FONTE SW R.E.R. CURE	2022	2023	DIFF.ASS	DIFF.%
N° PAZIENTI TRATTATI	10.807	10.811	4	0,04
di cui Nuovi	3.714	3.611	-103	-2,77
N°PRESTAZIONI	98.851	97.461	-1.390	-1,41

DIPENDENZE PATOLOGICHE

I dati di TAB. M si riferiscono all'attività erogata dai servizi territoriali per le Dipendenze Patologiche. Si rileva un leggero calo di utenti complessivi in carico, in particolare tossicodipendenti e un leggero incremento degli utenti giocatori d'azzardo patologico (GAP).



TAB. M – UTENTI IN CARICO – (fonte flusso)	2022	2023	DIFF.ASS	DIFF.%
n. totale utenti in cura presso il ser.t.	3.894	3.787	-107	-2,75
<i>di cui:</i>				
<i>utenti tossicodipendenti in carico</i>	2.675	2.561	-114	-4,26
<i>utenti alcolisti in carico</i>	989	980	-9	-0,91
<i>utenti giocatori d'azzardo patologico (gap) in carico</i>	230	246	16	6,96

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 2021 al 2023. Si rileva un valore stabile dei pazienti trattati, un incremento dei trattamenti e delle prestazioni complessive. Il cambiamento tra l'anno 2021 e i seguenti, risente del passaggio della rilevazione dati dal software SISMA aziendale al software CURE regionale.

	2021	2022	2023	Δ2023-2022	Δ%
n. pazienti trattati	17.761	17.524	17.642	118	0,67
n trattamenti (prodotti)	31.037	33.323	34.671	1.348	4,05
n. prestazioni	175.596	144.008	155.844	11.836	8,22

In tabella N2 vengono descritti i tipi di trattamento effettuati sul territorio aziendale del 2023.

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

TIPO DI TRATTAMENTO	2023
Controllo periodico dello stato di salute fisica	484
Gruppo clinico o di supporto	365
Intervento socio-assistenziale	220
Trattamenti socio-riabilitativo formazione e/o lavoro	1.576
Trattamenti socio-riabilitativo socialità-espressività	269
Trattamento clinico-psichiatrico	14.393
Trattamento clinico-psicologico	379
Trattamento clinico-psicoterapeutico	1.031
Trattamento farmacologico	12.081
Trattamento ospedaliero (ricovero)	712
Trattamento psicoeducativo e di supporto	462
Trattamento residenziale sanitario	539
Trattamento residenziale socio-sanitario o educativo	274
Trattamento semiresidenziale sanitario	370
Trattamento socio-riabilitativo casa-abitare	1.516
TOTALE	34.671

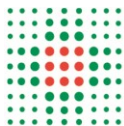
Prevenzione

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

Di seguito, si rilevano incrementi nelle attività di promozione alla salute e di medicina dello sport; si rilevano alcuni decrementi nelle attività dell'igiene pubblica, alcuni fisiologici post-pandemia, igiene alimenti e nutrizione, centro screening, veterinaria e medicina del lavoro.

TAB. O - ATTIVITA' DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE-MONITORAGGIO DI ALCUNI INDICATORI

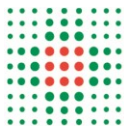
DSP - EPIDEMIOLOGIA E COMUNICAZIONE	anno 2022	anno 2023	diff.ass.	diff. %
n. soggetti raggiunti da interventi di promozione della salute	36.611	68.377	31.766	86,77
n. soggetti raggiunti da interventi di promozione della salute per 100.000 res.> 5anni	4.317,78	8.062,33	3.745	86,72
DSP – CENTRO SCREENING	anno 2022	anno 2023	diff.ass.	diff. %
popolazione residente 25-64 anni invitata a partecipare al programma di screening cervicale - rilevazione puntuale al termine del periodo di riferimento	246.191	244.747	-1.444	-0,59
popolazione residente 50-69 anni invitata a partecipare al programma di screening mammografico - rilevazione puntuale al termine del periodo di riferimento	132.033	127.047	-4.986	-3,78
popolazione residente 50-69 anni invitata a partecipare al programma di screening colon rettale - rilevazione puntuale al termine del periodo di riferimento	253.887	258.665	4.778	1,88
DSP - IGIENE PUBBLICA	anno 2022	anno 2023	diff.ass.	diff. %
n. dosi vaccinali somministrate adulti e adolescenti	417.028	56.428	-360.600	-86,47
Dosi vaccinali per 100.000 ab. Res. ≥ 18 anni (al 1° genn.)	55.204,1	7.459,8	-47.744	-86,49
n. interviste per indagini epidemiologiche eseguite	5.494	3.794	-1.700	-30,94
n. interviste per indagini epidemiologiche eseguite per 100.000 ab. residenti ≥ 18 anni (al 1° genn.)	619,7	428,3	-191	-30,89
n. sopralluoghi (esclusi inconvenienti igienici)	2.538	2.416	-122	-4,81
n. sopralluoghi (esclusi inconvenienti igienici) per 100.000 ab. residenti ≥ 18 anni (al 1° genn.)	286,3	272,7	-14	-4,73
n. interventi per inconvenienti igienici (igiene pubblica)	55	57	2	3,64
n. interventi per inconvenienti igienici per 100.000 ab. residenti ≥ 18 anni (al 1° genn.)	6,2	6,4	0	3,71
DSP - IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE	anno 2022	anno 2023	diff.ass.	diff. %
n. unità locali controllate igiene alimenti e nutrizione	1.455	1.300	-155	-10,65
%n. unità locali controllate igiene alimenti e nutrizione su unità locali censite	14,26	12,74	-1,52	-10,66
n. controlli acque potabili effettuati	2.709	2.676	-33	-1,22
n. controlli acque potabili effettuati / n. controlli acque potabili programmati	1,04	1,03	-0,01	-0,96
n. campioni di alimenti effettuati per piano RER	411	471	60	14,60
n. campioni di alimenti effettuati / n. campioni alimenti programmati per piano RER	0,85	0,97	0,12	14,12
DSP - IMPIANTISTICO ANTIINFORTUNISTICO	anno 2022	anno 2023	diff.ass.	diff. %
n. apparecchi impianti verificati	6.416	6.541	125	1,95
n. verifiche di gru a torre effettuate	240	253	13	5,42
% 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	96	100	4	4,17
% cantieri edili controllati su quelli oggetto di vigilanza rispetto al rischio di folgorazione nel territorio AUSL BO	136,46	115	-21,46	-15,73
DSP – SANITA' PUBBLICA VETERINARIA	anno 2022	anno 2023	diff.ass.	diff. %
n. campioni area veterinaria effettuati	19.021	18.443	-578	-3,04
% campioni area veterinaria effettuati sui programmati	122,84	119	-3,84	-3,13
n. interventi chirurgici area veterinaria A effettuati	945	890	-55	-5,82
% interventi chirurgici area veterinaria A effettuati sui richiesti	100	100	0,00	0,00



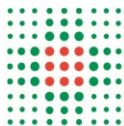
n. sopralluoghi per igiene urbana area veterinaria A effettuati	363	228	-135	-37,19
% sopralluoghi per igiene urbana area veterinaria A effettuati sui richiesti	100	100	0,00	0,00
sopralluoghi per ig. urbana area veterinaria A effettuati per 100.000 ab res.	40,94	27,74	-13	-32,24
DSP - TUTELA SALUTE AMBIENTI DI LAVORO E SICUREZZA	anno 2022	anno 2023	diff.ass.	diff. %
n. unità locali controllate per Igiene e sicurezza del lavoro	3.402	3.366	-36	-1,06
% unità locali controllate per Igiene e sicurezza del lavoro su unità locali censite	8,15	8	-0,15	-1,84
n. imprese raggiunte per attività di informazione ed assistenza attiva	536	449	-87	-16,23
N. imprese raggiunte per attività di informazione ed assistenza attiva su n. imprese programmate per attività di informazione ed assistenza attiva	1,14	0,96	-0,18	-15,79
n. cantieri edili oggetto di vigilanza controllati	906	850	-56	-6,18
n. cantieri edili oggetto di vigilanza controllati su n. cantieri edili oggetto di vigilanza programmati	1,04	0,98	-0,06	-5,77

DSP - MEDICINA DELLO SPORT	anno 2022	anno 2023	diff.ass.	diff. %
n. prime visite di idoneità agonistica in soggetti 6 - 17 anni	8.858	9.367	509	5,75
n. prime visite di idoneità agonistica in soggetti 6-17 anni per 1000 ab residenti di età 6-17 anni	95,78	102,17	6,39	6,67
n. prime visite di idoneità agonistica in soggetti 18 - 64 anni	1.827	2.133	306	16,75
n. prime visite di idoneità agonistica in soggetti 18-64 anni per 1000 ab residenti di età 18-64 anni	3,39	3,79	0,40	11,80
n. prime visite di idoneità agonistica per 1000 ab res.	12,05	12,98	0,93	7,72

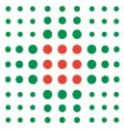
Sono di seguito riportate le specifiche schede descrittive degli strumenti/fonti informative sulla sicurezza delle cure e dei relativi interventi per la prevenzione e mitigazione del rischio clinico.



INCIDENT REPORTING Redazione a cura di Dott. Marco Bisceglia e Dott.sa Elena Capiello, U.O. Medicina Legale e Risk Management (S.C.).	
Tipologia	INCIDENT REPORTING
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
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 <i>near miss</i> - definiti come “eventi evitati” associati ad errori con la potenzialità di causare un evento avverso, che però non si verifica per effetto del caso o perché intercettato o perché non comporta effetti indesiderati per il paziente (Ministero della salute, 2007).</p> <p>La raccolta sistematica delle informazioni inerenti gli eventi e/o quasi eventi e la periodica lettura e interpretazione delle segnalazioni consente di creare “massa critica” per promuovere la conoscenza di rischi presenti o potenziali all’interno delle strutture sanitarie e di accrescere quindi la consapevolezza di aree critiche dell’organizzazione, sia a livello locale che centrale. Lo scopo principale di questo sistema di segnalazione volontaria (così come di altri sistemi basati sullo stesso principio) è quello di apprendere dall’esperienza (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.</p> <p>Un limite intrinseco dello strumento, legato alla volontarietà delle segnalazioni, è la sottostima o la sovrastima degli eventi, a seconda della “sensibilità” del segnalatore. L’incident reporting non ha finalità epidemiologiche e le segnalazioni raccolte non possono in alcun modo essere considerate valide per stimare l’incidenza o</p>



	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Tale modalità sarà sostituita integralmente nel corso del 2024 con il nuovo sistema di segnalazione regionale su piattaforma SegnalER.</p>
Analisi del rischio ed eventuali criticità	<p>Al fine di sensibilizzare e coinvolgere i professionisti nel percorso di gestione del rischio e Sicurezza delle cure, di cui l'IR è parte integrante, facendo seguito a quanto previsto nella Delibera aziendale 342 del 2018 <i>"Definizione dell'assetto organizzativo aziendale per la Gestione del rischio e sicurezza delle cure"</i>, in cui si descrive la <i>"rete di facilitazione"</i>, nel corso del 2020 è iniziato il percorso di formazione della rete dei <i>Referenti e Facilitatori Risk</i> aziendali. I <i>Referenti</i> sono identificati nel Direttore di UO e coordinatore di UA, mentre i <i>Facilitatori</i>, individuati dai propri responsabili, hanno la funzione di supportare operativamente il funzionamento della rete.</p> <p>Nel corso del 2023 sono state raccolte 329 segnalazioni riguardanti quasi eventi, eventi senza esito ed eventi avversi con esito variabile (da lieve a moderato/significativo). Dopo una prima analisi, 38 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 all'anno precedente si osserva un significativo aumento del numero totale delle segnalazioni (+33 segnalazioni), possibile indicatore di un'efficace sensibilizzazione del personale sanitario riguardo l'importanza della tematica.</p> <p>Rispetto alla tipologia di eventi classificati, gli eventi relativi alla gestione del farmaco (17%), gestione delle</p>



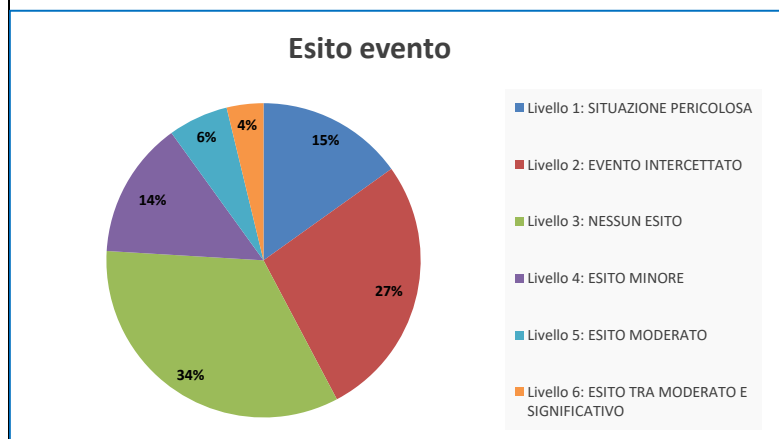
apparecchiature/dispositivi medici (16%), procedure diagnostiche (16%) risultano le tematiche maggiormente segnalate così come rilevato nel 2022.

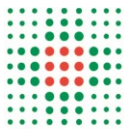
La voce “*altro evento*” (68 segnalazioni) comprende gli eventi non codificati nella classificazione offerta dal database regionale, con particolare riferimento alle segnalazioni relative ad attività di emergenza e soccorso nonché alle criticità legate a documentazione, organizzazione delle risorse umane e materiali, comunicazione, mancata compliance del paziente.

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

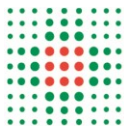


In base alla gravità di danno, nel periodo di riferimento, la quota più rilevante delle segnalazioni ha riguardato gli eventi di livello 3 (nessun esito). La somma dei primi 3 livelli, comprendenti situazione pericolosa, evento intercettato e nessun esito, copre il 76% del totale delle segnalazioni.

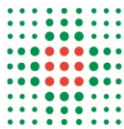


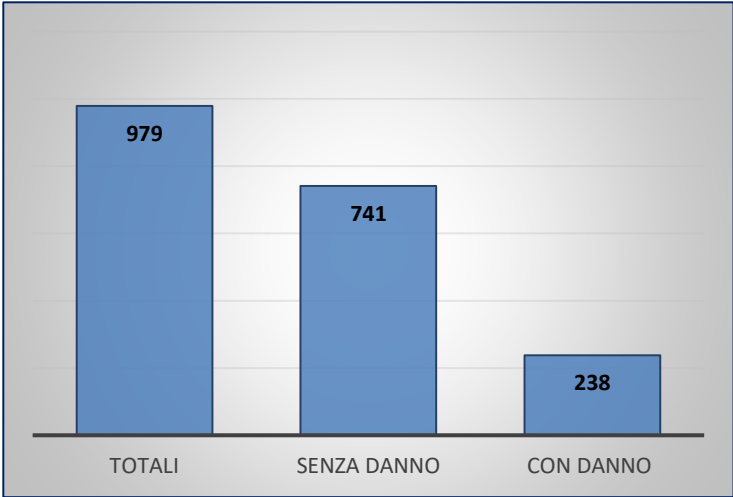


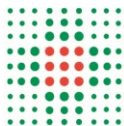
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>Durante il 2023, sono stati realizzati 17 audit per l'approfondimento degli eventi di particolare significatività. Le principali azioni di miglioramento intraprese in seguito alle segnalazioni volontarie analizzate sono sintetizzate nelle seguenti categorie:</p> <ul style="list-style-type: none">- Supporto metodologico nella stesura/revisione di protocolli/procedure- Riorganizzazione dei processi- Informazione/formazione/addestramento dei professionisti- Introduzione/integrazione/aggiornamento della documentazione sanitaria- Avvio di azioni specifiche di monitoraggio. <p>Infine, nel corso dell'anno, è stato avviato l'addestramento all'uso della piattaforma SegnalER rivolto ai Referenti e Facilitatori del Rischio.</p>
<p>Prospettive future</p>	<p>L'Azienda USL di Bologna prevede di rafforzare ulteriormente il percorso di segnalazione nonché la gestione degli eventi di particolare rilievo, intervenendo su più livelli:</p> <ul style="list-style-type: none">- perfezionare il passaggio al nuovo applicativo regionale SegnalER, garantendo la formazione dei professionisti sanitari in accordo con le indicazioni regionali- completare il percorso di accreditamento internazionale di eccellenza in accordo con i criteri previsti da Accreditation Canada, società leader mondiale nell'accreditamento delle organizzazioni sanitarie- assicurare l'efficienza della rete dei Referenti e Facilitatori Risk, attraverso il ritorno dei dati di segnalazione e la realizzazione di incontri strutturati per mantenere elevato il livello di attenzione e garantire un'adeguata consapevolezza, anche tenendo conto del <i>turnover</i> del personale- incrementare l'iniziativa formativa aperta a tutti gli operatori aziendali al fine di favorire l'importanza del tema della Gestione del Rischio all'interno del SSN e della nostra azienda.



PREVENZIONE E GESTIONE CADUTE DELLE PERSONE ASSISTITE	
Redazione a cura di Dott. Marco Bisceglia e Dott.sa Elena Cappiello, 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 -2022
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, in allineamento sia alle direttive regionali che agli 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. Negli ultimi tre anni è stata posta notevole attenzione allo strumento di segnalazione /rilevazione dell’evento (scheda di segnalazione) ed all’analisi del flusso informativo, apportando molteplici interventi di miglioramento anche con il supporto degli stessi utilizzatori. Il sistema di segnalazione aziendale prevede l’uso 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> <p>Tale modalità sarà sostituita integralmente nel corso del 2024 con il nuovo sistema di segnalazione regionale su piattaforma SegnalER.</p>



Analisi del rischio ed eventuali criticità	<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> <p>Nel 2023 sono state registrate 906 schede di segnalazione caduta complete che hanno coinvolto i pazienti in regime di ricovero, con un tasso calcolato su 1000 giornate di degenza che è passato dal 2.39 nel 2022 al 2.33 nel 2023.</p> <p>Le cadute dei pazienti non ricoverati (<i>outpatients</i>) sono state 73</p> <p><i>Fig1- Cadute Anno 2023 ed esito</i></p>  <table border="1"><thead><tr><th>Categoria</th><th>Numero</th></tr></thead><tbody><tr><td>TOTALI</td><td>979</td></tr><tr><td>SENZA DANNO</td><td>741</td></tr><tr><td>CON DANNO</td><td>238</td></tr></tbody></table> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none">- la necessità di valutare/stratificare in maniera più puntuale il rischio di caduta anche per favorire interventi mirati verso i pazienti che sono maggiormente a rischio (<i>"più" a rischio di tutti</i>);- la difficoltà di sistematizzare momenti di confronto/ coinvolgimento in gruppo interdisciplinare tra i professionisti;- la difficoltà di riportare tutte le informazioni richieste dalla procedura aziendale al fine di assicurare la corretta tenuta della documentazione e dare evidenza delle attività realizzate;	Categoria	Numero	TOTALI	979	SENZA DANNO	741	CON DANNO	238
Categoria	Numero								
TOTALI	979								
SENZA DANNO	741								
CON DANNO	238								
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	<p>Le azioni di miglioramento nel corso del 2023 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.);								



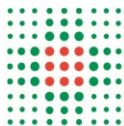
	<ul style="list-style-type: none">- strutturare interventi di educazione terapeutica/counselling rivolti ai pazienti /familiari care giver anche tramite l'utilizzo di strumenti informativi (opuscoli informativi, poster, altro...); <p>Dal mese di maggio a fine novembre è stato realizzato il progetto <i>Accreditation Canada – AC T8 Prevenzione delle cadute</i> che ha coinvolto un gruppo multidisciplinare di professionisti sanitari con l'obiettivo di proporre possibili interventi di miglioramento per prevenire e gestire le cadute, in particolare nei servizi di Cure Oncologiche, presso i punti prelievo ed i Pronto Soccorso – OBI, nei servizi di cure palliative e di assistenza domiciliare.</p> <p>Tali interventi sono stati orientati in particolare a favorire lo sviluppo della rete Ospedale – Territorio attraverso un maggior coinvolgimento dei cittadini e dei <i>caregivers</i> (familiari/assistenti familiari).</p> <p>A tal fine, è stato realizzato un opuscolo informativo per la prevenzione delle cadute sia in ospedale che a casa, redatto anche con il contributo di 82 pazienti, visitatori e <i>care givers</i>, che in occasione della giornata del 17 settembre dedicata alla sicurezza delle cure, sono stati direttamente coinvolti attraverso la compilazione di un questionario di gradimento sull'opuscolo.</p> <p>Nel mese di maggio, il progetto <i>AC T8</i> e l'opuscolo sono stati presentati al Coordinamento Aziendale dei Comitati Consultivi Misti Socio Sanitari.</p> <p>Durante l'anno sono stati informati/formati 170 professionisti, sia nell'ambito del progetto <i>AC T8</i> che in corsi <i>ad hoc</i> ed incontri organizzati direttamente nei reparti.</p> <p>All'interno dei corsi dedicati alla formazione in tema di sicurezza sul lavoro (ex art. 37 D. Lgs. 81/2008 e smi.) sono stati previsti specifici <i>focus</i> inerenti la tematica caduta dei pz, rivolti a 114 professionisti.</p> <p>Dal 20 marzo al 20 luglio è stato realizzato il progetto pilota <i>Gestione e prevenzione delle cadute dei pazienti in PS- OBI – Hub e Spoke AUSLBO</i>.</p> <p>È stato inoltre aggiornato e pubblicato nell'intranet aziendale il Piano Aziendale di Prevenzione Cadute 2023.</p>
Prospettive future	<p>Nel corso del 2024, l'Azienda USL di Bologna continuerà il percorso di miglioramento nella gestione e prevenzione delle cadute.</p> <p>Si interverrà su più livelli, attraverso le seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none">- aggiornamento della procedura aziendale p07 poua prevenzione e gestione dell'evento caduta del paziente in ospedale- redazione di un'istruzione operativa specifica per la segnalazione delle cadute che occorrono al di fuori dell'ospedale;- aggiornamento del piano aziendale di prevenzione cadute;- realizzazione degli obiettivi previsti nel progetto <i>ac t8 Prevenzione delle cadute</i> nell'ambito del percorso di accreditamento aziendale <i>Accreditation Canada</i>;- favorire lo sviluppo della rete ospedale – territorio in maniera efficace ed attiva potenziando l'alleanza con i cittadini e i <i>caregivers</i> attraverso l'organizzazione di momenti di confronto /condivisione sul tema anche in ambiti extraospedalieri ed extraaziendali (case della salute, palestre, altro...)



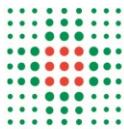
	<ul style="list-style-type: none">- realizzazione di audit on site/<i>safety walkaround</i> presso le UUOO maggiormente a rischio.- implementazione del flusso informativo attraverso l'adozione del nuovo applicativo regionale segnaler al fine di uniformare le modalita di segnalazione su tutto il territorio regionale, individuando la uo medicina legale come nodo di raccordo tra le uuoo ed i riferimenti regionali
--	--



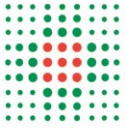
Progetto Vi.Si.Ta.RE (Visite per la sicurezza)	
Letteratura/Normativa di riferimento	Regione Emilia Romagna, Direzione Generale cura della persona, salute e welfare PROGETTO VI.SI.TA.RE Visite per la Sicurezza, la Trasparenza e l’Affidabilità Regione Emilia-Romagna “VISITARE: promozione della rete delle sicurezze e implementazione delle raccomandazioni in Ospedale”; 2017
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	Il progetto Vi.Si.Ta.RE, ispirandosi all’esperienza dei “Giri per la Sicurezza”, ha l’obiettivo di introdurre nelle Aziende sanitarie dell’Emilia-Romagna lo strumento delle Visite per la Sicurezza, attraverso cui promuovere la connessione tra le reti della sicurezza; stimolare un approccio etico al tema della sicurezza; verificare il livello di implementazione delle Raccomandazioni per la sicurezza delle cure e delle buone pratiche per la sicurezza degli operatori ed evidenziare le problematiche correlate alla loro applicazione; far emergere nei contesti coinvolti le eventuali criticità legate ai pericoli presenti e i fattori di rischio correlati agli eventi avversi, per individuare e adottare le relative misure di contenimento e prevenzione; favorire la comunicazione e la relazione interdisciplinare sia tra gli operatori che tra i servizi coinvolti. Un gruppo definito di professionisti (c.d. Team, composto da un rappresentante dell’area Rischio Clinico, un rappresentante del Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale e un rappresentante della Direzione Aziendale), eventualmente integrato da specifiche professionalità nell’analisi del rischio (ad esempio rischio infettivo), effettua delle visite presso strutture sanitarie di volta in volta individuate per raccogliere informazioni su condizioni individuate dagli operatori come fattori di rischio per la sicurezza. L’attenzione del Team si focalizza inoltre sulle tematiche correlate alle raccomandazioni sulla sicurezza delle cure e alle buone pratiche per la sicurezza degli operatori, nonché all’adozione di comportamenti finalizzati a garantire una maggiore affidabilità dell’organizzazione. L’obiettivo del progetto è l’identificazione di possibili misure condivise da assumere per il miglioramento della sicurezza del paziente e dell’affidabilità dell’organizzazione; il Team si occupa inoltre del monitoraggio dell’implementazione delle azioni di miglioramento condivise, con una seconda visita a distanza di circa sei mesi per la verifica dell’attuazione dei progetti di miglioramento.
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Nel corso del 2023 sono stati attuati due progetti Vi.si.ta.RE. in modalità integrata con il rischio infettivo e con il servizio di Prevenzione e Protezione: presso la U.O Consultorio allocata nella Casa della Salute Navile e presso la U.O. Neuropsichiatria Infantile presso la Casa della Salute di Casalecchio. Sono state applicate le seguenti Raccomandazioni: Checklist essenziale Raccomandazioni/buone pratiche per la sicurezza”; Raccomandazioni/Buone Pratiche Case della Comunità; Raccomandazioni/Buone Pratiche prevenzione rischio infettivo (quest’ultime applicabili unicamente presso la U.O. Consultorio). Dal colloquio con i professionisti sono emerse, tra l’altro, per entrambe le sedi oggetto del Progetto, alcune tematiche inerenti a problemi strutturali rilevanti per il benessere del personale ed al layout di arredi ed ambienti per la prevenzione del rischio di aggressione.



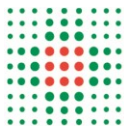
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	<p>In occasione delle visite sono state fornite indicazioni specifiche sull'ottimizzazione del layout di ambienti e arredi, in particolare relativamente alla prevenzione del rischio di aggressione.</p> <p>Negli incontri del Nucleo Operativo Infezioni Correlate all'Assistenza per la gestione del rischio infettivo è stato previsto uno specifico <i>focus</i> di condivisione sul progetto visitare.</p> <p>È stato inoltre organizzato un incontro di confronto e condivisione con i professionisti della UO NPIA e il Servizio Prevenzione e Protezione per l'illustrazione del Documento di Valutazione del Rischio specifico per aggressioni a operatore e la programmazione di sopralluoghi per l'approfondimento di specifiche tematiche di natura strutturale; sono state altresì condivise con i professionisti le modalità di segnalazione di episodi di violenza a operatore in caso di professionisti, afferenti a servizi esterni, che operano presso la nostra struttura.</p>
Valutazione risultati e prospettive future	<p>Nel 2024 si proseguiranno le visite previste dal progetto (almeno due U.O./anno) in maniera integrata con referenti della gestione del rischio infettivo e del Servizio Prevenzione e Protezione, da condursi, in accordo con le indicazioni regionali, presso strutture del territorio (Cure Intermedie, Centro di Assistenza e Urgenza) in modo da implementare l'analisi delle dimensioni del rischio proprio del contesto territoriale, anche in relazione a nuove tipologie di strutture per l'erogazione di servizi alla cittadinanza.</p>



Progetto OssERvare (Osservazioni in sala operatoria) e check-list di sala operatoria (SSCL-SOS.net)	
Letteratura/Normativa di riferimento	RER progetto OssERvare - L'osservazione diretta dell'applicazione della Safety Surgery Check List (SSCL) in sala operatoria
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	La sicurezza in chirurgia ha sempre rappresentato, per numerosità di accadimenti, gravità di esiti e costi diretti ed indiretti, un ambito particolarmente meritevole di attenzione costante, soprattutto per la prevenzione degli incidenti che possono verificarsi nelle sale operatorie, luoghi ad elevata complessità in cui i comportamenti dei professionisti, se incentrati sulla riduzione del rischio, rappresentano un elemento fondamentale e incisivo per determinarne la riduzione. Rispetto ad altri settori assistenziali, la sicurezza in sala operatoria si contraddistingue, infatti, per la complessità intrinseca delle procedure chirurgiche (anche quelle tecnicamente più semplici), per cui un ruolo di particolare rilevanza, nella sicurezza del processo chirurgico, è svolto dalla capacità e modalità di comunicazione all'interno dell'équipe operatoria. Con l'istituzione del flusso SSCL s'è evidenziata la necessità di una verifica della partecipazione alla "buona pratica" e delle capacità applicative del programma SOS.net, per cui dal 2016 è stato sperimentato e implementato il progetto "OssERvare", volto a misurare l'adesione dei professionisti alla corretta applicazione della Checklist di sicurezza (SSCL). Il metodo di verifica è quello dell'osservazione diretta in sala operatoria da parte di professionisti con funzione di osservatori, debitamente formati, che provvedono all'analisi e alla rilevazione del comportamento dei componenti delle equipe, al monitoraggio e alla registrazione di eventuali incongruenze o discostamenti, guidati da una specifica scheda informatizzata per l'osservazione. Nel 2021, a seguito della pubblicazione delle buone pratiche clinico-organizzative per il taglio cesareo (DRG 2050/2019) e alle indicazioni regionali in tema di sicurezza in sala operatoria – progetto SOS.Net, è stata elaborata una specifica check list per la sicurezza del taglio cesareo (SSCL-TC), con item specifici per la verifica dell'applicazione delle indicazioni di buona pratica clinica.
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Nel corso del 2023 sono proseguite le attività di osservazione diretta, ridotte durante gli anni del periodo pandemico, con l'effettuazione di 48 osservazioni complessive. Il flusso informativo è stato oggetto di uno specifico progetto di miglioramento nell'ambito delle attività per l'accreditamento da parte di Accreditation Canada.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	È stato redatto un piano di miglioramento per implementare l'applicazione delle check-list all'interno dei blocchi operatori aziendali con Revisione della Procedura Aziendale P079AUSLBO "Modalità per la verifica dell'identificazione del sito, dell'intervento e della conferma all'intervento", con verifica degli specifici indicatori.
Valutazione risultati e prospettive future	Nel 2024 proseguiranno le osservazioni ed, in accordo con le indicazioni regionali, verrà verificata l'attuazione ed il monitoraggio del piano di miglioramento predisposto sulla base dei risultati.



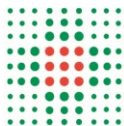
	<p>Verrà valutata come da progetto regionale l'applicazione della check list di sicurezza in chirurgia SSCL anche per le procedure chirurgiche effettuate in regime ambulatoriale, È altresì prevista la partecipazione del personale individuato alle iniziative formative regionali relative allo sviluppo di "No Technical Skills in Sala Operatoria"</p>
--	--



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	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 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.
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	L’analisi della sinistrosità 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. Nel corso del 2023 sono stati aperti 118 sinistri, mostrando un trend leggermente superiore rispetto all’anno precedente, ma comunque in linea con l’andamento generale registrato negli ultimi anni 2016-2023 Dal 1/01/2023 al 31/12/2023 i sinistri per i quali è stato liquidato un importo a titolo risarcitorio sono n. 45, imputabili ai diversi anni di apertura (2016-2023).



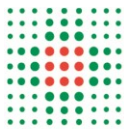
	<p>Dall'analisi dei sinistri liquidati (n. 45) sono emerse le seguenti le tipologie di errore:</p> <ul style="list-style-type: none">• n. 22 errori chirurgici;• n. 8 errori diagnostici;• n. 2 danno da parto;• n. 4 smarrimenti di protesi dentali e/o acustiche verificatisi in area medica e chirurgica;• n. 4 cadute;• n. 1 errori terapeutici;• n. 2 infezioni del situ chirurgico ed infezioni correlate all'assistenza• n. 1 contagio da covid 19;• n. 1 altro (danneggiamento a cose); <p>Si conferma al primo posto nelle percentuali di sinistri liquidati nel periodo di riferimento l'errore chirurgico, seguito dall'errore diagnosticp. Si aggiunge una percentuale seppure minima di danni da parto (2%). L'area di rischio maggiormente coinvolta nelle liquidazioni è quella Chirurgica, seguita dall'Emergenza-Urgenza e dall'area Medica, con un sostanziale allineamento con le percentuali di eventi denunciati nell'arco temporale 2016-2023.</p>
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Revisione casistica e focus di approfondimento su alcuni specifici contesti operativi
Valutazione risultati e prospettive future	Focus di approfondimento dei casi oggetto di risarcimento con i professionisti coinvolti Analisi degli eventi a partenza dalla richiesta risarcitoria



DISPOSITIVOVIGILANZA

Redazione a cura di Dr.ssa Fortunata Cotti Dipartimento Farmaceutico Interaziendale e di
Ing, 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"• D. 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• D. 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.• FAQ Decreto Ministeriale 31/03/2022 dispositivi medici• 26/01/2023 Decreto ministeriale : "Termini e modalità di segnalazione
--------------------------------------	---



	dei reclami che coinvolgono dispositivi medici da parte degli operatori sanitari, degli utilizzatori profani e dei pazienti."
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	<p>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 i Referenti Aziendali e Locali 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 della specifica scheda (Allegato n. 1), scaricabile dall'Intranet aziendale secondo il percorso https://intranet.internal.ausl.bologna.it/servizi/dip/dip_farm/doc_farm/area-dispositivimedici/copy8_of_composizione/copy_of_rapportoregionale-dispositivovigilanza/?searchterm=modulo%20in <p>La segnalazione di reclamo per DM e DM-IVD (per carenze correlate a identità, qualità, durabilità, affidabilità, usabilità, sicurezza o prestazioni) deve essere effettuata dall'operatore sanitario ai Referenti Locali della Vigilanza mediante mail a dmvigilanza@ausl.bologna.it o compilando il modulo di segnalazione di reclamo (Allegato n.2), scaricabile dall'Intranet aziendale secondo il percorso https://intranet.internal.ausl.bologna.it/servizi/dg/serv_qual/strumentisistema-gestione-qualita-sussidi-moduli/istruzioni-operativeaziendali/istruzioni-operative-aziendali/io-57-auslbo-e-io-58-auslbo/ALLEGATO%20Modulo%20Reclamo.docx/view</p> <ul style="list-style-type: none">- 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



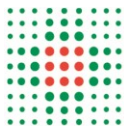
	all'utilizzo di Dispositivo Medico.
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	<p>Nel corso del 2023 sono state effettuate 5 segnalazioni di incidente alla Ingegneria Clinica, 3 relative a DM e 2 relativa a DM diagnostici in vitro (IVD), in linea con il trend degli anni precedenti (5 segnalazioni nel 2021 e 13 segnalazioni nel 2022, di cui 8 relative allo stesso prodotto). In 3 segnalazioni di incidente, l'evento è stato "intercettato" attraverso i controlli effettuati in seguito a richiesta di intervento per risoluzione guasto (vedasi P008). La modalità adottata di richiesta esplicita se il guasto ha determinato aggravamento salute paziente e se l'apparecchio era in uso su paziente, risulta ancora estremamente efficace per valutare la possibilità che un apparente malfunzionamento possa essere ricondotto a problematiche inerenti la dispositivo-vigilanza. Le restanti 2 segnalazioni sono pervenute da personale sanitario. Dal Settore Ingegneria Clinica sono stati inoltre trattati 48 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 2023 e trasmesse al Ministero, esse sono state pari a 73 per dispositivi medici e 5 per dispositivi diagnostici in vitro.</p> <p>La Farmacia ha gestito inoltre 76 segnalazioni di reclamo per dispositivi medici e 1 per dispositivi diagnostici in vitro, trasmesse ai fornitori e al Ministero.</p> <p>La Farmacia ha diffuso e gestito 63 Avvisi di sicurezza ricevuti da parte di fornitori e fabbricanti.</p>
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	<p>In ottobre 2023 è stata pubblicata la nuova Procedura Interaziendale P-INT03 GESTIONE RICHIESTA UTILIZZO CAMPIONI GRATUITI DI DISPOSITIVI MEDICI MARCATI CE AL DI FUORI DI UN CONTESTO SPERIMENTALE.</p> <p>In ottobre 2023, su richiesta del Coordinatore, i RAV di Farmacia hanno formato 8 infermieri dell'UA Blocco Operatorio ed Endoscopia Ospedale di Bazzano sul tema "Rischio clinico e Dispositivo-Vigilanza".</p> <p>In novembre 2023, nell'ambito del progetto aziendale di miglioramento Accreditation Canada, sono state pubblicate sulla intranet aziendale due nuove Istruzioni Operative dedicate alla DM Vigilanza, allegate alla procedura P094 AUSL BO Gestione della Terapia farmacologica:</p> <ul style="list-style-type: none">· IO 57AUSLBO VIGILANZA DISPOSITIVI MEDICI: INDICAZIONI PER FARMACIA E SUME· IO 58AUSL BO VIGILANZA DISPOSITIVI MEDICI: INDICAZIONI PER OPERATORI SANITARI <p>https://intranet.internal.ausl.bologna.it/news/bacheca/auslnews.2023-11-14.7820431467.</p> <p>È altresì in corso di stesura la revisione della procedura P094, con implementazioni relative alle corrette modalità di stoccaggio dei DM e DMIVD e di smaltimento scaduti.</p> <p>In dicembre 2023, in ottemperanza all'obiettivo delle Linee di programmazione RER 2023, nell'ambito della Commissione CDM-AVEC si è costituito un gruppo di RAV con la finalità di sviluppare un percorso formativo omogeneo nell'ambito della dispositivo vigilanza per l'anno 2024. Compito del gruppo è organizzare, per tutti gli operatori sanitari delle aziende AVEC, sia corsi in presenza sia un FAD di dispositivo</p>



	<p>vigilanza; inoltre, sono stati considerati anche nuovi canali per la diffusione delle modalità di segnalazione e la realizzazione di un documento con le FrequentlyAskedQuestions - FAQ.</p>
<p>Valutazione risultati e prospettive future</p>	<p>Per le segnalazioni gestite dalla Farmacia i dati relativi al 2023 mostrano un trend di notevole crescita rispetto all'anno precedente: le segnalazioni di incidente sono raddoppiate, a fronte di un pari numero di segnalazioni di reclamo.</p> <p>Gli Avvisi di sicurezza pervenuti da fornitori e fabbricanti risultano in numero sostanzialmente invariato.</p> <p>Per le segnalazioni gestite Settore Ingegneria Clinica i dati relativi al 2023 mostrano un trend sostanzialmente in linea rispetto all'anno precedente.</p> <p>Per quanto riguarda gli Avvisi di sicurezza pervenuti da fornitori e fabbricanti, si registra un significativo incremento del 45% rispetto all'anno precedente.</p>



FARMACOVIGILANZA Redazione a cura di Dr.ssa Chiara Sacripanti 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/vaccini 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>La segnalazione di sospetta ADR avviene secondo due modalità alternative tra loro:</p> <ol style="list-style-type: none">1. modalità on line tramite il link: https://servizionline.aifa.gov.it/schedasegnalazioni/#/ <p>L'utente, con ruolo di operatore sanitario o paziente/cittadino, può</p>



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.

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;

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.

La segnalazione ADR deve essere trasmessa al 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).

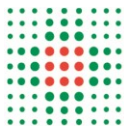
I documenti aziendali di riferimento in tema di Farmacovigilanza, entrambi in fase di aggiornamento, sono:

- allegato 11 IO 05 P094AUSLBO "Gestione delle segnalazioni di Farmacovigilanza e gestione delle segnalazioni di sospetta reazione avversa"
- allegato 10 IO 04 P094AUSLBO "Gestione ritiri, revoche e comunicati di sicurezza".

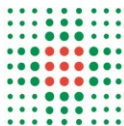
Le schede di segnalazione sono successivamente oggetto di valutazione sia da parte del Centro Regionale di FV, sia delle agenzie regolatorie italiana (AIFA) ed europea (EMA).

La nuova RNF, ormai attiva dal giugno 2022, presenta nell'area riservata al RAFV un nuovo sistema di analisi dei dati rispetto alla RNF precedente, strutturata in una serie di query preimpostate dalle quali è possibile estrarre i dati inseriti per: PA/PM per Anno di inserimento scheda, Regione e Fonte, ATC dei medicinali, Gravità e Anno di inserimento scheda, Gravità e ADR, per tempo di insorgenza, Fascia di Età e Anno di inserimento scheda, Esito e ADR, Regione e Anno inserimento scheda, Fascia di Età e Sesso. I dati estratti vengono presentati come grafici e tabelle Excel.

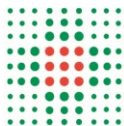
La principale novità riguardante il nuovo sistema di analisi è la valutazione della "gravità"; infatti, con la nuova RNF non è più possibile imputare una gravità generale per ciascuna scheda di segnalazione, ma per ogni reazione avversa descritta in ciascuna scheda è richiesto di definirne la gravità; pertanto, in ogni scheda si potranno avere delle reazioni avverse gravi e non gravi.



<p>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</p>	<p>Nel 2023 sono state raccolte 405 schede di segnalazione di sospetta reazione avversa (versus 1.144 nel 2022), La netta diminuzione delle schede ADR (-65% nel 2023 vs 2022) è dovuta ad un calo fisiologico della segnalazione spontanea dopo 2 anni in cui il numero di segnalazioni aveva raggiunto picchi mai osservati da quando è in vigore la RNF dovuti principalmente all'elevato interesse alla segnalazione in seguito alle vaccinazioni anti-Covid. A ciò si aggiunge anche la conclusione della maggior parte dei progetti di FV attiva in vigore fino al 2022 (POEM2, PAPEOS, VIGIRETE, VIGIFARMACOVAX) che avevano interessato circa il 30% delle segnalazioni totali riferite all'anno 2022.</p> <p>Delle 405 schede raccolte nel 2023, il 58% sono di natura spontanea e il restante 42% da studio, relative ai 2 progetti attivi nel 2023 (FARO e POEM3).</p> <p>La maggior parte delle schede (84%;342) ha riguardato come sospetto un farmaco, mentre in 63 schede (16%) è stato segnalato un vaccino.</p> <p>Sul totale delle 405 schede inserite in RNF, 330 schede contengono almeno una ADR non grave, e 135 schede contengono almeno una ADR grave.</p> <p>Il 36% delle schede sono state segnalate da medici, 34% dai farmacisti, il 16% provengono dai cittadini/pazienti, seguiti dal 14% segnalate da altri operatori sanitari.</p>
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>A maggio 2023 è stata avviata la terza edizione di un importante progetto di FV attiva, a cui la nostra azienda ha partecipato anche negli anni precedenti, finanziato da AIFA e che ha previsto la collaborazione con il Dipartimento Oncologico. Il progetto multiregionale di FV attiva in campo Onco-Ematologico (denominato POEM3) prevede la partecipazione di tutte le oncologie aziendali, in particolar modo quella dell'Ospedale Bellaria. Grazie anche al supporto del farmacista facilitatore, che collabora con i clinici e i farmacisti della Centrale antiblastici, si è incrementato il numero di ADR in questa area clinica dove frequentemente si riscontrano fenomeni di sottosegnalazione e particolare attenzione è stata rivolta alla segnalazione di eventi avversi riferiti ai p.a. sottoposti a monitoraggio addizionale.</p> <p>Il progetto avrà durata biennale e si concluderà a maggio 2025 e, oltre a sensibilizzare e incentivare alla segnalazione degli operatori sanitari operanti in ospedale, prevede anche:</p> <ul style="list-style-type: none">- la redazione/aggiornamento delle schede di interazione dei farmaci onco-ematologici sulla base delle evidenze scientifiche più recenti da utilizzare come strumento per i clinici utile per prevenire e riconoscere le interazioni farmacologiche che possono favorire l'insorgenza di ADR anche gravi;- la raccolta di ADR da farmaci onco-ematologici orali da intercettare presso i punti di distribuzione diretta farmaci durante la consegna del farmaco al paziente;- la sensibilizzazione alla segnalazione per i MMG e farmacisti convenzionati che possono intercettare eventuali problematiche di sicurezza legate a questi farmaci a livello territoriale. <p>Un altro progetto multiregionale di FV attiva, finanziato da AIFA e coordinato dalle Regione Lombardia, denominato FARO - "LA FARMACOVIGILANZA IN OSPEDALE: rete ospedaliera di monitoraggio</p>



	<p>e prevenzione delle reazioni avverse per l'uso sicuro dei farmaci", che inizialmente doveva avere durata biennale e concludersi a fine 2022, è stato prorogato fino a dicembre 2023.</p> <p>Il progetto FARO è nato come evoluzione del precedente progetto MEREAFAPS che prevedeva il monitoraggio di tutte la ADR in Pronto Soccorso e che ha esteso il monitoraggio delle ADR a tutto l'ospedale, includendo quindi anche gli ambulatori e i reparti di ricovero.</p> <p>Per le segnalazioni di ADR del progetto FARO è stato reso disponibile un applicativo informatico attraverso il quale le segnalazioni, dopo essere state inserite dal farmacista facilitatore dedicato al progetto nell'applicativo FARO, vengono trasferite alla Rete Nazionale di Farmacovigilanza successivamente alla loro validazione.</p>
Valutazione risultati e prospettive future	<p>Nonostante il calo atteso delle segnalazioni ADR nel corso del 2023, la costante sensibilizzazione degli operatori sanitari in primis, ma anche dei pazienti/cittadini, sull'importanza della segnalazione spontanea delle sospette ADR, dovrà continuare ad essere valorizzata e perseguita in quanto cardine della FV.</p> <p>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 anche nel futuro, rivolgendo maggior attenzione al monitoraggio della sicurezza soprattutto dei farmaci e vaccini di più recente immissione in commercio.</p>

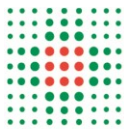


EMOVIGILANZA

Redazione a cura di Dr.ssa Maria Beatrice Rondinelli

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- 2-12-16 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

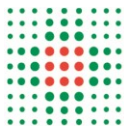
- **Decreto Ministeriale del 26 maggio 2022** Programma di autosufficienza nazionale del sangue e dei suoi prodotti per l'anno 2022

- **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 stanziare.

- **DM 01 agosto 2023** Programma di autosufficienza nazionale del sangue e dei suoi prodotti per l'anno 2023.

- **DM 30 agosto 2023** Regolamento recante la disciplina per l'attività di



raccolta sangue e emocomponenti da parte di laureati in medicina e chirurgia abilitati.

- **Accordo Conferenza Stato – Regioni del 06 settembre 2023** Accordo, ai sensi dell'articolo 2, comma 4, del decreto del Ministro della salute 5 novembre 2021, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, concernente l'aggiornamento e la revisione dell'allegato B dell'Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010 (Rep. atti n. 242/CSR) relativo al modello per le visite di verifica dei requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti.

- **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

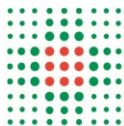
- **Delibera della Giunta Regionale n. 2228 del 27/12/2021** Attività e ruolo della rete trasfusionale dell'Emilia-Romagna in emergenza pandemica SARS-COV-2 e prime indicazioni per la definizione della proposta di nuovo piano sangue e plasma regionale

- PG0018130: "Approvazione del Programma Regionale Annuale per l'autosufficienza del sangue e dei suoi prodotti – Anno 2023 - Trasmissione Delibera di Giunta 29 gennaio 2024 n. 123

- **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

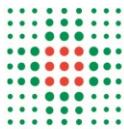
- **LG CNS 02 Rev. 0 07.07.2008** Linea guida per la prevenzione della contaminazione batterica del sangue intero e degli emocomponenti

- **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.
- [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 prevenzione della trasmissione dell'infezione da SARS-CoV-2 fra donatori di sangue ed emocomponenti.

- **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

- **Linee di indirizzo COVID-19 aggiornamento 29 maggio 2023** 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

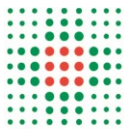
- **Linee di indirizzo CNS – 31 agosto 2023** Linee di indirizzo per il reporting di emovigilanza nel Sistema Informativo dei Servizi Trasfusionali (SISTRA).

- **Linee Guida CNS 08-26 ottobre 2023** Linee Guida per l'erogazione di prestazioni trasfusionali in telemedicina

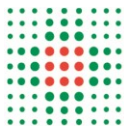
- **Raccomandazioni per la terapia trasfusionale in Neonatologia**, Società italiana di Medicina Trasfusionale e Immunoematologia, 2014

- **Raccomandazioni AISF-SIMTI**: l'uso appropriato dell'albumina nei pazienti con cirrosi epatica, 2016

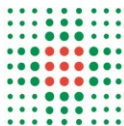
- **Standard SIMTI** (Società Italiana di Medicina Trasfusionale ed



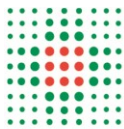
	<p>Immunoematologia); 3 edizione, maggio 2017</p> <p>-Standard SIMTI-CNS 11 ottobre 2021 Standard per I Laboratori di Immunoematologia di Riferimento (LIR) e di Biologia Molecolare (LBM) – 1a Edizione – 2021</p> <p>-Raccomandazioni per il buon uso del sangue e dei plasmaderivati emesso dal Comitato Ospedaliero per il Buon Uso del Sangue (CoBUS) SIMT Area Metropolitana di Bologna.</p> <p>- EDQM - European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare. Guide to the Preparation, Use and Quality Assurance of Blood Component, 21th Ed. 2023</p>
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 delle cause, provvedimenti correttivi adottati4) NOTIFICA SORVEGLIANZA DONATORI: In caso di positività verso virus HIV, HCV, HBV e sifilide si rileva in forma anonima la tipologia di donatore, il test verso cui il donatore è reattivo, i fattori di rischio
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento 2023	<p>1) Reazioni indesiderate donatori Reazioni indesiderate sui donatori/unità prelevate:754/36350 (2,1%) Di queste: Sangue intero: lievi/moderate 633/30482 (2,1%); severe 0 Plasmaferesi: lievi/moderate 121/5868 (2,1%); severe 0</p> <p>2) Reazioni trasfusionali Reazioni trasfusionali indesiderate 27/24489 (0,11%)</p> <p>3) Incidenti gravi Rilevati nel territorio di competenza del SIMT AUSL BO (comprensivo</p>



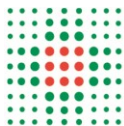
	<p>reparti AUSL-BO, CdC) N. 20 eventi, di cui:</p> <ul style="list-style-type: none">-7 campioni con errata identificazione pz/n. campioni processati 80526 (0,01%) [stesso numero di campioni processati del 2022???- 5 errori da scorretta gestione emoteca emergenza- 1 errore di identificazione pz intercettato prima dell'inizio dell'emotrasfusione- 1 pazienti senza gruppo in SO / N richieste totali evase 20192 (0,005%) [n. richieste totali uguale anno 2022???- 1 probabile errore preanalitico (ADAMTS13) che ha comportato una prestazione inappropriata con grave reazione allergica al plasma con segnalazione ministeriale [segnalato ES???- 1 errore che ha comportato rischio biologico per gli operatori del SIMT- 1 trasporto emc al domicilio sbagliato- 1 errore analitico su nuova strumentazione immunoematologia segnalato alla ditta produttrice e al ministero <p><u>Interni al SIMT AUSL BO N 2.</u> <u>SIMT sede OM:</u> 1 sversamento di prodotto tossico 1 consegna errata di emc</p> <p>4) Sorveglianza Aspiranti donatori: n=6 (Lue, HCV, HBsAg) aspiranti donatori reattivi / 4130 (0,14%) Donatori periodici: n=4 (HIV, HBV-DNA, HBsAg) donatori periodici reattivi / 36250 (0,01%)</p>
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p><u>Formazione corsi svolti</u></p> <p><u>Complessivamente nell'ambito del SIMT AMBO si sono svolti corsi:</u></p> <p>Rivolti al personale del SIMT: 11 accreditati ECM</p> <p>Rivolti al personale esterno al SIMT: 6 corsi accreditati ECM e 17 non accreditati ECM</p> <p>Umanizzazione: - Svolta la campagna vaccinale 2023 antiinfluenzale per i donatori di sangue</p> <p>Piani di miglioramento completati nel corso del 2023:</p> <ul style="list-style-type: none">- PM 40 Uniformare contenitori terziari per i trasporti interni ad Osp. Maggiore, Bellaria e Rizzoli- PM 41 Monitoraggio temperatura ed umidità magazzino – Servizio TrASFusionale Osp. Bellaria e Rizzoli- PM 42 Gestione allarmi Eagle Easy- PM 45 Questionario per indagine di qualità percepita su prestazioni trasfusionali rivolta al personale sanitario delle UU.OO. interessate <p>Progetti: Tracciabilità della temperatura degli emocomponenti in transito dal servizio di immunoematologia e medicina trasfusionale simt alle dalle case di Cura e AMBO domiciliari della Città Metropolitana di Bologna Apertura pomeridiana delle sedi di raccolta SIMT AMBO, dedicata alla raccolta, qualificazione e alla conservazione del plasma destinato alla</p>



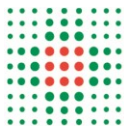
	produzione di Medicinali Plasmaderivati – MPD – anno 2023- 2024
Valutazione risultati e prospettive future	<p>Proseguirà nel 2024 l'attività di sensibilizzazione e formazione del personale sanitario sugli aspetti relativi all'emovigilanza e alla sicurezza della gestione del sangue, con necessità di un ulteriore rafforzamento dell'attività stessa, visti i near miss sopra descritti.</p> <p><u>Formazione progettazione: PAF 2023 per tutte le sedi SIMT AMBO</u></p> <p>Riorganizzazione dei settori: lavorazione, raccolta, ambulatorio, distribuzione/ass/IE, NAT</p> <p>Patient Blood Management: 2 edizioni dal titolo <i>Applicazione delle strategie PBM in regione Emilia-Romagna. Stato dell'arte</i></p> <p>Sicurezza trasfusionale: 2 edizioni dal titolo <i>I lunedì della sicurezza trasfusionale</i></p> <p>Raccolta sangue: <i>Corso regionale di formazione ed acquisizione delle competenze per la qualificazione del personale addetto all'attività di raccolta del sangue e degli emocomponenti</i></p> <p>Raccolta sangue: <i>Progetto per la formazione ed acquisizione delle competenze del personale ostetrico dedicato all'attività di raccolta del sangue e degli emocomponenti</i></p> <p>Corso su Procedure SIMT AMBO Hospice Seragnoli</p> <p>Corso Eunt per Case di Cura Area Metropolitana</p> <p>Corso Rotem al personale medico/biologo SIMT AMBO</p> <p>Trasfusione Domiciliare</p> <p>Corsi di Formazione personale SIMT AMBO su nuove tecnologie di immunoematologia</p> <p>Corsi di Formazione su procedure SIMT AMBO al personale addetto al Trasporto Sangue ed emocomponenti</p> <p><u>Piani di miglioramento previsti per 2024:</u></p> <ul style="list-style-type: none">- PM 52 <i>Riorganizzazione dei controlli di qualità esterni per test citofluorimetrici eseguiti presso il SIMT AMBO</i>- PM 53 <i>Riorganizzazione attività settore Immunoematologia – Servizio Trasfusionale Ospedale Maggiore</i>- PM 54 <i>Attività di verifica e controllo chiusura porta congelatori, verifica degli allarmi sullo strumento e sull'applicativo di controllo da remoto (Sintesy)</i>- PM 55 <i>Disaster plan Aferesi</i>



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 Lugaesi, UO Qualità, Accreditamento e Relazioni con il Cittadino	
Letteratura / Normativa di riferimento	<p>L. 241/90 e successive modifiche ed integrazioni Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi;</p> <p>D.Lgs. 502/92 Riordino della disciplina in materia sanitaria e successive modifiche ed integrazioni;</p> <p>D. Lgs. 29/1993 “Razionalizzazione dell’organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego”;</p> <p>L.R. 32/1993 “Norme per la disciplina del procedimento amministrativo e del diritto di accesso” modificata con la L.R. 25/2016 “Disposizioni collegate alla Legge Regionale di stabilità per il 2017”;</p> <p>J. Hilmann, Le storie che curano, 1984, R. Cortina Ed.</p> <p>S. Castelli, La Mediazione. Teorie e Tecniche, Ed. R. Cortina. 1996</p> <p>L. 150/2000 “Disciplina delle attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni”;</p> <p>D. Lgs. 196/2003 Codice in materia di protezione dei dati personali;</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 – Linee Guida Regionali per la gestione dell’istruttoria, RER dicembre 2008;</p> <p>Sistema Informativo segnalazioni URP sanità. L’analisi delle segnalazioni di interesse per la gestione del rischio; RER 2008;</p> <p>Regolamento UE 2016/679 Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (GDPR).</p>
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	<p>Il flusso informativo utilizzato, a partire dal 2003 è sempre stato quello del Sistema informativo Regionale delle segnalazioni URP Sanità con l’utilizzo della classificazione per Macrocategorie e Categorie definito dal Comitato Consultivo Regionale Qualità.</p> <p>Con la relazione “Mediazione dei conflitti in Sanità 2011-2021” è terminato il lavoro del Team di mediatori aziendali, nato nel 2008, composto da medici legali ed operatori appositamente formati.</p> <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 appositamente formati.</p> <p>Fino al 2020 i Referenti URP selezionavano quelli da ritenersi di interesse per la gestione del Rischio sulla base dei codici colore rosso e giallo. Rosso, richieste di risarcimento, venivano inviate per competenza agli Affari Legali, oppure giallo, reclami di natura tecnico-professione e/o denuncia di disservizio grave che restavano in carico alla gestione degli Urp.</p> <p>Durante il biennio della pandemia si è allargata un’incrinatura che era già stata introdotta dalla comunicazione digitale ed estensiva che produce solo connessioni e non relazioni.</p>



	<p>Il concetto stesso di comunità che in Emilia-Romagna ha rappresentato una <i>“forza etica e di spinta fondamentale organizzativa”</i> (A. De Palma, V. Basini et al., <i>Mediare I conflitti in sanità</i>, 2007) aveva guidato la nascita del Progetto Regionale di Mediazione alla base <i>“di un sistema sanitario che si preoccupa non solo di curare, ma anche di accogliere e ascoltare anche chi muove delle critiche.</i> Anche il filosofo dell’Università di Berlino, Byung-C. Han, evidenzia le connessioni tra mutamenti e conflittualità sociale e la possibilità/difficoltà di gestirli in maniera costruttiva, in particolare quando afferma la prevalenza di una <i>“comunicazione senza comunità”</i> (Byung Chul Han, <i>La scomparsa dei riti</i>, 2021.)</p> <p>Il progressivo venir meno di aspetti relazionali, sia spontanei sia strutturati, è facilitato dalla crescente velocità e superficialità delle relazioni sociali o, per usare le parole di Byung-Chul Han <i>gli impulsi e ardori passeggeri che dilagano attraverso la comunicazione digitale, diventano lo specchio di risonanza del crescente isolamento narcisistico individuale”</i> (op. cit.)</p> <p>Questi elementi, ora piuttosto evidenti, non lo erano ancora nella fase in cui è nato il Progetto di Mediazione in ambito regionale, frutto di una sensibilità non comune.</p>								
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	<p><i>Nel 2020-2021, causa i problemi connessi alla pandemia da Covid 19, si è ampliata la percezione del cittadino rispetto a criticità che vengono dallo stesso considerate “tecnico professionali” e cliniche, si è dimostrata in realtà falsata da elementi connessi ad aspetti relazionali, comunicativi ed informativi che si rivelano essere il punto debole, la criticità principale del rapporto professionista, operatore sanitario e paziente/familiari.</i></p> <p><i>Grafico. Tipi di conflitto nel biennio della pandemia 2020-2021</i></p> <table border="1"><thead><tr><th>Tipologia di conflitto</th><th>Percentuale</th></tr></thead><tbody><tr><td>relazionale</td><td>80,0%</td></tr><tr><td>rel./tecnico</td><td>10,0%</td></tr><tr><td>rel./org.vo</td><td>10,0%</td></tr></tbody></table> <p>Il tipi di conflitto nel biennio del lock down 2020-21, si modificano, rispetto agli anni prepandemia, in quanto l’80% delle mediazioni effettuate riguarda aspetti relazionali/organizzativi.</p> <p>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.</p>	Tipologia di conflitto	Percentuale	relazionale	80,0%	rel./tecnico	10,0%	rel./org.vo	10,0%
Tipologia di conflitto	Percentuale								
relazionale	80,0%								
rel./tecnico	10,0%								
rel./org.vo	10,0%								



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

Anno 2022



Anno 2023

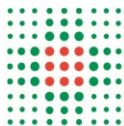


Pur essendo sostanzialmente terminata l'attività di Mediazione nel 2021 Il tipo di conflitto che si evidenzia dall'analisi delle categorie CCRQ sia nel 2022 che nel 2023 è per oltre il 50% dato dalla somma di aspetti comunicativo/relazionale e tecnico professionali

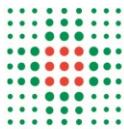
Il problema che si è ancor più evidenziato nel post pandemia e che è stato evidenziato dai professionisti sanitari è l'eccesso di incombenze non solo cliniche ma anche burocratico amministrative, che tolgono tempo all'ascolto.

Bisogna inoltre considerare che, spesso, i cittadini non sono in grado di valutare la correttezza ed appropriatezza dell'atto tecnico, però sono sempre in grado di valutare la qualità della relazione che viene loro offerta.

Così come nel mondo occidentale, negli ultimi decenni, l'allungamento della vita ad ogni costo è avanzato a livello globale mettendo tutti gli altri valori in secondo piano, "la società della sopravvivenza ad ogni costo" (Byung La società senza dolore) perde il senso della qualità della vita, dimenticando anche la qualità delle



	relazioni umane. In questo senso <i>“il virus è lo specchio della nostra società”</i> (op. cit.)
Valutazione risultati e prospettive future	Riunioni strutturate sulla comunicazione all'interno delle Unità operative. Far acquisire ai partecipanti consapevolezza delle proprie emozioni nella relazione del proprio stile comunicativo. Apprendere o potenziare le tecniche dell'ascolto attivo. In particolare, il macro-obiettivo, contenuto nella nuova procedura delle segnalazioni della Rete dei Referenti per i progetti di miglioramento è riuscire ad agire sulla cultura organizzativa che è essenziale per raggiungere obiettivi di miglioramento reali nella struttura organizzativa stessa, come dimostra ampiamente l'analisi delle segnalazioni relative allo stretto legame tra aspetti organizzativi e tecnico professionali ed aspetti umani e relazionali



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	D.P.R. 1124/1965 D. LGS. 230/95; D. LGS. 81/2008;
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 miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Aggiornamento del documento di valutazione del rischio da movimentazione dei carichi con sopralluoghi, ricognizione della disponibilità degli ausili per la movimentazione, (acquisizione di letti carrozzine bed mover) in collaborazione con economato e Ingegneria clinica. Formazione specifica sulla movimentazione manuale dei pazienti nelle degenze ospedaliere effettuata in tutte le strutture ospedaliere Ausl BO. Formazione specifica sull'utilizzo degli ausili minori per la movimentazione dei pazienti per operatori afferenti alle Radiologie o Poliambulatori case della salute. Formazione e addestramento specifico " Ingiury free " per operatori dell'area emergenza e 118. 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, è stato effettuato l'addestramento all'utilizzo dei Dispositivi medici dotati di meccanismo di sicurezza in base alla fornitura Intercent 2022- 2026 in tutte le sedi ospedaliere
Valutazione risultati e prospettive future	Riduzione dell'indice di rischio sulla MMP/MMC e rischio biologico Riduzione del numero di infortuni da MMP/MMC e da rischio biologico Pianificazione di nuove tipologie di corsi sulla corretta movimentazione di pazienti 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 2023 IN AZIENDA USL DI BOLOGNA

INFORTUNI GENERICI

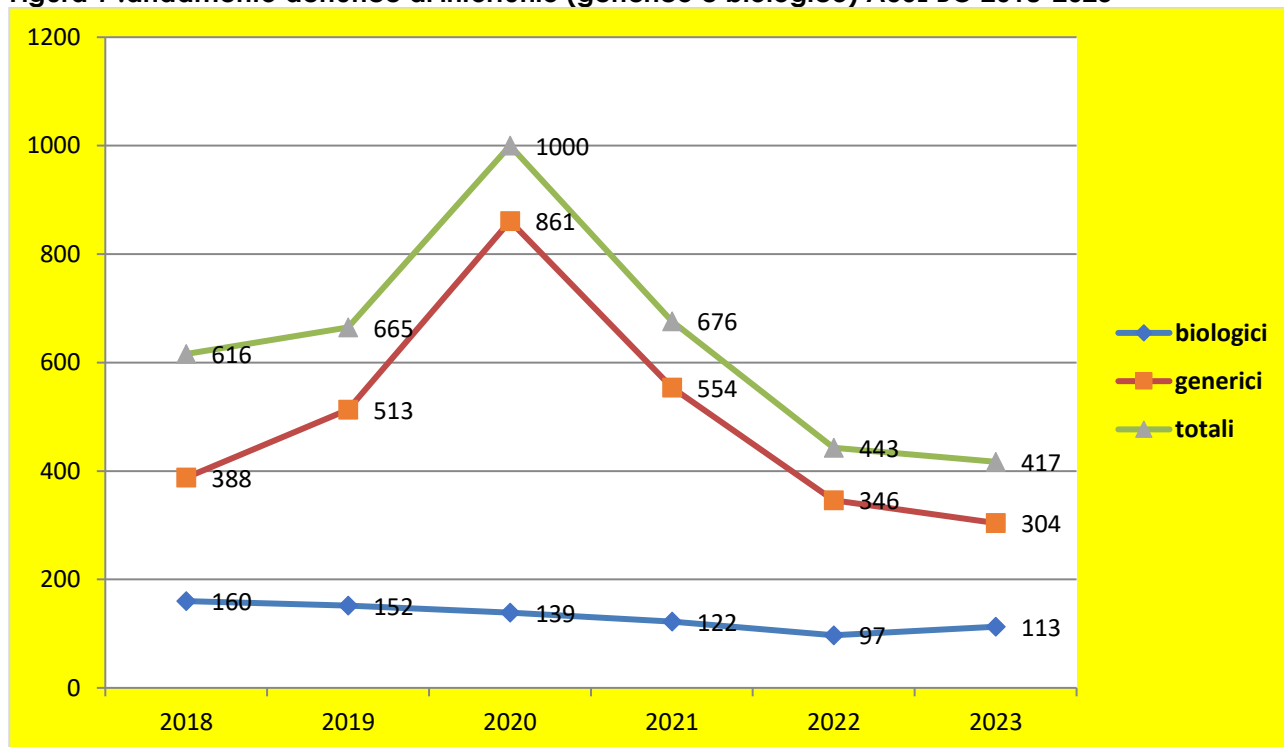
Il numero delle **denunce**¹ per infortunio per l'Azienda USL di Bologna, alla data del 23 febbraio 2024, ammonta a 304.

A questo numero vanno poi sommati, per completezza di dati le 52 **comunicazioni** di infortunio, per un totale complessivo di 356.

Nella suddetta relazione si considerano le sole denunce.

Per ciò che riguarda gli infortuni da aggressione da parte di terzi, si evidenzia la discrepanza tra il numero di denunce all'INAIL di operatori che hanno seguito il solo percorso infortunio sul lavoro e il numero di infortuni rilevati dalle segnalazioni degli episodi di violenza a danno degli operatori, in base al percorso della procedura aziendale P110.

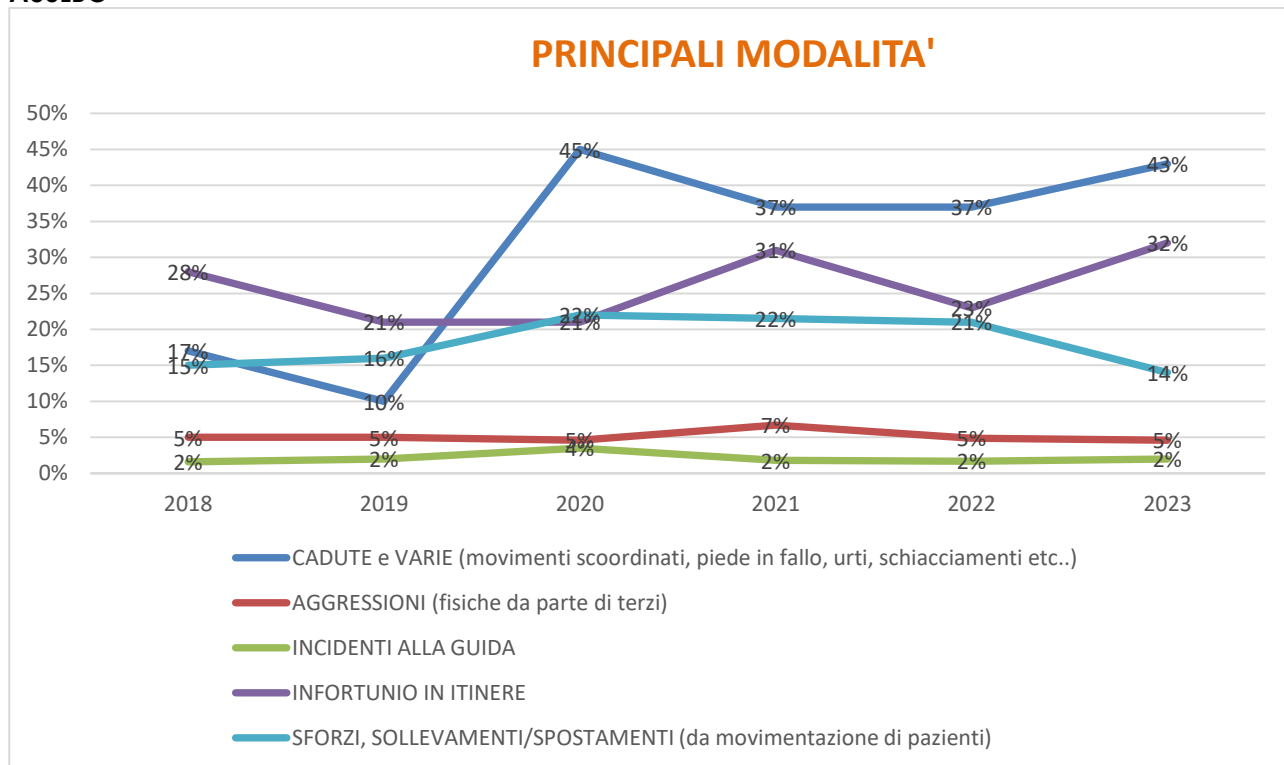
Figura 1 :andamento denunce di infortunio (generico e biologico) AUSL BO 2018-2023



Nel grafico 2 è riassunto l'andamento delle denunce di infortuni generici a decorrere dall'anno 2018, analizzando le principali modalità di accadimento.

¹ 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".

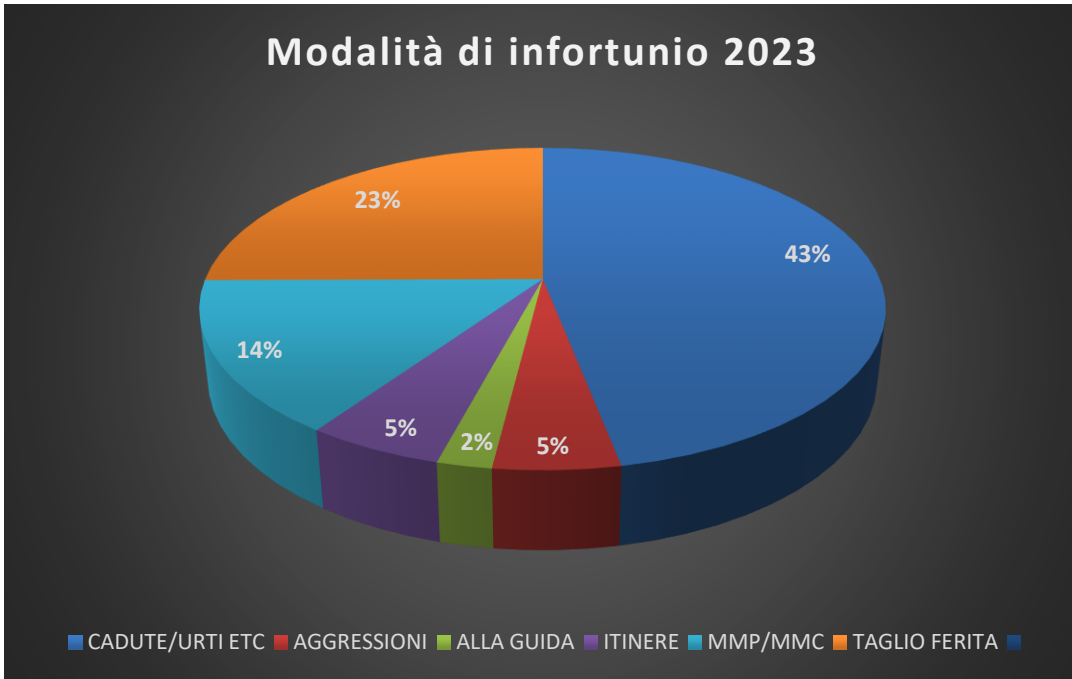
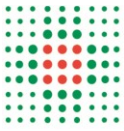
Grafico 2 distribuzione percentuale delle principali modalità di accadimento infortuni generici AUSLBO



Le principali cause di infortunio

Nel grafico sottostante, (3) sono riepilogate le principali modalità di accadimento, per l'anno 2023. Le cadute e tutte le modalità di urto o traumatismo (schiacciamenti, piede in fallo, movimenti scoordinati...) rappresentano il 43% degli infortuni totali. L'infortunio in itinere rappresenta il 23%, quello derivante da movimentazione di pazienti o carichi il 14%, quello da aggressione da parte di terzi il 4,6%.

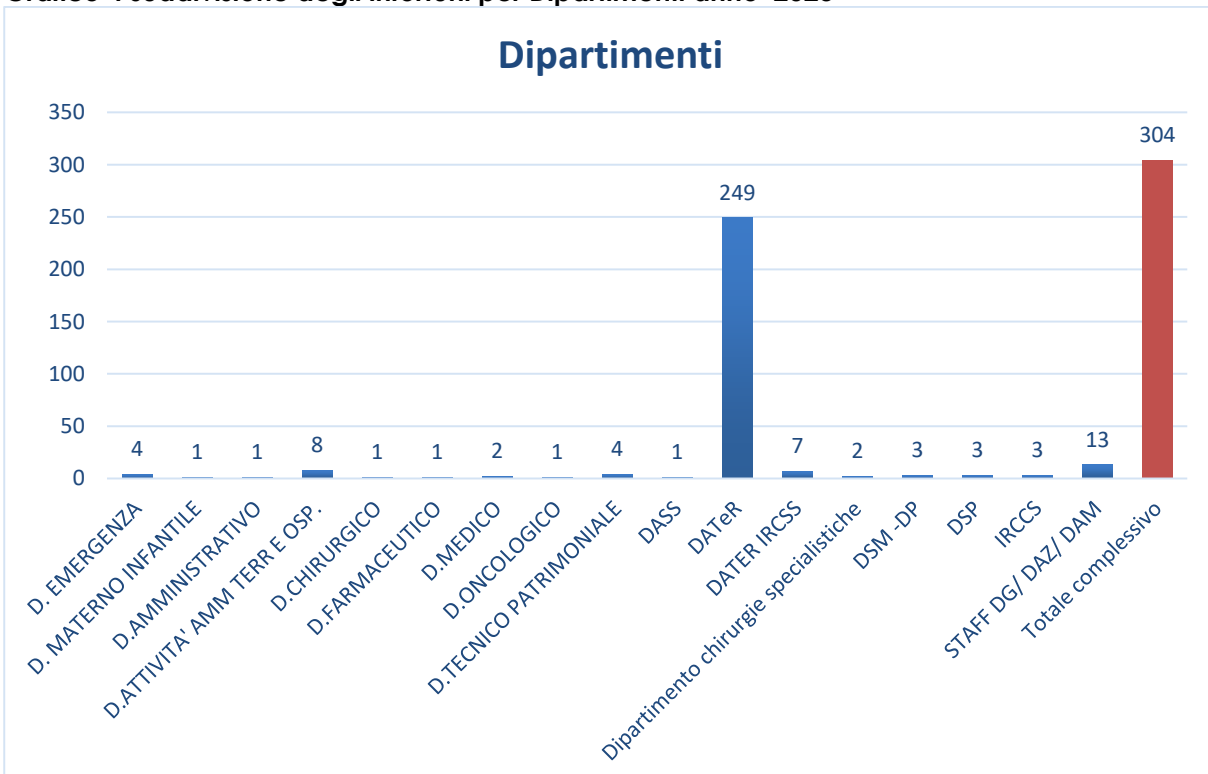
Grafico 3 modalità infortunio anno 2023



Distribuzione delle denunce per Dipartimenti.

Focalizzando ora l'attenzione sul totale degli infortuni (304), si evince che il Dipartimento maggiormente coinvolto nel fenomeno infortunistico è la Direzione Assistenziale Tecnica e Riabilitativa (DATeR), essendo quello maggiormente rappresentativo, con n.256 operatori coinvolti (84%), di cui 7 (3%) afferenti all'Area DaTeR IRCCS -

Grafico 4 suddivisione degli infortuni per Dipartimenti anno 2023



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

Nel grafico 5 sono rappresentate le Unità Organizzative afferenti al DATeR e la numerosità del fenomeno infortunistico.

Grafico 5 Unità Organizzative DATeR

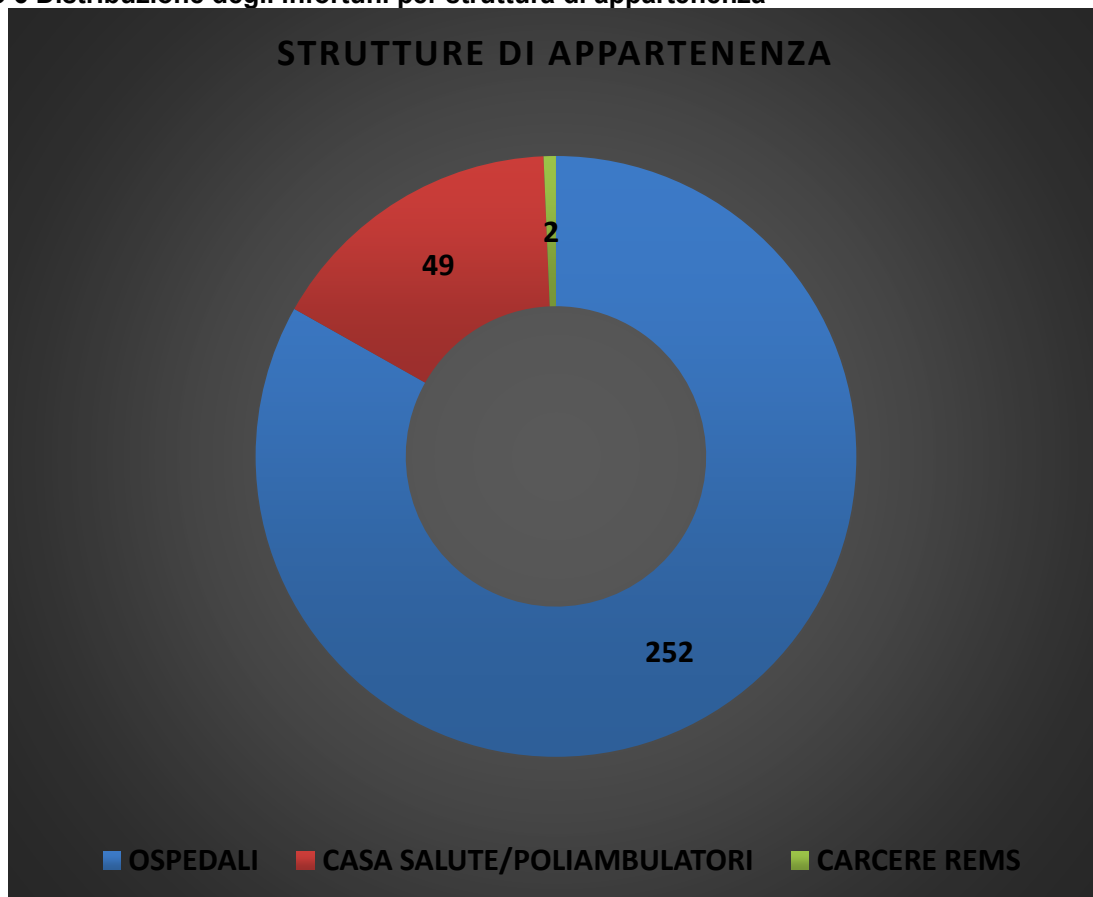


Distribuzione delle denunce per struttura di appartenenza

Nell' 83% (252 casi), l'infortunio è stato denunciato da operatori afferenti a strutture ospedaliere; nel 16%, pari a 49 casi, da operatori afferenti a Poliambulatori, Case della Salute

e Strutture Polifunzionali varie ed infine nell'1% (3 casi) da operatori afferenti al Carcere-
Rems -Gecav

Grafico 6 Distribuzione degli infortuni per struttura di appartenenza



1e Distribuzione delle denunce per qualifica

In 175 casi (58%) gli operatori coinvolti appartengono all'area delle professioni sanitarie (di cui i più numerosi sono rappresentati da 141 infermieri, 11 tecnici di radiologia e 8 fisioterapisti); in 89 casi, pari al 29%, appartengono all'area tecnica (di cui 81 OSS e OTA); in 22 casi, pari al 7%, all'area della Dirigenza Sanitaria (di cui 14 Dirigenti medici).

Grafico 7 Distribuzione degli infortuni per area professionale



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.

Nell'Azienda Usl di Bologna il numero di operatori che hanno denunciato un infortunio a rischio biologico nel corso del 2023 ammonta a 113⁴. A questo proposito va comunque ricordato che la stima della mancata denuncia relativa ai soli eventi in seguito a esposizione percutanea raggiunge elevate percentuali, pari a circa il 50% dei casi⁵.

Le principali cause di infortunio a rischio biologico

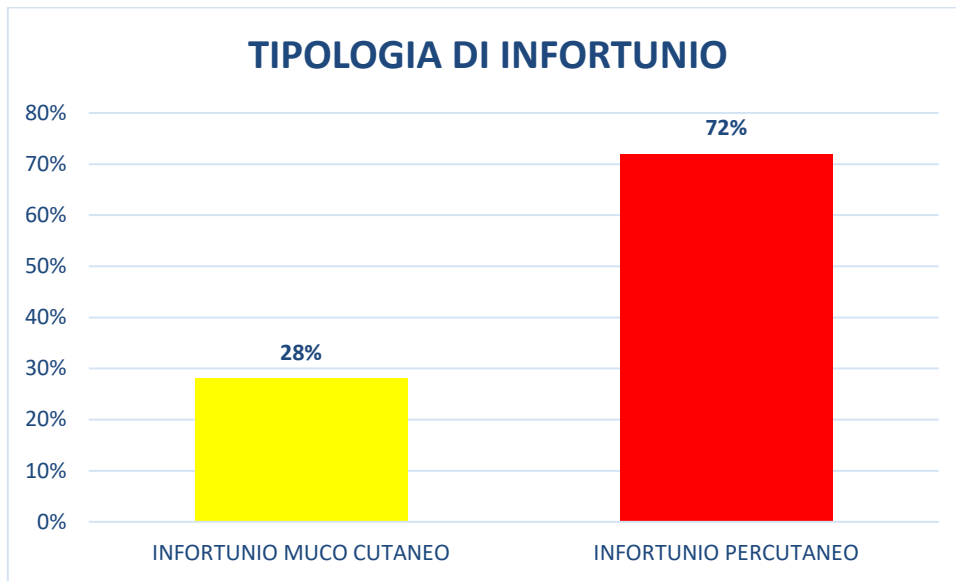
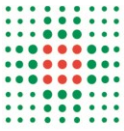
La tipologia di infortunio maggiormente rappresentativa è quella **percutanea**, rappresentata da puntura, lesione da tagliente, graffio e morso con il 78 % dei casi (pari a 81 infortuni) contro il 28% (pari a 32 infortuni) delle contaminazioni con materiale biologico a rischio (**muco cutanea**), dato in linea con la casistica nazionale.

² Fonte PINT30

³ Fonte PINT30

⁴ Fonte UOS Medicina Preventiva

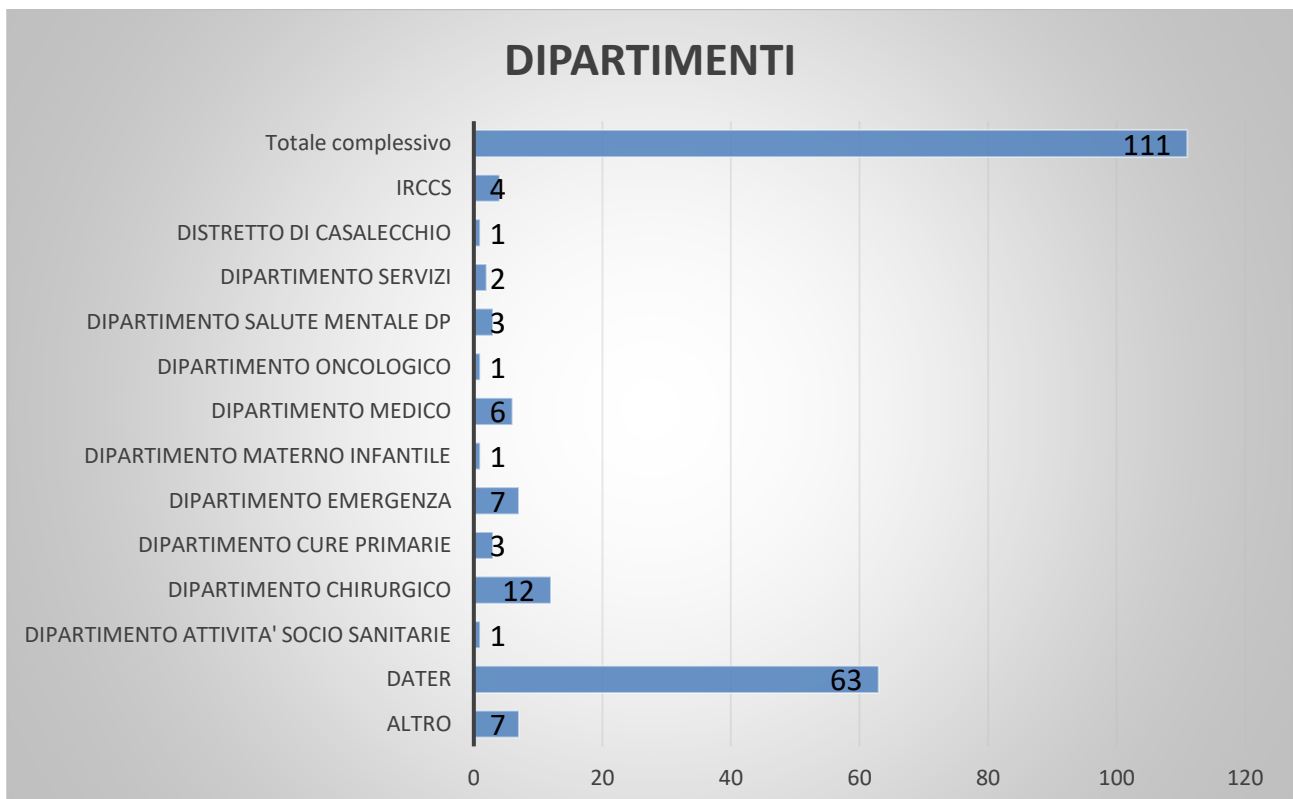
⁵ Gruppo di Studio PHASE . 2012



Distribuzione degli infortuni per Dipartimenti.

La Direzione assistenziale tecnica e riabilitativa (DATeR) è il Dipartimento maggiormente coinvolto con il 63 % di operatori (57 operatori).

Grafico 1 Infortuni biologici 2023- distribuzione per Dipartimenti



Distribuzione degli infortuni per struttura di appartenenza

Nel grafico (2) sottostante sono rappresentate le Strutture in cui sono occorsi gli infortuni.

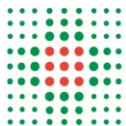
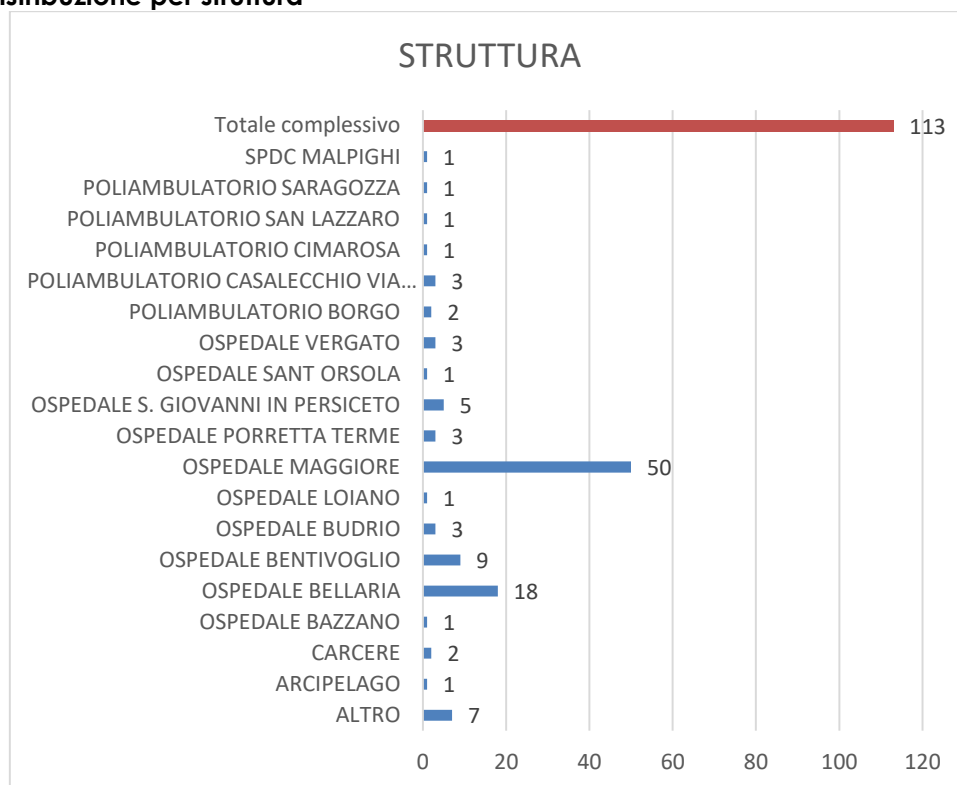


Grafico 2 Distribuzione per struttura



Distribuzione delle denunce per qualifica

La figura professionale che ha denunciato il maggior numero di infortuni è l'infermiere (69 infortuni pari al 62% IN CUI SI INSERISCONO 8 STUDENTI), a seguire il Medico (27 pari al 24%, IN CUI SI INSERISCONO 14 SPECIALIZZANDI), l'OSS (10 infortuni pari al 9%) e altre figure professionali come il biologo, il Tecnico di EEG e di Laboratorio, l'Assistente sociale, l'operatore di magazzino (6 pari al 5%) .

DISPOSITIVO MEDICO IMPLICATO NELL'INFORTUNIO

I dispositivi medici responsabili d'infortunio a rischio biologico sono raggruppati nelle seguenti tipologie:

Ago a farfalla	5
AGO CAVO PIENO DI SANGUE	4
Ago per paracentesi	1
Ago standard per sistemi di raccolta sangue	1
Ago su cui non si è sicuri sul tipo	6
Ago su linea endovenosa	1
Agocannula	8
Altro ago cavo	5
Altro oggetto tagliente	4
Forbici	1
Lama di bisturi	5
Lancetta	1
siringhe a perdere (standard)	8
Siringhe da insulina e per tubercolina	8
siringhe per prelievo arterioso	4
siringhe preriempite	6
TAGLIENTE SOLIDO	9
Totale complessivo	77

La **sierologia del paziente fonte** (su 109 casi) è:

- ✚ 75% negativa
- ✚ 10% ha almeno una positività per HBV o HCV o HIV
- ✚ 9 % dei casi è sconosciuta
- ✚ 5,5 % 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.

Nell'86 % dei casi noti (95/110), il **materiale biologico implicato** nell'infortunio è il sangue, seguito da urina, escreato e saliva per il 9% (10/110) e da un 5,5% di materiale biologico vario (5/110) .

Gli infortuni occorsi con l'**utilizzo di dispositivi dotati di meccanismo di sicurezza** rappresentano il 13,8% dei casi noti (14/102); da un'ulteriore analisi però emerge che di questi 14, in realtà 9 sono stati provocati da movimenti bruschi o improvvisi del paziente. Il dato corretto si attesta al 5%.

Per quanto riguarda la **consulenza infettivologica**, nel 62% 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.

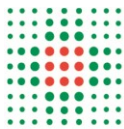
Nel 3 % dei casi (3/108) è stata prescritta la **profilassi post esposizione (PPE)** per HIV, che rimane comunque l'unico efficace strumento di prevenzione secondaria in seguito ad esposizione a fonte HIV positiva o sconosciuta, ma a rischio.

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%): **10%**.

2° indicatore: % di operatori infortunati che si presentano alla MDL/SPPA oltre i 3 gg lavorativi (valore atteso <10%): **9,8%**

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 RSP 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 13/02/2020. 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/flusso informativo	Database segnalazioni di etero aggressività in Azienda USL Bologna secondo il flusso previsto dalla Procedura Aziendale P110 "Prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori" e delle indicazioni ONSEPS (Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e sociosanitarie); cruscotto infortuni INAIL (per le denunce di infortunio da aggressione)
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	Sono stati segnalati 351 episodi di aggressione; il 66% ai danni di operatrici femmine e il 6% ai danni di operatori maschi, ed un 28% in cui il genere non è specificato (poiché segnalante multiplo o non specificato) con netta prevalenza del personale infermieristico (69% dei casi). Il 74% degli episodi di violenza si è verificato nelle strutture ospedaliere, il 21% negli ambulatori territoriali e nelle Case della Salute, il 5% nella Casa Circondariale di Bologna. Si confermano aree a maggior rischio i servizi afferenti al DSM-DP, Emergenza 118, Assistenza Domiciliare, Continuità Assistenziale e Front Office Tipologia di aggressore: paziente nel 68% dei casi, care giver/ familiare/conoscente di paziente nel 32% dei casi (SI VEDA RELAZIONE ALLEGATA)
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	aggiornamento documento valutazione dei rischi da aggressione; formazione specifica di livello 1 e 2 (vedi relazione); supporto psicologico degli operatori richiedenti, vittime di aggressione, da parte del gruppo benessere lavorativo spp
Valutazione risultati e prospettive future	Alla luce dell'analisi effettuata, il numero totale di segnalazioni risulta in incremento costante dall'anno 2019. Si ritiene opportuno per il prossimo futuro: organizzare specifica iniziativa di sensibilizzazione in occasione della giornata nazionale contro la violenza agli operatori sanitari; progettare formazione livelli 3 e 4, che prevede: addestramento specifico di coppie di operatori all'interno delle unità assistenziali a maggior rischio - livello 3 formazione specifica di un trainer nelle UU.AA. per addestramento e formazione continui - livello 4 Protocollo d'intesa con FFOO per implementazione sorveglianza delle strutture sanitarie Implementazione del Sistema di segnalazione SEGNAL ER

INTRODUZIONE

L'analisi degli episodi di aggressività pervenuti nel 2023 attraverso il sistema di segnalazione on line ha comportato un monitoraggio costante del fenomeno. Sono stati analizzati tutti gli eventi 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.

Nel corso del 2023 inoltre, su specifica richiesta della Regione Emilia-Romagna, il data base è stato adeguato alle indicazioni date dall'ONSEPS (Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio sanitarie, istituito con decreto il 13 gennaio 2022 -GU n.41 del 18/2/2022), con il compito di monitorare gli episodi di violenza connessi ai danni degli esercenti le professioni sanitarie e socio sanitarie, nell'esercizio delle loro funzioni.

Sono stati pertanto analizzati, quindi considerati come atti di violenza a danno degli operatori dell'Azienda Usl 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, così come specificato nella Procedura 110 AUSLBO "Prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori" - N. Rev. 2 del 16 marzo 2022.

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

I DATI DELL'AZIENDA USL DI BOLOGNA

Nel periodo compreso tra l'1.1.2023 e il 31.12.2023 sono pervenute 351 segnalazioni.

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.

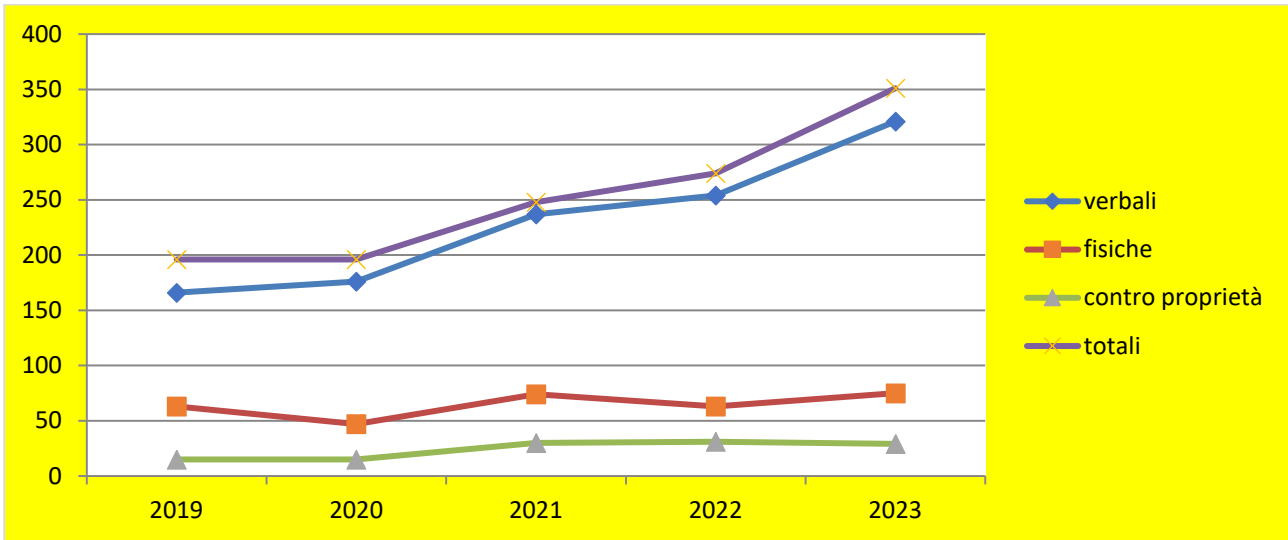
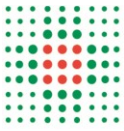
Sono inoltre stati considerati gli episodi che hanno determinato un infortunio sul lavoro .

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 2019- 2023.

Tabella 1: Andamento episodi di violenza nell'AUSL BO



Luogo di accadimento

Il 74% degli episodi di violenza si è verificato all'interno delle strutture ospedaliere, corrispondente a 261 casi, mentre i Poliambulatori/ Ambulatori territoriali / Case della Salute (e strutture residenziali) sono state oggetto di aggressioni nel 21% dei casi, pari a 72 segnalazioni. Infine, si sono rilevate 18 segnalazioni presso la Casa Circondariale Dozza (5%).

Grafico 2 :Luogo di accadimento

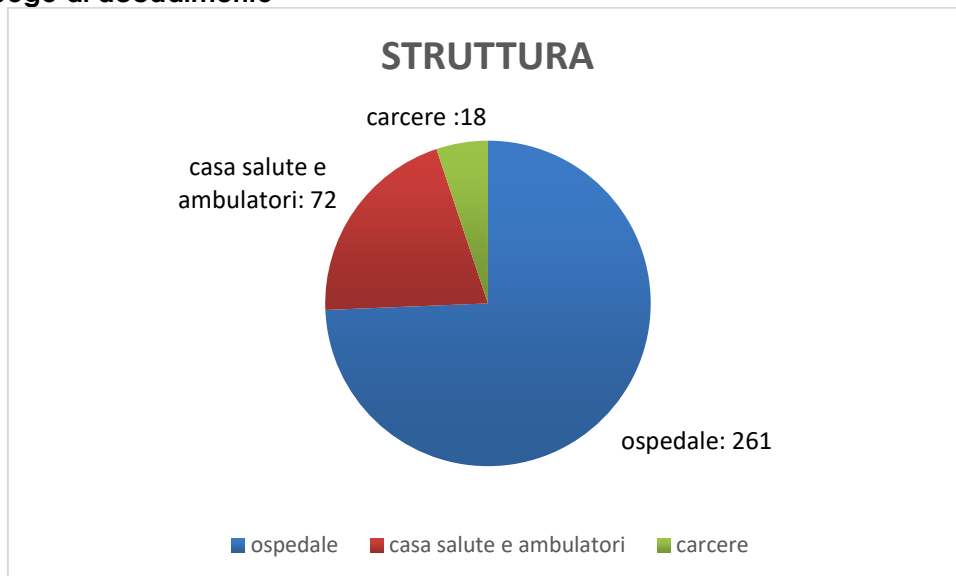
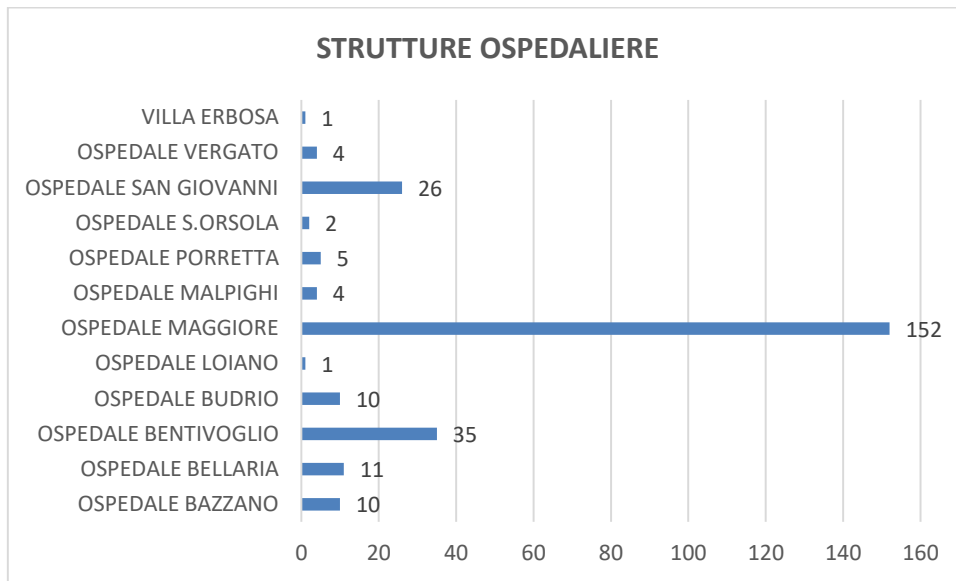
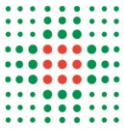


Grafico 2: dettaglio delle strutture Ospedaliere:



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 351 aggressioni, quelle che hanno coinvolto più di un operatore sono state il 2,3%, pari a 8 casi, mentre quelli che hanno coinvolto un solo operatore sono state 342, pari al 97,4 % (grafico 3).

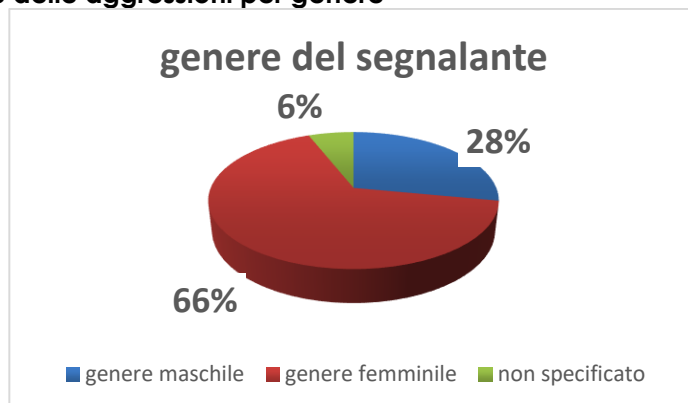
Grafico 3: aggressioni a operatore singolo o multiplo



Distribuzione per genere e qualifica degli operatori coinvolti

Su un totale di 351 episodi di aggressione segnalati, il 66 % ha coinvolto operatori di genere femminile ed il 28% di genere maschile. Nel rimanente 6% non è possibile risalire al genere o perché la segnalazione è multi operatore o perché non nota l'identità del segnalante (grafico 3).

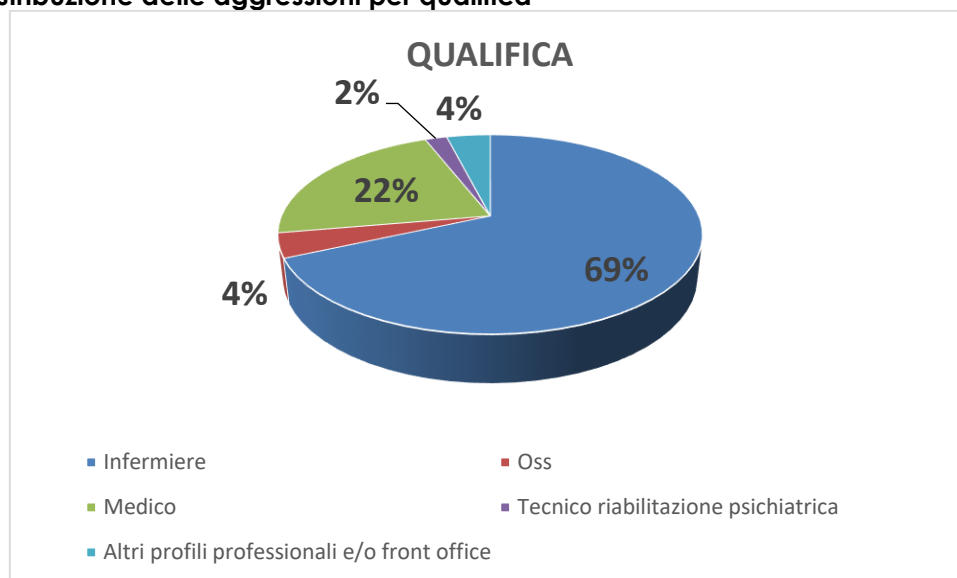
Grafico 3: distribuzione delle aggressioni per genere



L'analisi della **qualifica** (calcolata sul numero di qualifiche note cioè 346) degli operatori coinvolti rileva :

Infermiere	240	69%
Oss	14	4%
Medico	77	22%
Tecnico riabilitazione psichiatrica	6	2%
Altri profili professionali e/o front office	13	4%

Grafico 3 distribuzione delle aggressioni per qualifica

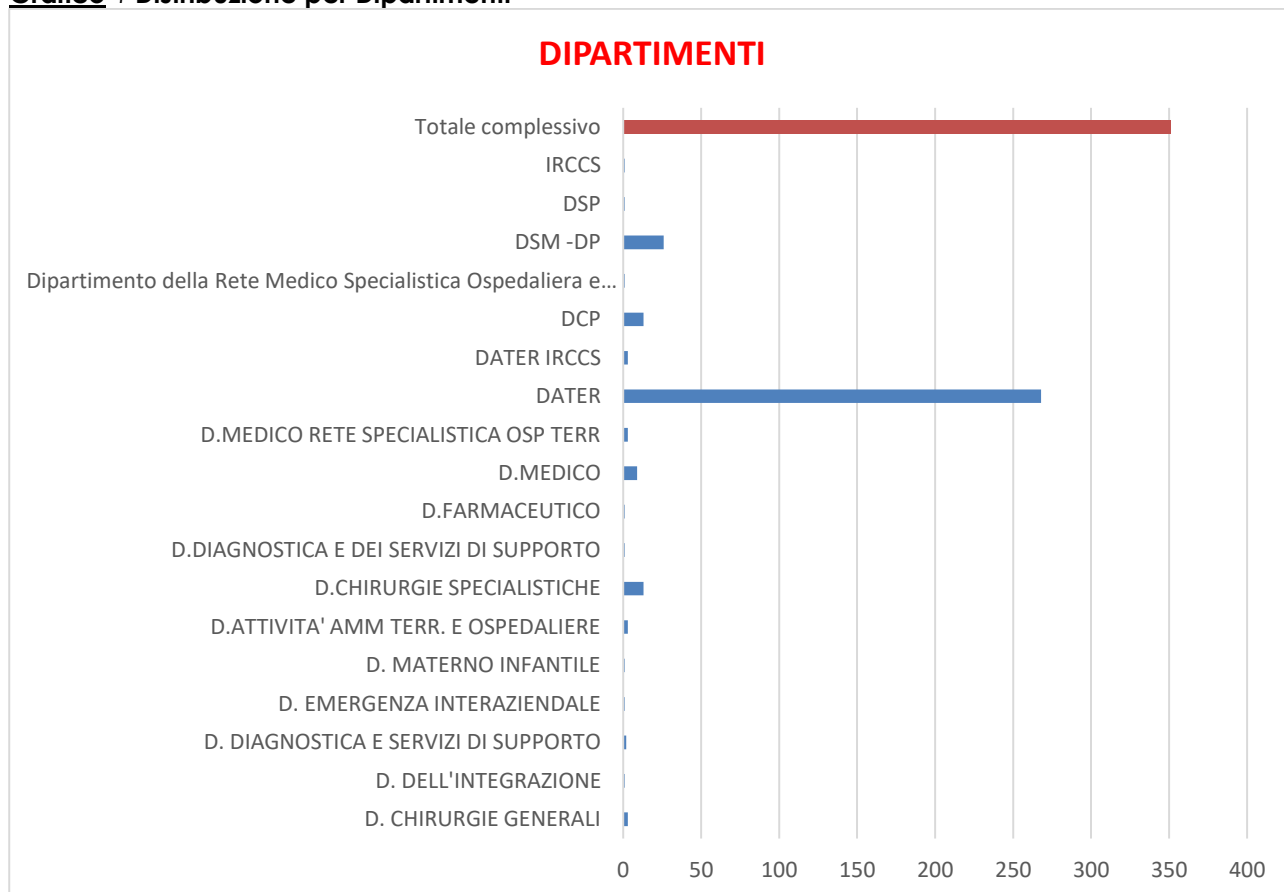


Distribuzione per Dipartimenti

Sul totale di 351 segnalazioni, 272 hanno coinvolto personale afferente al DATeR, pari al 77,5%.

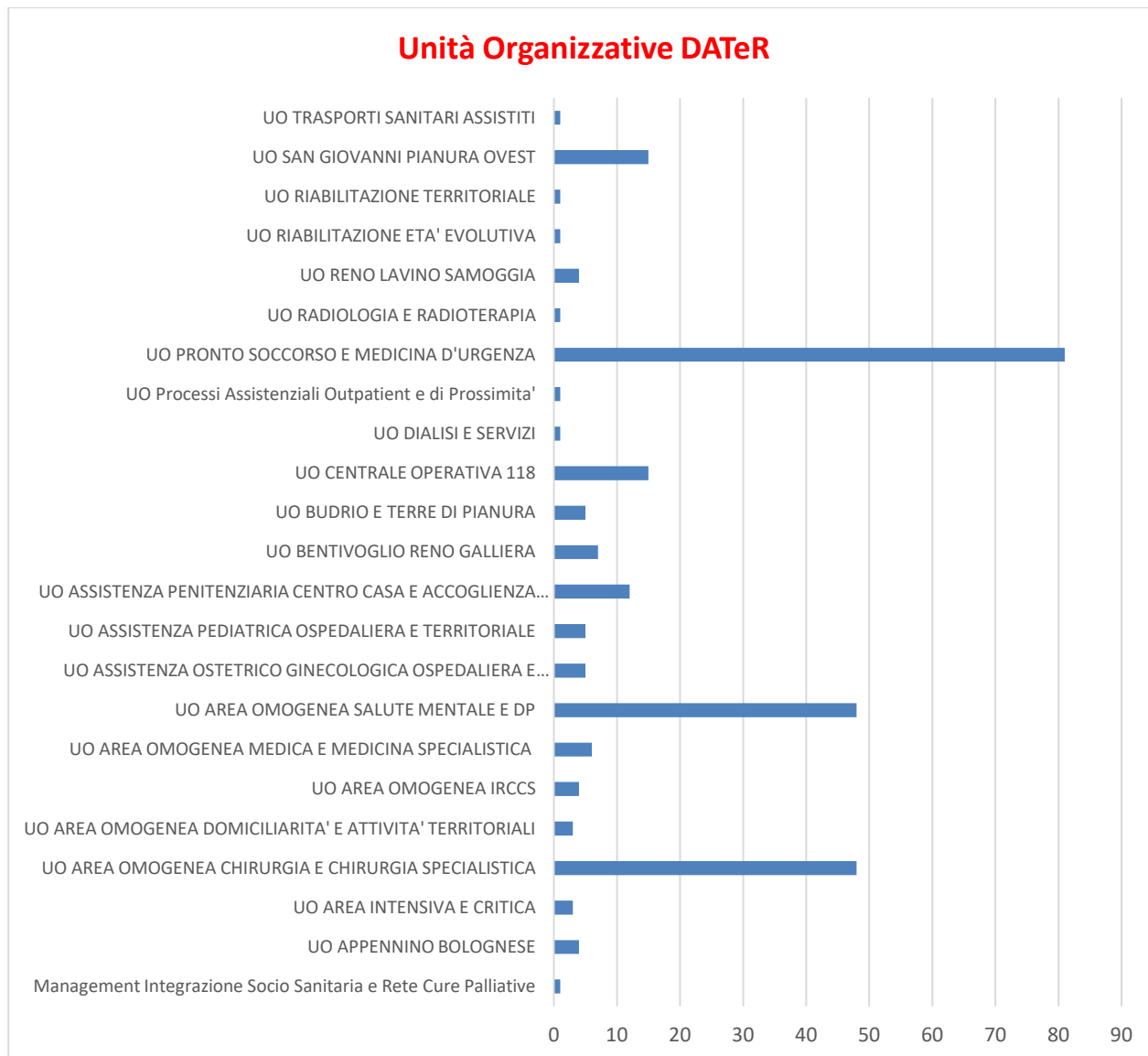
All'interno dei Dipartimenti di produzione ospedaliera e territoriale interessati, la casistica delle segnalazioni è omogenea (figura 5).

Grafico 4 Distribuzione per Dipartimenti



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) (grafico 6).

Grafico 5 : Distribuzione per U.O. DATeR



Tipo di aggressione e tipo di aggressore

Delle 351 segnalazioni pervenute, 321 sono state di tipo verbale, 75 di tipo fisico e 29 contro la proprietà (danneggiamento di oggetti, arredi, attrezzature etc.), considerando il fatto che in una STESSA segnalazione possono essere evidenziate anche più modalità di aggressione.

Per quanto riguarda **la tipologia di aggressore**, nel 68% (pari a 237 segnalazioni) dei casi trattasi di paziente, mentre nel 32% dei casi l'aggressore è un familiare /care giver/ conoscente .

Grafico 7 : Tipologia di aggressore

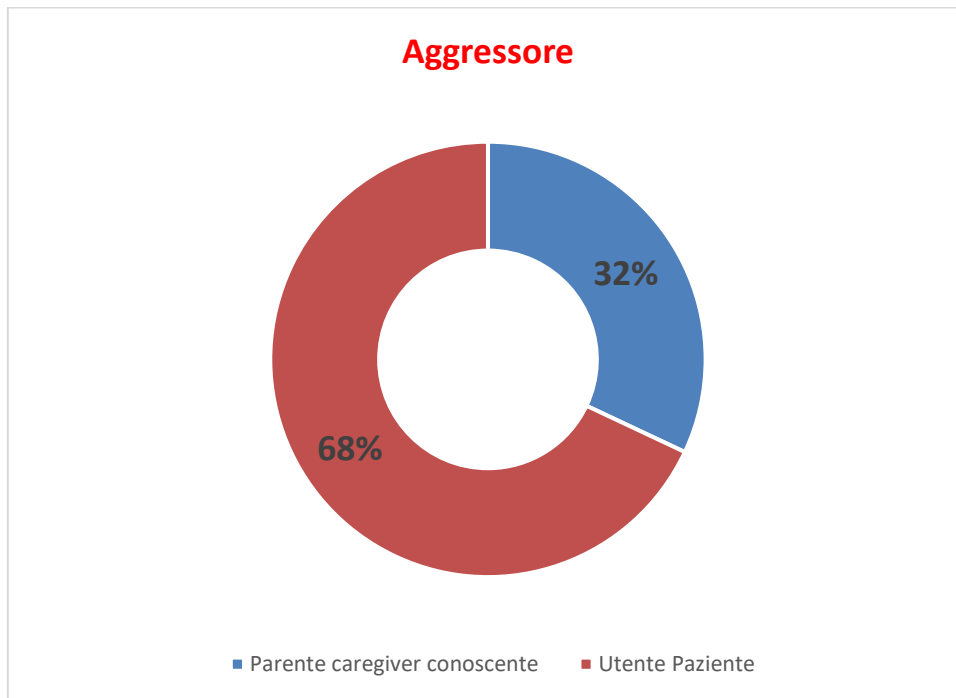
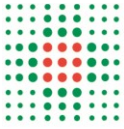
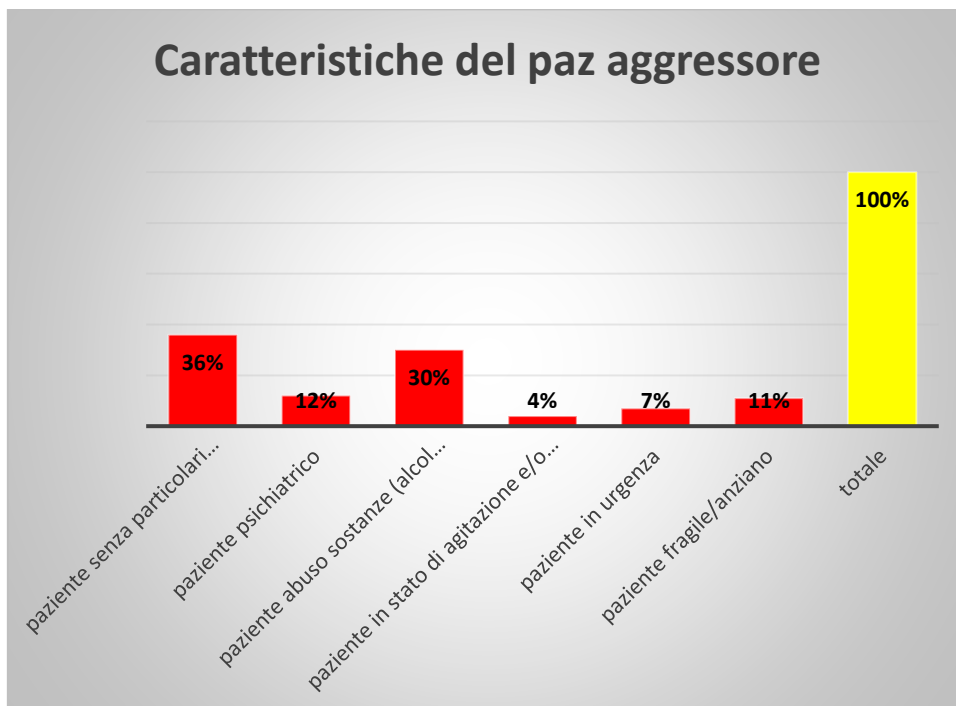


Grafico 7.1 Tipologia di paziente

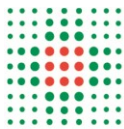


Infortunati sul lavoro ed eventi sentinella

Non si sono verificati eventi di particolare gravità, classificabili come evento sentinella.

Sono stati segnalati 20 infortuni sul lavoro conseguenti ad aggressione.

Le qualifiche degli operatori coinvolti negli infortuni sul lavoro comprendono 1 medico, 17 infermieri, 1 OSS ed 1 operatore non specificato .



In 69 casi (20%) è stato necessario richiedere l'intervento delle forze dell'ordine; in 14 casi (4%) è stata effettuata la segnalazione all'autorità giudiziaria.

3 Azioni di supporto per i lavoratori

A questi dati, estrapolati dal data base delle segnalazioni di aggressione, si aggiungono i dati richiesti dal CUG, contenente anche i dati sulla **formazione** degli operatori.

<u>Eventi di violenza a danno degli operatori sanitari</u>							
Procedura Aziendale - P110AUSLBO (data di revisione: 16/3/2022) La gestione degli episodi di violenza a danno degli operatori							
Anno	Totale Segnalazioni pervenute	Violenza Verbale	Violenza Fisica	Infortunio	Evento Sentinella	Danneggiamenti	N° Operatori Formatisti *
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**
2023	351	321	75	20	0	29	346**-

* 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 2023 è così suddivisa:

220 operatori formati col corso base di primo livello denominato “Violenza a danno degli operatori sanitari”, di cui sopra.

126 operatori formati con corsi specifici definiti di secondolivello 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 88 operatori del DSM-DP e 38 del D.E.I.

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

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 percorso si inserisce l'implementazione del percorso di 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 2024 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.

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.