

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

**AZIENDA USL DI BOLOGNA
ANNO 2018**

La Relazione Annuale è stata curata da:

Teresa Palladino - Dirigente Medico UO Medicina Legale e Risk Management, Referente Gestione Rischio Clinico

Walter Abram	Dirigente medico - UO Medicina Trasfusionale
Laura Biagetti	Responsabile UO Qualità, Accreditamento e Relazioni con il cittadino
Manuela Billi	Responsabile Processo Prevenzione e Controllo delle Infezioni - Igiene Ambientale e Gestione Rifiuti
Morena Borsari	Direttore UO Farmacia Ospedale Maggiore
Carlo Descovich	Direttore ff UO Governo Clinico e Sistema Qualità
Andrea Longanesi	Direttore Presidio Ospedaliero Unico
Andrea Minarini	Direttore UO Medicina Legale e Risk Management
Daniele Moretto	Dirigente Medico – UO Presidio Ospedaliero Unico Aziendale
Vanda Randi	Direttore Centro Regionale Sangue RER - Trasfusionale Unico Metropolitano
Massimo Romanelli	Responsabile UO Processi E-Care
Alessandra Rossi	Responsabile assistenziale PDTA del paziente con ferite difficili
Elisabetta Sanvito	Direttore UO Ingegneria Clinica
Daniele Tovoli	Direttore UO Servizio di Prevenzione e Protezione
Evita Zoni	Responsabile DATeR Igiene, sicurezza e gestione dei rischi collegati all'assistenza

Si ringrazia per il contributo attivo alla stesura della Relazione Annuale:

SOMMARIO

1. PREMESSA.....	4
2. DESCRIZIONE DEL CONTESTO DI RIFERIMENTO	4
2. DATI DI ATTIVITÀ E DI PRODUZIONE	7
4. ASSETTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	10
5.SCHEDE DESCRITTIVE DEGLI STRUMENTI/FONTI INFORMATIVE DISPONIBILI SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO.	12
6. CONCLUSIONI	49

1. PREMESSA

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

Il Decreto Ministeriale di istituzione dell’Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza in sanità del 29 settembre 2017 chiarisce poi ulteriormente quali sono 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*) e 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).

Occorre comunque fare un ragionamento generale rispetto alla quantificazione degli eventi avversi. In presenza di un aumento di eventi avversi identificati è complesso determinare se questo rifletta un peggioramento nelle performance dell’organizzazione sanitaria relative alla gestione del rischio o un miglioramento nella capacità di rilevare gli eventi. Si fa presente che i sistemi sanitari che investono nel miglioramento della sicurezza dei pazienti possono anche osservare un aumento del numero di eventi avversi registrati a breve termine. Questo non deve necessariamente essere interpretato come un deterioramento della qualità della cura, in quanto può essere semplicemente il risultato di una migliore consapevolezza e trasparenza nel sistema.

2. DESCRIZIONE DEL CONTESTO DI RIFERIMENTO

L’Azienda USL di Bologna è una realtà ad elevata complessità gestionale e di ampie dimensioni, in cui le professionalità presenti ne costituiscono l’elemento caratterizzante.

L’Azienda USL di Bologna è oggi una delle più grandi e rilevanti aziende socio-sanitarie del Paese con oltre 1,7 miliardi di euro di bilancio annuo e più di 8.400 dipendenti ed è responsabile della tutela della salute di 876.884 residenti, il 44% dei quali risiede nel comune di Bologna.

L’Azienda USL di Bologna, fa parte dell’Area Vasta Emilia Centro (AVEC), che continua ad essere il luogo di integrazione fra le Aziende Sanitarie per l’esercizio congiunto di funzioni specifiche e strumento organizzativo per consolidare e sviluppare le prerogative di autonomia territoriale delle Aziende stesse, sistema integrato in ambiti territoriali definiti, funzionale per l’organizzazione dei servizi sanitari e delle attività tecnico-amministrative. In tale contesto viene mantenuta inalterata la responsabilità decisionale propria delle Aziende e dei rispettivi organi.

Il territorio dell'Azienda USL comprende un territorio di 45 comuni, organizzati in sei distretti di committenza e garanzia (Città di Bologna; Reno, Lavino e Samoggia; Appennino Bolognese; San Lazzaro di Savena; Pianura Est; Pianura Ovest). Complessivamente serve un'area di circa 3.000 chilometri quadrati.

L'Azienda USL di Bologna è una realtà ad elevata complessità gestionale e di ampie dimensioni, in cui le professionalità presenti ne costituiscono l'elemento caratterizzante.

Il numero di dipendenti dell'Azienda USL di Bologna (dato disponibile al 31/12/2018) è pari a 8467 unità. Se ai dipendenti si aggiungono gli universitari (79), le persone con contratti atipici (47), i MMG (568) ed i PLS (124), i medici specialisti ambulatoriali (178), di continuità assistenziale e nello specifico: titolari 89, incaricati 31 sostituti 44 per un totale di 164, dell'emergenza sanitaria territoriale 17, medici addetti alle attività territoriali programmate (vaccinazioni, cure palliative) 65 per un totale di 82, medici della medicina dei servizi 10, Medici penitenziari SIAS 17 (totale 1269); Biologi ambulatoriali 5, Psicologi ambulatoriali 14 il totale sale a 9629 persone.

L'Azienda Usl di Bologna si articola in Distretti, Ospedali, Dipartimenti, Direzioni e Unità Operative. Il modello ordinario di gestione delle attività aziendali, è integrato dall'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico "Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna", costituito in attuazione a quanto previsto dalla Legge Regionale n. 4 del 19 febbraio 2008, dotato di un proprio Statuto.

L'Azienda Usl di Bologna è articolata in sei Distretti e comprende nove stabilimenti ospedalieri che consentono una presenza capillare sul territorio ed assicurano ai cittadini l'accesso ai servizi ed alle prestazioni sanitarie, da quelle di base a quelle di più elevato livello specialistico. La struttura organizzativa aziendale è disciplinata dall'Atto Aziendale e dal Regolamento di Organizzazione Aziendale adottati dalla Direzione Generale. L'Atto Aziendale ed il Regolamento di Organizzazione Aziendale sono reperibili sul sito internet dell'Azienda Usl di Bologna - www.ausl.bologna.it - nella Sezione "Amministrazione Trasparente".

L'azienda negli ultimi anni ha realizzato un insieme di evoluzioni organizzative procedurali e di processo, quali l'implementazione di piattaforme logistiche e professionali, ospedali per intensità di cura e complessità assistenziale, piattaforme operatorie, Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali, che hanno delineato una struttura delle responsabilità organizzative cliniche e assistenziali di tipo matriciale. Con delibera 208 del 10/07/2015 si è riconfigurato il mandato del Distretto quale articolazione territoriale del governo aziendale, che si configura come luogo di formulazione della committenza e di analisi del fabbisogno di assistenza territoriale, ricompresa nei Livelli Essenziali di Assistenza nei differenti setting: residenziale, ambulatoriale, domiciliare ed ospedaliera. Rappresenta, inoltre, il luogo per lo sviluppo di nuove e più incisive forme di collaborazione e di relazione tra Azienda ed Enti Locali.

Il Distretto è centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'Azienda, polo unificante di tutti i servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali territoriali.

L'attuale Assetto organizzativo viene di seguito sinteticamente rappresentato:

Distretti:

Città di Bologna, Appennino Bolognese, Reno, Lavino e Samoggia, San Lazzaro di Savena, Pianura Est, Pianura Ovest.

Esercitano il ruolo di rappresentanza della Direzione Generale aziendale nell'ambito territoriale di competenza a cui rendono conto per la gestione complessiva, al fine di garantire l'accesso della popolazione alle strutture e ai servizi, nonché l'integrazione tra i servizi territoriali e ospedalieri e la continuità assistenziale.

Stabilimenti Ospedalieri:

Maggiore e Bellaria di Bologna, e di Bazzano; di Bentivoglio, di Budrio, di Loiano, di Porretta Terme, di San Giovanni in Persiceto, di Vergato.

Dipartimenti:

- Dipartimenti di Produzione Ospedaliera: Dipartimento Chirurgico, Dipartimento Emergenza, Dipartimento Materno-Infantile, Dipartimento Medico, Dipartimento Oncologico, Dipartimento Servizi

- Dipartimenti di Produzione Territoriale: Dipartimento Cure Primarie, Dipartimento Sanità Pubblica, Dipartimento Salute Mentale-Dipendenze Patologiche

- Dipartimenti di Supporto: Dipartimento Farmaceutico, Dipartimento Amministrativo, Dipartimento Tecnico-Patrimoniale, Dipartimento delle Attività Amministrative Territoriali (DAAT)

Direzioni:

- Direzione Assistenziale Tecnica e Riabilitativa (DATeR)
- Direzione Attività Socio Sanitarie (DASS)

IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna

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

L'ISNB integra le competenze e le professionalità già maturate in Azienda nella diagnosi e nel trattamento delle malattie neurologiche con le competenze didattiche, di ricerca e cura della Clinica Neurologica dell'Università di Bologna, inserita sul piano assistenziale nella rete delle aziende sanitarie regionali dal 1° gennaio 2005.

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

A questo fine persegue i seguenti obiettivi:

- Sviluppare, perseguendo l'eccellenza in tutti i suoi aspetti, la ricerca e l'assistenza nel campo delle scienze neurologiche;
- Sviluppare l'integrazione tra ricerca e assistenza attraverso il potenziamento della ricerca traslazionale e lo sviluppo di studi clinici nell'area assistenziale;
- Realizzare un'efficace sinergia tra Centri di eccellenza e strutture territoriali, attraverso il potenziamento dell'attività in rete a livello locale e la sperimentazione di modelli organizzativi innovativi;
- Sviluppare la collaborazione e lo scambio di conoscenze con gli altri IRCCS di scienze neurologiche, al fine di elevare e uniformare il livello della ricerca italiana e favorire il trasferimento dei risultati al Servizio Sanitario Nazionale;
- Migliorare la qualificazione dei professionisti, sviluppare l'attività formativa, accrescere il capitale intellettuale;
- Svolgere ogni altra attività funzionale al perseguimento dei propri obiettivi.

La valorizzazione dell'attività di ricerca e formazione dell'Istituto si realizza in stretta collaborazione con l'Università di Bologna, cui appartengono numerosi professionisti dell'ISNB, e attraverso la collaborazione con la rete nazionale degli Istituti di Ricerca delle scienze neurologiche. La ricerca dell'IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna (ISNB) per il 2018 è costituita dall'insieme delle attività di "ricerca corrente" condotte dall'Istituto in maniera continuativa con proprie risorse o con le risorse fornite da enti pubblici e dalla "ricerca finalizzata", nella quale specifici progetti di ricerca sono finanziati attraverso bandi competitivi da enti pubblici o privati. La programmazione della ricerca corrente è compito delle strutture proprie dell'Istituto (Direzione Scientifica, Consiglio di Indirizzo e Verifica e Comitato Tecnico-Scientifico), in concertazione con i professionisti e nel rispetto della pianificazione sanitaria regionale.

3. DATI DI ATTIVITÀ E DI PRODUZIONE

La rete ospedaliera, organizzata in nove ospedali ha una presenza capillare sul territorio e garantisce l'autosufficienza aziendale non solo sulle discipline di base, ma anche su quelle di più elevato livello specialistico. Alcuni centri hanno anche valenza Hub di Area Vasta o Regionale. I posti letto dell'offerta ospedaliera sono 1159 (41 DH 1118 DO) così distribuiti nelle varie sedi del Presidio Ospedaliero Unico.

Si rappresenta nella tabella sottostante il dato al 31/12/2018:

STABILIMENTI	DEGENZA ORDINARIA	DAY HOSPITAL	TOTALE
BAZZANO	55	2	57
PORRETTA TERME	68	6	74
VERGATO	18	1	19
LOIANO	24	0	24
BENTIVOGLIO	131	3	134
BUDRIO	53	2	55
S. GIOVANNI IN P.	99	4	103
MAGGIORE - BO	581	16	597
BELLARIA - BO	89	7	96

Da maggio 2014 è attiva la Centrale Operativa (CO) 118 di Area Omogenea Emilia Est che ha accorpato le funzioni delle CO di Bologna, Ferrara e Modena gestendo oltre 300.000 chiamate.

L'Azienda USL di Bologna, nella consapevolezza della centralità del paziente, del suo bisogno di salute e delle sue attese sulla qualità dell'assistenza e del servizio erogato, ha la responsabilità di definire i propri standard organizzativi, di processo ed esito, assumendoli come obiettivi da raggiungere e mantenere nel tempo. A tal fine, ha valorizzato e formalizzato l'approccio per processi secondo la logica dei percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali e di alcuni di questi sono certificati da KIWA-CERMET: Mielolesione traumatica (PDTA interaziendale con l'ospedale di Montecatone), Persona affetta da SLA, Bambino affetto da patologia cronica a rischio di sviluppare disabilità; I PDTA tumore della mammella e tumore del polmone hanno concluso l'iter certificativo triennale. La Breast Unit è certificata EUSOMA dal 2017. Ad oggi sono attivi 26 PDTA aziendali e 10 PDTA interaziendali.

Processi dei Dipartimenti di produzione

I Dipartimenti e le Unità Operative aziendali partecipano, a seconda degli scopi e delle finalità ad essi assegnati alla realizzazione dei processi di cura e nello specifico:

Attività	DSP	DSM e DP	DCP	Dipartimenti Ospedalieri
<i>Prevenzione</i>	X	X	X	X
<i>Promozione della salute</i>	X	X	X	X
<i>Educazione sanitaria</i>	X	X	X	X
<i>Diagnosi</i>	X	X	X	X
<i>Terapia</i>		X	X	X
<i>Assistenza</i>		X	X	X
<i>Riabilitazione</i>		X	X	X

I percorsi dell'utente prevedono alcune fasi comuni a tutti i Dipartimenti, quali:

- Accesso dell'utente ai servizi: gestione dell'accesso dell'utente ai servizi prestati dall'Azienda USL di Bologna.
- Accettazione/accoglienza/presa in carico: gestione degli ingressi dell'utente presso le strutture aziendali; in tale processo sono comprese tutte le attività amministrative, di carattere assistenziale e sanitario preliminari all'erogazione della prestazione.
- Erogazione del servizio: realizzazione della prestazione specifica richiesta/necessaria per l'utente.
- Trasferimento/dimissione: gestione dell'"uscita" dell'utente dalle strutture aziendali. In tale processo sono comprese tutte le attività amministrative e di carattere assistenziale e sanitario necessarie alla corretta dimissione dell'utente (refertazione, chiusura della cartella clinica, integrazioni con altre strutture per l'eventuale "dimissione protetta" quali, ad esempio, i trasferimenti in altra struttura, registrazione di prestazione erogata). Nell'ambito dell'attività di prevenzione si collocano consegna di verbali, di certificazioni, di autorizzazioni, stesura di pareri.

I processi possono essere erogati con le seguenti modalità:

- **Prestazioni ambulatoriali/distrettuali:** specialistica, day service, diagnostica, di base, assistenza domiciliare, consultorio, pediatrica.
 - **Produzione specialistica ambulatoriale**
 - **Prestazioni in regime di ricovero:** Ricovero Ordinario, Programmato, Urgente, Trattamento Sanitario Obbligatorio, Trattamento Sanitario Volontario, Ricovero in Day Hospital / DaySurgery
- Per quanto attiene la **produzione ospedaliera**, il numero totale di ricoveri nel 2018 è stato pari a 62904 di cui 8897 in regime di Day Hospital.

STABILIMENTO_DIMISSIONE	REGIME RICOVERO	NUMERO DIMESSI
BAZZANO	DAY-HOSPITAL	443
BAZZANO	DEGENZA ORDINARIA	1949
BELLARIA - BO	DAY-HOSPITAL	1888
BELLARIA - BO	DEGENZA ORDINARIA	7677
BENTIVOGLIO	DAY-HOSPITAL	462
BENTIVOGLIO	DEGENZA ORDINARIA	6093
BUDRIO	DAY-HOSPITAL	400
BUDRIO	DEGENZA ORDINARIA	1652
LOIANO	DEGENZA ORDINARIA	743
MAGGIORE - BO	DAY-HOSPITAL	3862
MAGGIORE - BO	DEGENZA ORDINARIA	28700
PORRETTA TERME	DAY-HOSPITAL	453
PORRETTA TERME	DEGENZA ORDINARIA	2584
S. GIOVANNI IN PERSICETO	DAY-HOSPITAL	1329
S. GIOVANNI IN PERSICETO	DEGENZA ORDINARIA	3707
VERGATO	DAY-HOSPITAL	60
VERGATO	DEGENZA ORDINARIA	902

- **Prestazioni per la tutela della salute in ambito di vita e di lavoro:** attività di vigilanza, ispezione e controllo, Attività ambulatoriale, Rilascio pareri, certificazioni, autorizzazioni, Attività di informazione, formazione, educazione, Attività per la educazione sanitaria e promozione della salute individuale e collettiva.

4. ASSETTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Il sistema di Gestione del rischio e sicurezza delle cure all'interno dell'Azienda USL di Bologna si è sviluppato nel periodo di riferimento attraverso un percorso di condivisione a tutti i livelli in una logica multidisciplinare e interprofessionale. L'assetto organizzativo che si è ritenuto valido è quello che assume come visuale quella di un "orizzonte di sistema integrato": un approccio gestionale globale alla sicurezza che favorisca l'integrazione delle "diverse sicurezze" aziendali stabilendo sinergie e alleanze così superando la tendenza ricorrente alla frammentazione organizzativa e professionale. Attualmente, pur essendo la responsabilità complessiva sulla sicurezza in capo alla

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

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

Figura 1: Assetto organizzativo per la Gestione del Rischio (da *Piano Programma per la Gestione del Rischio e Sicurezza delle Cure 2016-2018 Delibera 2018*)



5.SCHEDE DESCRITTIVE DEGLI STRUMENTI/FONTI INFORMATIVE DISPONIBILI SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO.

Di seguito vengono descritti in forma di schede descrittive gli strumenti/fonti informative disponibili nell'Azienda USL di Bologna per la sicurezza delle cure e i relativi interventi per la prevenzione e riduzione del rischio clinico, ad eccezione della rappresentazione dei dati relativi agli eventi sentinella in quanto il Decreto 11 dicembre 2009 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità" all'articolo 7, stabilisce che le informazioni desunte dai flussi informativi SIMES siano diffuse con modalità aggregate dall'Osservatorio nazionale degli eventi sentinella e dall'Osservatorio nazionale sui sinistri e polizza assicurative, sentito il Comitato tecnico delle Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano per la sicurezza del paziente.

Si sottolinea che le informazioni che derivano da tali fonti sono indirizzate non tanto alla "quantificazione degli eventi" ma fondamentalmente alla conoscenza dei fenomeni per l'attuazione di azioni di miglioramento finalizzate all'aumento dei livelli di sicurezza attraverso gli strumenti e le fonti informative.

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

Tipologia	INCIDENT REPORTING
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	L'incident reporting è un sistema di segnalazione, nato nelle organizzazioni ad alto rischio e successivamente adattato al contesto sanitario. Lo strumento consente ai professionisti sanitari di descrivere e comunicare eventi avversi - definiti come danni involontari causati dal sistema sanitario o dalla malattia del paziente (Brennan et al., 1991) - e cosiddetti near miss - definiti come "eventi evitati" associati ad errori con la potenzialità di causare un evento avverso, che però non si verifica per effetto del caso o perché intercettato o perché non comporta effetti indesiderati per il paziente (Ministero della salute, 2007).
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	<p>Nell'Azienda USL di Bologna è attivo dal 2010 un sistema di segnalazione di eventi/quasi eventi (near miss). Nel mese di aprile 2018 è stata redatta e implementata la procedura aziendale "Gestione degli eventi avversi e quasi eventi nello svolgimento delle attività clinico-assistenziali".</p> <p>Nel corso del 2018 sono state raccolte 167 segnalazioni riguardanti quasi eventi (near miss), eventi senza esito ed eventi avversi con esito variabile (da minore a moderato). Analogamente agli anni precedenti il 90 % delle segnalazioni corrisponde ad un livello di esito minore (da nessun esito a livello 4) mentre il 10% corrisponde ad un livello di esito moderato (livello 5-6).</p> <p>Tra gli ambiti tematici, in linea con la media regionale, si collocano la gestione della terapia farmacologica (18%), la gestione dei campioni biologici (10%), l'identificazione del paziente (19%), criticità nella prestazione assistenziale (1 %), procedura diagnostica (3%), gestione apparecchiature (3,5%), gestione lista operatoria (1%), procedura chirurgica (1%), criticità correlate a dispositivi medici (6%).</p> <p>Sono stati altresì segnalati mediante flusso informativo dedicato, 164 episodi di violenza a danno di operatori sanitari di cui 185 violenze verbali, 53 casi di violenza fisica e 18 casi di danneggiamento cose. Il dato è legato al coinvolgimento di più operatori per lo stesso evento di violenza. Nell'82% dei casi l'esito è stato moderato mentre nel 17,5% dei casi l'esito è stato minore. Gli eventi con esito maggiore rappresentano meno dell'1%.</p>

<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>Nel corso del 2018, in relazione alle singole segnalazioni volontarie raccolte, sono state intraprese specifiche azioni di miglioramento di tipo strettamente operativo, la cui individuazione ha richiesto l'utilizzo di metodologie di risk management (ad esempio Significant Event Audit (SEA), Failure Mode and Effects Analysis (FMEA/FMECA), brainstorming). Le principali azioni di riduzione del rischio implementate hanno riguardato la stesura (o revisione) di procedura/istruzione operativa, l'acquisizione (sostituzione/riparazione) di presidi/attrezzature/tecnologie), la riorganizzazione di processi, la formazione/addestramento del personale, l'introduzione/integrazione di documentazione, l'avvio di azioni specifiche di monitoraggio nella logica del miglioramento continuo.</p> <p>In particolare, sul tema dell'identificazione del paziente è stato attuato il monitoraggio della procedura "Riconoscimento anagrafico e identificazione della persona assistita per l'erogazione di prestazioni sanitarie" redatta lo scorso anno. In particolare, è stata verificata l'adozione del braccialetto identificativo aziendale contenente i dati anagrafici ed il numero univoco di accettazione/ricovero corretto nei vari setting assistenziali (sul campione di riferimento 99% in sala operatoria, 90% nei reparti di degenza e Pronto Soccorso/punti di Primo Intervento, 82% nelle sale radiologiche)</p> <p>Nel 2017 è stato progettato il sistema di informatizzazione della scheda di Incident Reporting per l'area di diagnostica per immagini e definita la procedura informatica di segnalazione di near miss ed eventi avversi che consente l'accesso per ogni operatore da qualsiasi PC e smartphone mediante connessione alla rete intranet aziendale con garanzia dell'anonimato mediante crittografia sicura (HASH + SALT) delle password di accesso. Nel 2018 è stata diffusa tale modalità di segnalazione informatizzata mediante formazione specifica.</p> <p>Nel 2018 presso la UO Pediatria dell'Ospedale Maggiore è stato realizzato un progetto formativo che ha coinvolto due gruppi di professionisti sanitari della medesima UO, rappresentati da Medici e Infermieri che con il coinvolgimento di tutor appartenenti alla UO Medicina Legale e Risk Management, Direzione DATeR e Direzione della UO di Pediatria, hanno identificato e analizzato in incontri periodici e con metodologia strutturata eventi avversi accaduti nella stessa UO nell'anno 2018.</p>
<p>Valutazione risultati e prospettive future</p>	<p>Il sistema aziendale di Incident Reporting è attivo dal 2010. L'andamento delle segnalazioni nel 2018 ha mostrato un trend in decremento rispetto all'anno 2017 (219) ascrivibile a diversi fattori:</p>

	<p>implementazione di alcuni interventi di miglioramento che hanno consentito di abbattere alcune tipologie di eventi, maggiore monitoraggio delle segnalazioni da parte della funzione aziendale di Gestione Rischio Clinico, iniziative di sensibilizzazione e formazione dei contesti clinico-assistenziali meno inclini alla segnalazione e con un tasso di rischio intrinseco maggiore correlato alle specifiche attività. Ciò ha consentito una maggiore appropriatezza in termini qualitativi consentendo di evitare un'<i>underreporting</i> degli eventi registrato negli anni precedenti in alcuni contesti aziendali.</p> <p>Nel corso del 2019 si prevede di rafforzare l'adesione all'utilizzo del sistema informatizzato di Incident Reporting in Radiodiagnostica anche mediante implementazione di un app dedicata che consenta l'accesso per ogni operatore da qualsiasi PC e smartphone mediante connessione alla rete intranet aziendale. Si prevede altresì la promozione e la valorizzazione del sistema di segnalazione spontanea degli eventi avversi e dei quasi eventi (Incident Reporting) mediante momenti informativi nelle UO richiedenti e interventi formativi strutturati (previsto progetto formativo nel Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche e nel Dipartimento Materno-Infantile con riferimento alla UO di Pediatria) nonché l'implementazione di progettualità inerenti definizione e/o reingegnerizzazione di processi in conseguenza dell'accadimento di eventi avversi con differente livello di esito e successiva analisi di processo (ad esempio reingegnerizzazione del percorso di screening del colon-retto).</p>
--	---

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

Tipologia	CADUTE
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	<p>Le cadute accidentali rientrano tra gli eventi avversi più frequenti nelle strutture sanitarie, soprattutto nei pazienti anziani e possono comportare non solo danni anche gravi correlati al trauma ma anche un aumento dei costi sanitari (aumento della degenza, attività diagnostiche e terapeutiche aggiuntive e/o eventuali ulteriori ricoveri dopo la dimissione) e sociali (diminuzione dell'autonomia, aumento della disabilità e, in generale, riduzione anche molto significativa della qualità della vita).</p> <p>Il rischio di caduta, seppure sempre presente, risulta diversificato come incidenza nei vari setting assistenziali ospedalieri e territoriali. La caduta del paziente nelle strutture sanitarie rappresenta un evento potenzialmente prevenibile attraverso la rilevazione di alcuni elementi mediante appositi strumenti di lavoro clinico-assistenziali che, unitamente ad una obbligatoria valutazione clinica ed assistenziale globale, consentono all'equipe sanitaria di adottare le opportune azioni preventive finalizzate ad anticipare l'evento avverso, spesso causato da errori sequenziali facilmente evitabili.</p> <p>L'Azienda USL di Bologna è impegnata dal 2012 sul tema della prevenzione e gestione delle cadute del paziente in ospedale.</p> <p>L'obiettivo del sistema di segnalazione delle cadute è quello di analizzare il fenomeno della caduta del paziente in ospedale e monitorarne l'incidenza. Nei casi di maggiore rilievo, è prevista da tempo una analisi sistemica dell'evento con i professionisti sanitari e la definizione di eventuali azioni di miglioramento finalizzate al contenimento del numero di cadute del paziente e degli esiti ad esse correlate.</p>
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	<p>Nel 2018 il tasso di caduta del paziente in ambito ospedaliero è stato pari a 2 cadute/1000 gg di degenza mentre nel 2017 era pari a 1,9 cadute/1000 gg di degenza.</p> <p>L'analisi sistematica dei dati raccolti dalle schede di segnalazione degli eventi caduta nel periodo 2018 ha evidenziato come la maggiore quota di cadute abbia interessato pazienti anziani di età compresa tra 75-84 anni in politerapia con farmaci effetto psicotropo e/o cardiologici e con alterazioni dello stato cognitivo e neurologico. E ciò, in linea con quanto evidenziato dalla letteratura scientifica nazionale e internazionale.</p> <p>L'analisi quantitativa e qualitativa dei dati ha consentito di tracciare un profilo del livello di rischiosità aziendale che unitamente all'adesione alle "Linee di indirizzo su prevenzione e gestione delle cadute del</p>

	<p>paziente in ospedale” ” (LIRCO) diffuse dalla Regione Emilia Romagna con la circolare n. 21 del 23 dicembre 2016 ha orientato la pianificazione e programmazione di azioni reattive e di progetti di miglioramento.</p> <p>Nel setting territoriale CRA Case Residenze per Anziani è in essere un monitoraggio periodico delle cadute rispetto al monitoraggio regionale FAR mentre nell’ambito Case della Salute tramite un programma informatizzato “software Casa della salute” è possibile registrare gli eventi caduta dichiarati dall’utenza.</p>
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>Nel 2018 l’Azienda USL di Bologna ha definito un Piano Aziendale per la Prevenzione delle cadute (PAPC) il cui scopo è stato quello di circoscrivere il fenomeno caduta, di sorvegliarlo e di apprendere quali fattori di rischio contribuiscono maggiormente al suo realizzarsi con l’intento di migliorare, con approccio sistemico, il programma e gli interventi di prevenzione e di gestione del rischio caduta che dovranno essere mirati e diversificati nei vari contesti di cura adempiendo così all’applicazione dei livelli essenziali di assistenza.</p> <p>Nel 2018 L’Azienda USL di Bologna ha aderito alla implementazione del progetto regionale riguardante la prevenzione e gestione delle cadute in ospedale con il coinvolgimento di 5 Unità Operative pilota che hanno partecipato ad un corso di formazione aziendale, ad un corso FAD dedicato e ad re-audit di processo su un campione di 40 cartelle cliniche relative a ricoveri effettuati nel 2018. Nel 2018 il corso FAD è stato esteso anche ad altre macro-articolazioni aziendali con un tasso di adesione variabile nei vari Dipartimenti. Il 74,55% dei professionisti sanitari ha completato il corso FAD.</p> <p>Nel corso del 2018 è stata revisionata la procedura aziendale “Prevenzione e gestione della caduta del paziente in ospedale” quale buona pratica organizzativo-gestionale per il controllo e la gestione del rischio caduta. La nuova procedura nel rispetto delle Linee di indirizzo regionali ha standardizzato le modalità operative nella gestione dell’evento caduta prevedendo check-list specifiche per la valutazione multidimensionale e multiprofessionale del rischio di caduta, per la definizione di un piano di prevenzione, per la valutazione della sicurezza ambientale delle aree assistenziali e per la sicurezza ambientale delle aree comuni. È stato rafforzato il coinvolgimento del paziente (adulto e minore d’età) nonché di familiari/caregiver mediante materiale informativo per la prevenzione del rischio caduta. Per l’ambito pediatrico è stato elaborato l’opuscolo informativo “Preveniamo le cadute dei bambini” per i genitori e un Poster destinato alle Stanze di degenza delle UO pediatriche aziendali.</p>

	<p>Nel 2018 è stata elaborata una scheda di segnalazione della caduta specifica per l'ambito dell'emergenza territoriale e dei trasporti inter-ospedalieri.</p> <p>Nel 2017 nel setting territoriale CRA (Case Residenze per Anziani) è stata elaborato l'Atto di indirizzo "Prevenzione delle cadute e S-contenzione". Il progetto "s-contenzione" nelle strutture residenziali per anziani ha previsto la prosecuzione del percorso di audit sulle 57 strutture residenziali per anziani accreditate con lo sviluppo delle seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Nuova rilevazione con fotografia di re-audit su tutte le strutture. – Diffusione a attuazione delle Procedura revisionata P050AUSLBO "Per il superamento della contenzione meccanica nelle Case Residenza Anziani (CRA)" – Coinvolgimento dei famigliari e delle comunità locali (incontri in struttura, eventi con la cittadinanza, rilevazione qualità percepita) – Accompagnamento e sostegno agli operatori mediante percorso di formazione di 20 ore di cui 16 on work, di n° 4 in residenziale e formazione specifica per i fisioterapisti delle CRA. <p>È stato altresì avviato un percorso di riflessione sull'uso della contenzione negli ospedali con la realizzazione del convegno "La contenzione meccanica in ospedale. Buone pratiche e strategie per il superamento" finalizzato a sensibilizzare i professionisti sanitari anche mediante la condivisione dell'esperienza di altre regioni. Contestualmente è stato avviato un percorso di formazione dedicato a professionisti (medici, infermieri e fisioterapisti) di degenze ospedaliere AUSL Bologna. Il corso ha avuto una durata complessiva di 45 ore di cui 20 articolate in incontri in presenza e 25 di autoformazione dedicate a raccolta dati e gruppo di miglioramento</p>
<p>Valutazione risultati e prospettive future</p>	<p>Nel 2019 si prevede l'ulteriore diffusione delle LIRCO mediante la partecipazione al corso FAD regionale sulla caduta dei professionisti sanitari (medici, infermieri, fisioterapisti) che non hanno partecipato alla edizione del 2018. È ciò, per aumentare la consapevolezza di questi soggetti rispetto al rischio caduta e a fornire loro strategie di prevenzione.</p> <p>Analogamente a quanto già effettuato negli anni precedenti, sarà potenziato il coinvolgimento dei professionisti impegnati "in prima linea" mediante "audit " feedback concreti affinché siano fonte di motivazione e acquisizione di nuovo know-how nella logica dell'apprendimento collaborativo.</p>

	<p>Si prevede altresì un potenziamento delle strategie di prevenzione anche in ambito territoriale mediante eventi formativi rivolti ai professionisti sanitari nonché momenti informativi/educativi sul tema della caduta dedicati al cittadino.</p> <p>Nel 2019 si prevede un ulteriore impegno nei vari setting territoriali mediante attività formativa e informativa sulla prevenzione del rischio di caduta rivolta sia ai professionisti sanitari che operano nei vari setting territoriali sia al cittadino.</p> <p>Rispetto al tema contenzione in ospedale si prevede nel 2019 l'avvio di audit nei reparti di degenza ospedaliera, la revisione procedura "Contenzione meccanica nei pazienti in ospedale" e la prosecuzione del percorso formativo "Contenzioni in ospedale: strategie per il superamento" intrapreso nel 2018. Per quanto attiene la contenzione nelle CRA, nel 2019 saranno effettuati ulteriori corso di formazione con il coinvolgimento anche degli ospedali privati accreditati e delle strutture residenziali private per anziani nonché il mantenimento del percorso di audit con rilevazioni sull'utilizzo della contenzione meccanica e della politerapia. Sarà inoltre implementato il progetto "Volontari competenti" e previsti momenti di sensibilizzazione della cittadinanza sul tema in occasione dei tre giorni del Welfare - Bologna che cura (dal 28 Febbraio al 2 Marzo 2019).</p>
--	---

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

Tipologia	SINISTRI
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	<p>Per <i>sinistro</i> si intende ogni richiesta (risarcimento danni, istanza di mediazione ai sensi del D.Lgs.28/2010 e s.m.i., ricorso per accertamento tecnico preventivo, citazione in giudizio, chiamata in causa, citazione del responsabile civile, notifica dell'indagine penale da parte delle Autorità competenti) riferibile a <i>ogni possibile evento dannoso cagionato a terzi riconducibile all'attività dell'Azienda sanitaria, comprese le attività preliminari, conseguenti, accessorie, sussidiarie e complementari, di qualsiasi natura e con qualsiasi mezzo svolte, anche connesse all'utilizzo e/o uso di strutture ed apparecchiature destinate al raggiungimento dei fini istituzionali</i>. Il sinistro può far riferimento a più eventi di danno, purché siano occorsi nell'ambito di uno stesso episodio, siano riferiti al medesimo paziente e siano contenuti nella stessa richiesta.</p> <p>L'attività di gestione dei sinistri è un'attività diversa dalla gestione dell'evento avverso. Il sinistro è una delle specificazioni di cui si compone il macrogruppo degli eventi avversi che coinvolgono ciascuna Azienda sanitaria. Pertanto, le indicazioni operative che delineano le fasi del processo di gestione dei sinistri partono dall'identificazione dell'evento come sinistro.</p>
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	<p>L'analisi del contenzioso aziendale rappresenta un'ulteriore fonte informativa che, unitamente agli eventi avversi, offre una misura dello stato di salute del sistema aziendale orientando progetti di miglioramento volti ad apportare un cambiamento del livello di sicurezza delle cure.</p> <p>Dal punto di vista quantitativo, il numero di sinistri aperti nell'anno 2018 aventi ad oggetto aspetti di presunta inadeguatezza tecnico-professionale con danno alla persona, mostra un decremento rispetto al triennio precedente (111 nel 2018 rispetto a 120 nel 2017, 197 nel 2016, 199 nel 2015).</p> <p>Nel 2018, le richieste di risarcimento danni all'Azienda sono prevenute per il 77% tramite avvocati, per il 2% dai familiari/eredi, per il 7% da Agenzia di Infortunistica, per l'1% da parte dell'Organismo di tutela dei diritti del malato e per il 10% dal presunto danneggiato.</p> <p>Nel 2018 sono stati definiti anche casi aperti negli anni precedenti in relazione alle tempistiche correlate a iter processuali di lunga durata.</p>
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	<p>Rispetto alle tematiche emergenti dall'analisi del contenzioso sono stati effettuati interventi formativi in ambito ospedaliero e territoriale su aspetti inerenti la sicurezza delle cure, la Responsabilità professionale sanitaria, la corretta redazione e tenuta della</p>

	<p>documentazione sanitaria , il consenso/dissenso informato all’atto sanitario. È stato altresì istituito un gruppo di lavoro per la revisione del Regolamento aziendale sulla tenuta e gestione della documentazione sanitaria e sul dossier sanitario.</p> <p>In esito a richieste di risarcimento relative a smarrimento di protesi dentarie mobili è stata redatta una procedura aziendale per la prevenzione e gestione del danno dentario a cui ha fatto seguito un un calo drastico delle richieste di risarcimento per tale tipologia di sinistro. Inoltre, è stata redatta la procedura per la prevenzione e gestione delle cadute del paziente in ospedale quale azione di miglioramento finalizzata anche al contenimento dell’evento caduta come sinistro. Una particolare attenzione è stata posta all’ambito chirurgico attraverso il monitoraggio delle buone pratiche clinico-assistenziali e la verifica del livello di adesione alla corretta compilazione della safety surgical check-list mediante osservazioni dirette in sala operatoria.</p> <p>È stata inoltre elaborata la procedura aziendale P71AUSLBO “Gestione diretta dei sinistri”.</p> <p>Definizione del progetto “Lean-novazione claims tra ricerca di nuove opportunità e miglioramento continuo del processo operativo di gestione del sinistro” risultato vincitore del premio SHAM in occasione del Forum Risk Management 2018.</p>
<p>Valutazione risultati e prospettive future</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Definizione e attuazione di un percorso operativo che preveda un “dialogo” più strutturato tra gestione del sinistro quale specificazione di cui si compone il macrogruppo degli eventi avversi e gestione del rischio clinico al fine di delineare in un’ottica di governo proattivo, i trend emergenti nel rischio per implementare buone pratiche di sicurezza (promozione interventi correttivi nelle aree critiche, attività di miglioramento di percorsi e/o procedure che abbiano presentato dei limiti). - Coinvolgimento attivo degli operatori mediante strutturazione di audit su criticità e latenze concrete correlate alla genesi dei sinistri nonché mediante attività formativa sulla responsabilità sanitaria e gestione aziendale del contenzioso; ciò, nell’intento di impattare direttamente sul livello di sicurezza con ripercussioni positive sulla responsabilizzazione di strutture e operatori.

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

Tipologia	DISPOSITIVO VIGILANZA
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	<p>L'obiettivo del sistema di vigilanza è quello di incrementare la protezione della salute e la sicurezza dei pazienti, degli utilizzatori e di altri riducendo la possibilità che lo stesso tipo di incidente dannoso si ripeta in luoghi diversi in tempi successivi. Tale obiettivo è raggiungibile attraverso la valutazione degli incidenti segnalati e, se del caso, la divulgazione delle informazioni al fine di prevenire altri incidenti dello stesso tipo.</p> <p>Gli operatori sanitari pubblici o privati che nell'esercizio della loro attività rilevano un incidente che coinvolga un dispositivo medico sono tenuti a darne comunicazione al Ministero della Salute, con termini e modalità stabilite dalla normativa.</p> <p>La comunicazione è effettuata direttamente o tramite la Struttura sanitaria ove avviene l'incidente segnalato, nel rispetto di eventuali disposizioni regionali che prevedano la presenza di referenti per la vigilanza sui dispositivi medici. La comunicazione deve essere inviata altresì al fabbricante o al suo mandatario, anche per il tramite del fornitore del dispositivo medico.</p> <p>Fra i compiti in carico all'operatore sanitario vi è anche quello di comunicare al fabbricante o al mandatario ogni altro inconveniente che, pur non integrando le caratteristiche dell'incidente, possa consentire l'adozione delle misure atte a garantire la protezione e la salute dei pazienti e degli utilizzatori.</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.</p> <p>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>Nella intranet aziendale sono a disposizione degli operatori sanitari i moduli per effettuare le segnalazioni (Rapporto di incidente o di mancato incidente da parte di operatori sanitari al Ministero della Salute e "SEGNALAZIONE DI RECLAMO" al fabbricante o mandatario o distributore da parte degli operatori sanitari).</p>

	<p>A livello aziendale sono disponibili specifiche procedure in materia di vigilanza redatte dal Servizio di Ingegneria clinica e (IO08 – Gestione Vigilanza- gennaio 2017) e l’Istruzione Operativa aziendale IO 04 P094AUSLBO, Allegato 8 della Procedura P094 Gestione Terapia farmacologica) finalizzate alla definizione delle azioni da intraprendere a seguito di ricezione di Avvisi di Sicurezza o di segnalazioni di incidenti da parte del Referente Aziendale per la Vigilanza sui Dispositivi Medici e Medico-Diagnostici in Vitro.</p> <p>La procedura aziendale P008AUSLBO - Manutenzione su chiamata Apparecchiature Biomediche – rev 1- marzo 2017, prevede che la segnalazione di guasto sia valutata come possibile incidente legato all’utilizzo di Dispositivo Medico.</p> <p>Le segnalazioni inerenti la dispositivo vigilanza vengono trattate come previsto dalle indicazioni regionali e ministeriali.</p>
<p>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</p>	<p>Lo strumento della segnalazione può ridurre la probabilità che lo stesso tipo di incidente si ripeta in luoghi diversi in tempi successivi.</p> <p>I problemi correlati ai Dispositivi Medici possono essere difetti/malfunzionamenti di lieve entità oppure incidenti o mancati incidenti che hanno compromesso o rischiato di compromettere gravemente la sicurezza dei pazienti o degli operatori.</p> <p>Nei casi di lieve entità le non conformità vengono segnalate direttamente alla ditta Produttrice/Fornitrice.</p> <p>Nel caso di eventi di elevata gravità i Rapporti di Incidente/Mancato Incidente vengono notificati al Ministero della Salute.</p>
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>Nel corso del 2018 il RAV Farmacia ha trasmesso 47 segnalazioni di incidente, di cui 41 per DM e 6 per dispositivi diagnostici in vitro (IVD). 31 segnalazioni di reclamo di cui 30 per DM e 1 per dispositivi diagnostici in vitro (IVD). Sono state inoltre diffusi e gestiti 35 Avvisi di Sicurezza provenienti dai fabbricanti/fornitori e volti alla prevenzione di incidenti.</p> <p>Come indicato nel DGR 919/2018 , nel 2018 i servizi di Ingegneria clinica e Farmacia hanno proposto l’attivazione nell’offerta formativa aziendale del corso FAD “Vigilanza sui dispositivi medici“ su piattaforma Self-PA , in ottemperanza all' obiettivo RER per il biennio 2017-2018 di sensibilizzazione e formazione obbligatoria di almeno il 50% di tutto il personale sanitario verso il tema della sicurezza nell'utilizzo dei dispositivi medici e verso gli obblighi di segnalazione degli incidenti. Il percorso formativo è stato attivato in novembre 2018 per numerosi operatori sanitari di vari ambiti professionali (medici, infermieri, farmacisti, ingegneri) ed è tuttora fruibile.</p> <p>Nel corso del 2018 il RAV Ingegneria Clinica ha effettuato 5 segnalazioni di incidente, di cui 4 per DM e 1 per DM diagnostici in</p>

	<p>vitro (IVD). È stata inoltre analizzata una ulteriore situazione, non rilevando tuttavia le condizioni per una segnalazione/reclamo. Sono stati inoltre trattati 30 avvisi di sicurezza provenienti da fornitori e volti alla prevenzione di incidenti.</p>
<p>Valutazione risultati e prospettive future</p>	<p>Rispetto al 2017, nel 2018 si è registrata una diminuzione (-28%) delle segnalazioni di incidente per DM ed un incremento delle segnalazioni per IVD.</p> <p>Prospettive future:</p> <ul style="list-style-type: none"> • potenziare l'attività formativa sulla dispositivo-vigilanza con particolare riferimento all'importanza della completa compilazione del modulo di incidente/reclamo e della conservazione dello specifico DM. • definire per i RAV aziendali percorsi adeguati alle indicazioni presenti nei Regolamenti europei di aprile 2017, con particolare riferimento a : collaborazione con i fabbricanti per la stesura dei report periodici di Sicurezza ed Efficacia (Sorveglianza post-commercializzazione); utilizzo del Sistema UDI (Identificazione Unica del Dispositivo) e Banca Dati UDI-Eudamed . <p>Nell'80% delle segnalazioni di incidente riguardanti apparecchiature biomediche, l'evento è stata intercettata attraverso i controlli effettuati attraverso la richiesta di intervento a seguito di guasto a dimostrazione dell'efficacia dello strumento di monitoraggio attuato sul processo di manutenzione.</p> <p>Prospettive future:</p> <ul style="list-style-type: none"> • potenziare l'attività formativa sulla dispositivo-vigilanza

SCHEDA DESCRITTIVA DELLO STRUMENTO/FONTE INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO	
Tipologia	FARMACOVIGILANZA
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	<p>Il sistema di segnalazione spontanea consente a tutti gli operatori sanitari e ai cittadini di segnalare le sospette reazioni avverse da farmaci e vaccini all'Azienda sanitaria di competenza mediante le schede apposite, disponibili sulla pagina web di AIFA (http://www.agenziafarmaco.gov.it/content/come-segnalare-una-sospetta-reazione-avversa), che dovranno essere compilate e inviate via mail o fax al Responsabile di farmacovigilanza, o direttamente utilizzando il portale web VigiFarmaco realizzato per la segnalazione online (www.vigifarmaco.it), compilando <i>on line</i> i campi necessari.</p> <p>Tali schede sono successivamente oggetto di valutazione sia da parte del Centro Regionale di farmacovigilanza, sia delle agenzie regolatorie italiana (AIFA) ed europea (EMA).</p>
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	<p>Nell'AUSL di Bologna è attivo un sistema di segnalazione inerente alle attività di farmacovigilanza.</p> <p>La segnalazione di sospetta reazione avversa deve essere trasmessa al Responsabile Aziendale di Farmacovigilanza (RAFV): tempestivamente o comunque entro 2 giorni; entro 36 ore nel caso di farmaci di origine biologica (vaccini inclusi).</p> <p>Il documento aziendale di riferimento è la IO 05 P094AUSLBO "Gestione delle segnalazioni delle reazioni avverse da Farmaci".</p> <p>In totale, nell'arco dell'anno 2018 sono pervenute 584 schede di sospetta reazione avversa, con un incremento del 3 % rispetto all'anno 2017. Il 36% delle segnalazioni è stato considerato grave. La maggior parte delle segnalazioni ha riguardato farmaci, con 518 ADR, pari all'88,7% del totale e solo 66 reazioni hanno riguardato i vaccini (11,3%). Nel 60% dei casi il segnalatore erano medici, nel 32% farmacisti e nel 6% pazienti/cittadini. Il 58% delle reazioni avverse è stato inviato tramite il portale we VigiFarmaco.</p>
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	<p>Durante l'anno 2018, sono stati portati avanti diversi progetti nell'ambito della farmacovigilanza:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Collaborazione interdipartimentale Dip. Materno Infantile – Dip. Farmaceutico per prevenire eventi avversi con l'uso di farmaci. E' stato redatto un prontuario dei farmaci usati in pediatria e, per ogni molecola, si sono specificate le modalità di allestimento, di somministrazione, le incompatibilità chimico

	<p>fisiche e le interazioni farmacologiche. Inoltre è stata redatta una nuova scheda terapeutica con doppio controllo medico – infermiere.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Sono stati effettuati questionari ai pazienti, sia oncologici, che geriatrici, per valutare il grado di consapevolezza sulle terapie assunte e per rilevare eventuali reazioni avverse non segnalate dai clinici. 3. Sono stati effettuati incontri formativi in materia di farmacovigilanza al Corso di formazione specifico in Medicina Generale e un corso di vaccinovigilanza nell’ambito del progetto di Autonomia Vaccinale.
<p>Valutazione risultati e prospettive future</p>	<p>Aumento del numero di segnalazioni di sospetta reazione avversa, aumento del numero di incontri formativi e indirettamente miglioramento della sicurezza dei pazienti.</p> <p>Fondamentale è la costante sensibilizzazione sia dei pazienti/ cittadini che gli operatori sanitari in tema di farmacovigilanza. E’ necessario pertanto perseverare nelle iniziative di formazione, provvedere all’organizzazione di incontri informativi con il personale sanitario e diffondere tempestivamente le informazioni di sicurezza disponibili.</p>

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

Tipologia	EMOVIGILANZA
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 inserite 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 donazione 2) 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 seguente 3) NOTIFICA INCIDENTE GRAVE: sono raccolti la descrizione dell'evento / quasi evento, la fase del processo e il luogo dove si è verificato, l'analisi della cause, provvedimenti correttivi adottati 4) 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	<ol style="list-style-type: none"> 1) Reazioni indesiderate sui donatori: totale N° 581/34668 (1,7%) Di queste: Sangue intero: lievi/moderate 458/29067 (1,6%); severe 1/29067 (0,003%) Plasmaferesi: lievi/moderate 121/5601 (2.1%); severe 1/5601 (0,01%) 2) Reazioni trasfusionali indesiderate N° 25 (14 lievi, 11 moderate, 0 severe)/N unità trasfuse (emocomponenti) 17719 (0,1%) 3) Intercettati nel territorio di competenza del SIMT AUSL BO (comprensivo delle CdC e da aprile 2018 IOR) 22 eventi, di cui: 10 campioni con errata identificazione pazienti/ N° campioni processati 79635 (0,012%), 5 pazienti senza gruppo in SO/N richieste chirurgiche evase 7445 (0,07%), 1 gestioni emergenza /N emergenze 213 (0.5%). Si è verificato un ritardo (trasporto interno) nella consegna di una terapia e una errata attribuzione informatica del codice nosografico nonché due errori etichettatura unità / 150033 totale unità prodotte 0,0013%

	<p>4) Aspiranti donatori: 10 aspiranti donatori reattivi/3750 aspiranti donatori(0,27%) Donatori periodici: 2 donatori periodici reattivi/30000 donatori (0,007%)</p>
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>Revisione procedure:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisione della procedura P03 Gestione della terapia trasfusionale, attualmente alla valutazione dei Dipartimenti. - Redazione e implementazione della procedura P18 Emergenza trasfusionale: Richiesta Urgentissima e Protocollo Trauma Massivo (TRAUMA TEAM) <p>Istituzione del medico referente del Servizio Trasfusionale per ogni dipartimento, al fine di agevolare le reciproche necessità nell'intento di operare in appropriatezza e sicurezza</p> <p>Nel corso del 2018 è stata sperimentata con successo l'apertura pomeridiana (due giorni alla settimana) del centro raccolta Casa del Donatore, nel corso 2019 l'apertura sarà istituzionalizzata a partire dal 18 marzo 2019</p> <p>Sono stati svolti 11 corsi di organizzazione su tutti i settori del SIMT (ambulatorio trasfusionale, immunoematologia ed assegnazione, raccolta sangue ed emocomponenti, lavorazione, qualificazione biologica, PBM esperienze regionali, medicina legale)</p> <p>Piani di miglioramento in corso:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Assegnazione sangue/Laboratorio di Immunoematologia/Percorso preoperatorio chirurgia toracica: verificare la presenza di anticorpi irregolari in un tempo precedente il ricovero. Il piano si propone di individuare pazienti immunizzati in tempo utile per poter soddisfare la richiesta di sangue compatibile - Monitoraggio della contaminazione microbica nei locali della raccolta sangue presso la Casa del Donatore mediante elaborazione di procedura aziendale (in corso)
<p>Valutazione risultati e prospettive future</p>	<p>Formazione: sono stati progettati 6 corsi, di cui uno trasversale (organizzazione settori di lavoro, immunoematologia).</p> <p>Risultano in corso di progettazione i seguenti corsi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - corso regionale di medicina trasfusionale. - corso regionale per l'acquisizione di competenze per il personale medico in ambito dell'attività di raccolta sangue ed emocomponenti. - corso regionale in tema di PBM (Patient Blood Management) per gestire al meglio la risorsa sangue del paziente. - corso trasversale buon uso del sangue ed emocomponenti dedicato al personale operante presso l'Azienda USL Bologna, AOSP, IOR, Ospedali Privati). - corso trasversale per l'utilizzo degli emocomponenti ad uso non trasfusionale. <p>Costruzione di un progetto PBM (Patient Blood Management) multidisciplinare, per pazienti candidati a interventi chirurgici di varie specialistiche ed a pazienti portatori di anemia sideropenia.</p>

SCHEDA DESCRITTIVA DELLO STRUMENTO/FONTE INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO	
Tipologia	RECLAMI/SUGGERIMENTI DEI CITTADINI RELATIVI AL RISCHIO CLINICO
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	<p>Un Reclamo è una qualunque espressione di insoddisfazione degli utenti e degli operatori sanitari. Costituisce un'opportunità di miglioramento della qualità dei servizi e uno strumento necessario a monitorare il livello di soddisfazione dei cittadini/utenti (DGR 320/2000).</p> <p>Le segnalazioni utili alla Gestione del Rischio vengono indicate dalla RER come quelle in cui vi è: "Percezione di un danno subito da un paziente, indipendentemente dal fatto che tale danno sia oggettivo o che per tale danno si richieda un risarcimento".</p> <p>I reclami di interesse per la gestione del rischio vengono inoltrati, tra tutti quelli che i cittadini inviano, dai referenti URP distrettuali, territoriali ed ospedalieri (formati attraverso corsi specifici dell'Agenzia Sanitaria e Sociale della regione Emilia-Romagna) ai referenti dell'UO Qualità, Accreditamento e Relazioni con il Cittadino, in Staff alla Direzione Aziendale. Le segnalazioni che, dopo una valutazione preliminare, sono ritenute di interesse per la gestione del rischio, sono inoltrate alla UO Medicina Legale e Risk Management. Quest'ultima decide di intraprendere il percorso di Ascolto e Mediazione dei conflitti con l'obiettivo di identificare azioni di miglioramento che possano avere un impatto sugli aspetti relazionali ed organizzativi. Per identificare le azioni di miglioramento che emergono dall'analisi dei reclami dei cittadini è inoltre in uso il "Modulo di rilevazione per i Direttori di Distretto della azioni adottate dai Dipartimenti in merito alle criticità segnalate" allegato alla Procedura aziendale di gestione delle segnalazioni.</p>
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	<p>Nel 2018 sono stati effettuati 73 ascolti che hanno coinvolto sia il cittadino (n. 28) che il professionista sanitario dei vari Dipartimenti (n. 45) e 20 mediazioni.</p> <p>In alcuni casi, anche laddove la mediazione ha avuto esito positivo, il cittadino ha richiesto una risposta scritta; ciò si è verificato soprattutto per quelle segnalazioni in cui vi erano evidenti criticità di tipo organizzativo e/o tecnico.</p>
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	<p>A seguito del percorso di ascolto/mediazione dei conflitti sono state intraprese azioni di miglioramento che hanno riguardato la riorganizzazione del personale o di processi, modifiche organizzative di percorsi clinico-assistenziali, la formazione del personale,</p>

	introduzione/integrazione di documentazione, stesura (o revisione) di protocollo/procedure aziendali, audit.
Valutazione risultati e prospettive future	Nel 2019 si prevede sia il mantenimento del percorso della mediazione dei conflitti in sanità quale ulteriore fonte di identificazione dei rischi aziendali consentendo all'Azienda di conoscere le debolezze organizzative e i processi errati che possono arrecare disagio agli utenti e sia attività di audit rispetto ad aree "a rischio" identificate con adozione/revisione di percorsi di miglioramento e/o di best practices e successivo feedback ai professionisti.

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

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

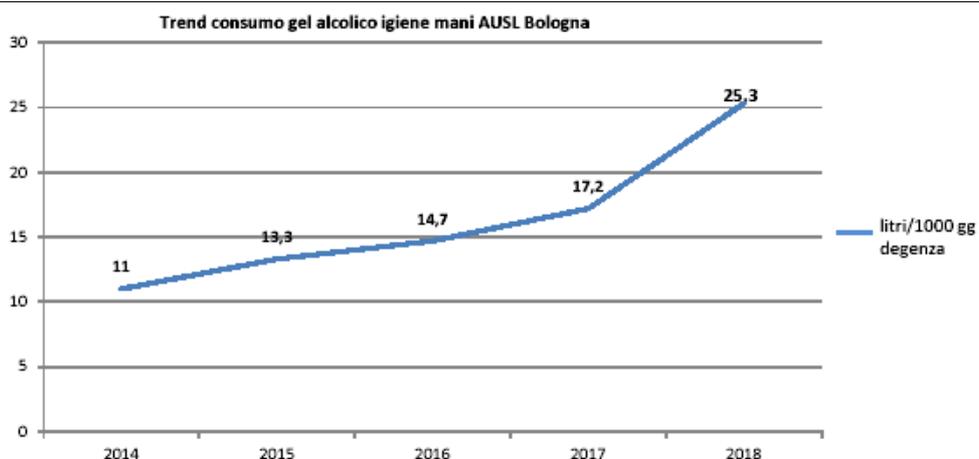
	raccomandazioni sulla sicurezza in sala operatoria, e ciò al fine di ridurre la mortalità e le complicanze post-operatorie.
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	<p>L'andamento dei dati del 2018 conferma sostanzialmente un grado di adesione tendente al 100% (>99%), con un livello di non conformità (attorno al 4%) in media con i dati regionali.</p> <p>La raccolta sistematica delle informazioni relative alla compilazione delle SSCL anche mediante l'osservazione diretta in sala operatoria ha consentito di focalizzare l'attenzione su aree organizzative critiche sviluppando azioni volte al miglioramento e al superamento di specifici problemi.</p>
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	<p>Da Novembre 2018 è utilizzata una check-list specifica per gli interventi di cataratta modificata rispetto a quella regionale in quanto integrata con ulteriori items.</p> <p>Nel 2017 l'Azienda USL di Bologna ha aderito al "progetto regionale OssERvare" avente come scopo la valutazione qualitativa della corretta compilazione della SSCL di sala operatoria. Le osservazioni sono state svolte da personale infermieristico con competenze di sala operatoria (coordinatori) nei vari Blocchi Operatori prendendo come campione 35 interventi di chirurgia generale e 15 di ortopedia per un totale di 50 osservazioni. I dati relativi alle osservazioni sono stati inseriti nel database della Regione. Sulla base dei risultati emersi, è stato predisposto un Piano di Miglioramento, che ha previsto il coinvolgimento attivo tutte e tre le figure componenti l'équipe di Sala Operatoria ovvero chirurghi di tutte le specialità, anestesisti e infermieri. Nel mese di settembre 2018 si è svolta la seconda osservazione diretta così da verificare se le azioni sviluppate hanno sortito l'effetto desiderato permettendo il superamento delle criticità emerse con le osservazioni iniziali. Nella seconda rilevazione l'osservazione ha riguardato un campione di 35 interventi di chirurgia generale e 15 di ortopedia per un totale di 50 osservazioni.</p>
Valutazione risultati e prospettive future 2019	<p>Nel primo trimestre 2019 si prevede l'informatizzazione del Blocco operatorio di Vergato e nonché l'informatizzazione della checklist per gli interventi di cataratta.</p> <p>I risultati del monitoraggio della check list di sala operatoria e della osservazione diretta in sala operatoria hanno orientato la definizione di azioni di miglioramento di tipo formativo nonché audit con il coinvolgimento dell'équipe chirurgica finalizzati a "curare" eventuali criticità correlate con la compilazione della SSCL.</p>

SCHEDA DESCRITTIVA DELLO STRUMENTO/FONTE INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO.	
Tipologia	RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI PER LA SICUREZZA DELLE CURE
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	A partire dal 2015, il Ministero della Salute, in collaborazione con le Regioni e Province Autonome, è impegnato nella produzione e successiva implementazione di Raccomandazioni specifiche per la prevenzione di eventi sentinella, volte ad aumentare la consapevolezza del potenziale pericolo di alcuni eventi e a ridurre il rischio di riaccadimento indicando le azioni da intraprendere. Ad oggi sono 17 le Raccomandazioni pubblicate dal Ministero della Salute.
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	<p>L'AUSL di Bologna ha puntualmente aderito al monitoraggio provvedendo alla compilazione dello specifico questionario entro i termini previsti e inserendo la documentazione che attesta l'implementazione a livello aziendale delle Raccomandazioni Ministeriali ed i relativi aggiornamenti. La rilevazione è stata rivolta ai Responsabili delle Strutture al fine di monitorare il livello di implementazione delle Raccomandazioni all'interno di tutte le Strutture dell'Azienda, considerando che non tutte le Raccomandazioni sono rivolte a tutte le specialità cliniche.</p> <p>L'adesione al monitoraggio Agenas ha evidenziato un buon livello di implementazione aziendale delle raccomandazioni ministeriali: 15 raccomandazioni su 17 risultavano infatti recepite con documentazione rispondente ai criteri definiti dal livello regionale ovvero procedura unitaria e le restanti 2 recepite in parte (es.: presenza di documentazione non unitaria).</p> <p>Il livello di implementazione di alcune Raccomandazioni per la sicurezza delle cure e delle buone pratiche per la sicurezza degli operatori è stato verificato anche in occasione dell'effettuazione del progetto regionale VI.SI.TA.RE.</p>
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	<p>Ad oggi sono state redatte/revisionate, sulla scorta delle raccomandazioni ministeriali e regionali le seguenti procedure:</p> <ul style="list-style-type: none"> -“Identificazione del paziente sottoposto a intervento, identificazione del sito dell'intervento e conferma dell'intervento; -“Prevenzione della ritenzione di garze, strumenti o altro materiale, all'interno del sito chirurgico; -“Gestione terapia farmacologica”; -“Gestione sicura delle terapie con farmaci antineoplastici” con realizzazione di corso di aggiornamento specifico per la formazione del personale del Dipartimento Oncologico;

	<ul style="list-style-type: none"> -“Comportamento per la prevenzione e la gestione degli episodi di violenza” ; -“Gestione della terapia trasfusionale” - “Prevenzione e gestione dell’evento caduta del paziente in ospedale”. <p>In corso di redazione/revisione nel 2018:</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Prevenzione e gestione delle condotte suicidarie del paziente in ospedale” - “Prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto” - “Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati” - “Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita” - “Sistema di segnalazione Dipartimento di Emergenza per la Prevenzione morte o grave danno conseguente malfunzionamento del sistema di trasporto extra-ospedaliero con ambulanza (Raccomandazione 11 Ministero della Salute)”
<p>Valutazione risultati e prospettive future</p>	<p>Redazione IO “Preparazione campioni istologici con sistema a vuoto e vuoto più formalina” per l’invio presso le UU.OO di Anatomia Patologica Azienda USL di Bologna – IRCCS ISNB.</p> <p>Per il 2018 si prevede il completamento di procedure in bozza tra cui la procedura “Identificazione e trasporto campioni biologici all'anatomia patologica” (P026AUSLBO) e la procedura “Prevenire le reazioni allergiche e gli eventi avversi della terapia farmacologica nei blocchi operatori”.</p> <p>Si prevede entro giugno 2019 la revisione della procedura aziendale “La profilassi del Trombo Embolismo Venoso nel paziente adulto chirurgico ed internistico (P095 AUSL BO)” alla luce dell’emanazione del documento regionale “Linee di indirizzo per la profilassi del tromboembolismo venoso nel paziente chirurgico adulto” (Novembre 2018) e la redazione procedura aziendale e diffusione del documento regionale “Linee di indirizzo per la gestione delle vie aeree nell’adulto” (Novembre 2018).</p> <p>Per l’anno 2019 in accordo con le indicazioni regionali sarà effettuato il monitoraggio AGENAS della implementazione delle raccomandazioni ministeriali sulla prevenzione degli eventi sentinella nonché la partecipazione alla Call for Good Practices 2019, Osservatorio Buone Pratiche, Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del paziente.</p>

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

<p>Tipologia</p>	<p>IGIENE DELLE MANI</p> <p>Si tratta di un intervento indispensabile durante le attività assistenziali e di cura. Tutte le figure che interagiscono con i contesti sanitari (professionisti, pazienti, visitatori) sono chiamati ad aderire a questa importante pratica con l'obiettivo di ridurre la diffusione dei microrganismi e prevenire le infezioni.</p>
<p>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Check list • Report periodico fornito da U.O. Farmacia
<p>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Adesione alla corretta igiene delle mani nei 5 momenti previsti dal WHO - Consumo gel alcolico per l'igiene delle mani
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Rilevazione dell'adesione nei 5 momenti e restituzione dei dati - Analisi dei dati di consumo del gel alcolico e restituzione alle UU.OO. - Comunicazioni sul sito Intranet aziendale, per esempio in occasione della giornata mondiale sull'igiene mani.
<p>Valutazione risultati e prospettive future</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Maggiore interesse sul tema da parte dei professionisti - Compliance all'igiene delle mani ancora globalmente non del tutto soddisfacente seppur il consumo di gel alcolico ha superato lo standard di riferimento dell'OMS pari a 20 litri/1000 gg. degenza ed è in costante continua crescita



Azioni:

- Incremento dell'obiettivo di Budget sull'incremento del gel idroalcolico richiedendo alle UUAA i seguenti valori minimi:
 1. 30lt./1000 gdd area Medica;
 2. 45lt./1000 gdd area chirurgica;
 3. 70 lt./1000 gdd Ria + TI
- informazione/formazione tra cui l'avvio del progetto "La giornata del coordinatore" che prevede incontri mensili con analisi di casi clinico/assistenziali e condivisione di azioni, obiettivi e strategie di miglioramento;
- implementazione degli erogatori del gel alcolico a parete che verranno installati anche all'interno delle camere di degenza;
- Attivazione di corsi di formazione per i Link Nurse;
- Coinvolgimento di uno psicologo azioni atte a comprendere e modificare variabili che influenzano negativamente il comportamento del personale nell'adesione all'uso del gel;
- implementazione degli erogatori del gel alcolico a parete che verranno installati anche all'interno delle camere di degenza.

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

<p>Tipologia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • PREVENZIONE E CONTROLLO DIFFUSIONE DI MICRORGANISMI MULTI FARMACO RESISTENTI (MDRO) CON PARTICOLARE RIFERIMENTO AGLI ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE) • PREVENZIONE E CONTROLLO DI CLUSTER EPIDEMICI <p>L'antibiotico resistenza è un fenomeno multifattoriale in cui un ruolo importante è svolto dall'utilizzo eccessivo e non appropriato degli antibiotici in diversi settori delle attività umane. I microrganismi multi-resistenti agli antibiotici (MDRO) sono rilevanti sotto il profilo clinico ed epidemiologico e possono essere anche causa di cluster/epidemie all'interno delle strutture sanitarie. Tra i patogeni antibiotico-resistenti che sono motivo di attenzione e preoccupazione a livello globale, negli ultimi anni sono emersi ceppi di enterobatteri resistenti ai carbapenemi.</p>
<p>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Contatto costante con la Regione Emilia Romagna anche mediante il sistema di sorveglianza e segnalazione SMI relativamente a CPE: adesione alla circolare 26.02.2013; - Alert Microbiologico inviato alle UU.OO. da parte del Laboratorio Analisi; - Sorveglianza MDRO attraverso report quotidiano con sistema dedicato (sistema Mercurio); - Database locali con registrazione dei casi di Enterobatteri produttori di Carbapenemasi (CPE), registrazione delle segnalazioni al Nucleo Operativo di 2 o più casi sostenuti dallo stesso microrganismo, registrazione delle informative con le UU.OO. relativamente alle CPE; - Indagini epidemiologiche, visite ICA con rilevazione dei comportamenti e dell'adesione alle principali buone pratiche.
<p>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</p>	<p>Potenziamento compliance alle indicazioni aziendali e regionali e all'adesione alle buone pratiche.</p>
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diffusione nelle UU.OO. di degenza dei documenti regionali riguardante le CPE e relativi strumenti per migliorare l'agire quotidiano con l'obiettivo di prevenire la diffusione delle CPE (es. algoritmo decisionale per la gestione del paziente con CPE, messaggio sul sistema Galileo in uso nelle UU.OO. con avviso di pregressa positività nei pazienti ricoverati, informativa per i degenti/visitatori) - Analisi e feedback delle rilevazioni effettuate, incontro con i professionisti, formazione, controllo dell'avvenuto miglioramento
<p>Valutazione risultati e prospettive future</p>	<p>Incrementare la sensibilità sul tema e garantire il mantenimento del coinvolgimento degli operatori aziendali.</p>

Azioni:

- Implementazione delle visite nelle UU.OO. per favorire il supporto agli operatori sanitari;
- Informazione/formazione tra cui l'avvio del progetto "la giornata del coordinatore" che prevede incontri mensili con analisi di casi clinico/assistenziali e condivisione di azioni, obiettivi e strategie di miglioramento;
- Aggiornamento periodico dei medici e infermieri referenti per le infezioni sui temi di *Infection Control* (prossimo incontro previsto per giugno 2019);
- Coinvolgimento di uno psicologo per meglio comprendere ed agire sulle variabili che influenzano il comportamento;
- Programma di Stewardship antibiotica che prevede incontri periodici con i medici, con l'obiettivo di migliorare la prescrizione e il consumo di antibiotici e il coinvolgimento attivo degli Infermieri per il ruolo che anch'essi hanno in questo importante aspetto.

SCHEMA DESCRITTIVA DELLO STRUMENTO/FONTE INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO	
Tipologia	INFORTUNI SUL LAVORO
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	Banca dati INAIL sugli infortuni, DB aziendale del SPP, DB SIROH per gli infortuni a rischio biologico,
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	L'analisi degli infortuni è parte integrante della valutazione del rischio come previsto dal D. Lgs. 81/08 e delle azioni di miglioramento conseguenti. Gli infortuni più significativi vengono segnalati e valutati nello specifico sulle cause probabili, anche con sopralluoghi ed interviste mirate.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Interventi per la riduzione dell'incidenza di infortuni da movimentazione pazienti attraverso il miglioramento ergonomico delle attrezzature, la formazione e l'ausiliazione. Interventi per la riduzione degli infortuni alla guida con apposito corso di formazione per gli operatori interessati. Per gli infortuni a rischio biologico, adozione di presidi pungenti e taglienti di sicurezza e formazione degli operatori al loro utilizzo.
Valutazione risultati e prospettive future	Gli infortuni a rischio biologico hanno mostrato nell'anno un calo significativo conseguente all'adozione ulteriore dei dispositivi di sicurezza e la formazione degli operatori. Abbiamo per questi un tasso di infortunio per operatore esposto del 2,5% globale che è un dato estremamente basso a livello nazionale ed internazionale.

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

Tipologia	VISITE PER LA SICUREZZA
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	<p>Sul modello dei Giri per la Sicurezza del paziente, questo metodo di identificazione del rischio, si basa su visite che i referenti della sicurezza (team composto da due rappresentanti dell'area rischio clinico e un rappresentante del Servizio di Prevenzione e Protezione), con mandato della direzione, effettuano nelle unità operative al fine di identificare con il personale i problemi legati alla sicurezza. Nel corso della visita, durante la quale viene effettuata una intervista ad alcuni operatori sanitari l'attenzione si focalizza anche sulle tematiche correlate alle raccomandazioni sulla sicurezza delle cure e alle buone pratiche per la sicurezza degli operatori. Vengono anche esplorati gli aspetti correlati all'adozione di comportamenti finalizzati a garantire una maggiore affidabilità dell'organizzazione. Il valore aggiunto importante deriva dal fatto che le informazioni raccolte in questo processo spesso hanno già la soluzione nella descrizione dell'evento e quindi possono spesso portare all'introduzione di una immediata modifica che migliora da subito i processi assistenziale e la sicurezza. Il sistema stimola quindi il personale ad osservare comportamenti e pratiche con un occhio critico e riconoscere i rischi da un nuovo punto di vista.</p> <p>Il progetto VISITARE attraverso lo strumento delle Visite per la Sicurezza, la Trasparenza e l'Affidabilità ha l'obiettivo di i:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 ed i fattori di rischio correlati agli eventi avversi, al fine di 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.
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	L'Azienda USL ha aderito nel 2014 alla sperimentazione del Progetto regionale VI.SI.T.A.RE - Visite per la Sicurezza, la Trasparenza e l'Affidabilità Regione Emilia-Romagna.

	<p>Il Progetto regionale VI.SI.T.A.RE nel 2018 ha coinvolto i Day-Service Oncologia degli Ospedali di Budrio, Bentivoglio, San Giovanni in Persiceto, Vergato nonché il Centro Salute Mentale (CSM) Poliambulatorio Carpaccio e il SERT Poliambulatorio Zanolini.</p> <p>Le Raccomandazioni/buone pratiche indagate nel corso delle VISITE sono state:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prevenzione degli errori nella gestione clinica del farmaco con focus sulla ricognizione e riconciliazione farmacologica e sul Foglio Unico di Terapia (FUT) - Prevenzione degli episodi di violenza a danno di operatore sanitario - Corretta identificazione del paziente.
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>Per ogni UO è stato redatto un piano di miglioramento rispetto alle criticità rilevate con implementazione della quasi totalità delle azioni correttive identificate. Tra le diverse azioni di miglioramento progettate e implementate si collocano ad esempio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisione segnaletica di accesso ai servizi. - Modifica indicazioni logistiche con evidenza nella documentazione CUP. - Presenza in alcune sedi della figura di uno psicologo a supporto del paziente e del professionista sanitario. - Formazione sull'Incident Reporting. - Modifica strutturale sala d'attesa. - Progetto per la corretta adesione del paziente alla terapia oncologica orale. - Progetto help meeting. - Definizione di un comitato aziendale multi professionale per la revisione/ approvazione nuovi protocolli. - Incremento dispenser per il lavaggio delle mani. - Aumento dei sistemi di chiamata per la gestione degli agiti etero aggressivi del paziente. - Gestione delle telefonate dell'utenza dei CSM dopo le ore 14 inerenti le somministrazioni terapeutiche. - Migliorare la corretta identificazione del paziente mediante progettazione di sistema di riconoscimento biometrico. - Redazione e implementazione procedura gestione trasporto paziente afferente ai servizi psichiatrici per visite o ricovero presso altre strutture. - Ricollocazione visual farmaci FALA/LASA. - Omogeneizzazione modalità comportamentali nella gestione degli agiti aggressivi dell'utenza afferente ai servizi psichiatrici.
<p>Valutazione risultati e prospettive future</p>	<p>Nel corso dell'anno 2019 il Progetto VISITARE sarà effettuato presso UO identificata nel Dipartimento Medico.</p>

SCHEDA DESCRITTIVA DELLO STRUMENTO/FONTE INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO.	
Tipologia	LESIONI DA PRESSIONE
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	<p>Le lesioni da pressione (LDP) costituiscono una condizione severa e dolorosa che può colpire persone di ogni età e si formano prevalentemente nei soggetti immobilizzati o con problemi di mobilità. L'immobilità protratta per un lungo periodo determina un aumento della pressione tra la superficie corporea e il piano del letto. Tale situazione riduce la circolazione del sangue limitando il passaggio di ossigeno e sostanze nutritive e determina la morte dei tessuti con la conseguente formazione della lesione cutanea. L'immobilità è comunque solo uno dei fattori che può causare le lesioni da pressione. Ulteriori fattori sono rintracciabili nella ridotta percezione sensoriale, nel ridotto stato nutrizionale, nel flusso sanguigno inadeguato, nell'incontinenza. Il rischio di sviluppare lesioni da pressione, seppure sempre presente nei soggetti in cui sono presenti i fattori sopra riportati, risulta diversificato come incidenza nei vari setting assistenziali ospedalieri e territoriali. La comparsa di lesioni da pressione nel paziente a rischio nelle strutture sanitarie rappresenta un evento potenzialmente prevenibile attraverso la rilevazione di alcuni elementi mediante appositi strumenti di lavoro clinico-assistenziali che, unitamente ad un'obbligatoria valutazione clinica ed assistenziale globale, consentono all'équipe sanitaria di adottare le opportune azioni preventive finalizzate ad anticipare l'evento avverso. L'obiettivo dei sistemi di rilevazione è quello di analizzare il fenomeno della comparsa di lesioni da pressione del paziente in ospedale e monitorarne la prevalenza (nelle degenze ospedaliere) e l'incidenza (nelle aree medico-geriatriche). Nei casi di maggiore rilievo, è prevista da tempo un'analisi sistemica dell'evento con i professionisti sanitari e la definizione di eventuali azioni di miglioramento finalizzate al contenimento del numero di LDP e degli esiti ad esse correlate.</p>
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	<p>Nel 2018 la prevalenza delle lesioni da pressione nelle degenze ospedaliere aziendali è stato pari al 15,5% mentre nel 2017 era pari al 13,7% con un incremento dell'1,8%, ma al di sotto dello standard di riferimento regionale del 17.4%, L'incidenza di LDP nelle aree medico-geriatriche nel 2017 è stata pari al 4,7%, mentre per il 2018 il dato è in elaborazione.</p>
Interventi/azioni correttive e di miglioramento	<p>Nel 2017 L'Azienda USL di Bologna ha partecipato alla stesura delle "Linee di indirizzo sulla prevenzione delle lesioni da pressione nell'assistenza ospedaliera e territoriale" della Regione Emilia Romagna (pubblicate a</p>

<p>effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>novembre 2018). In occasione dell'Open Safety Day del 17 settembre 2018 si è provveduto a distribuire in anteprima alla cittadinanza l'opuscolo informativo sulla prevenzione delle lesioni da pressione prodotto dalla Regione Emilia Romagna. In collaborazione con il PDTA aziendale del paziente con ferite difficili è stata attivata nel 2018 la formazione residenziale rivolta alle CRA (Case Residenze Anziani) sulla "Prevenzione delle lesioni da pressione" che ha visto la partecipazione di 150 discenti tra cui 87 OSS, 51 infermieri e 12 fisioterapisti e che continuerà nel 2019. Inoltre, in collaborazione con l'AOSP, è stato effettuato il corso "Valutazione e trattamento delle lesioni cutanee" a cui hanno partecipato, in 7 edizioni, circa 140 infermieri di entrambe le Aziende.</p>
<p>Valutazione risultati e prospettive future</p>	<p>Sono state da poco pubblicate le "Linee di indirizzo sulla prevenzione delle lesioni da pressione nell'assistenza ospedaliera e territoriale" a cura della Regione Emilia Romagna sulla cui base si sta provvedendo alla stesura di un Documento Interaziendale in collaborazione con l'AOSP S.Orsola-Malpighi al fine di facilitare l'implementazione del documento regionale nelle due Aziende comprensive dell'assistenza territoriale di riferimento e attuare una formazione omogenea.</p> <p>In quest'ambito verrà proposta l'adozione di materiale informativo per la prevenzione delle lesioni da pressione allestito dalla Regione Emilia Romagna (opuscolo informativo rivolto al paziente e familiare/caregiver). Ciò, per aumentare la consapevolezza di questi soggetti rispetto al rischio e a fornire loro strategie di prevenzione.</p> <p>La Regione Emilia Romagna sta predisponendo anche una Formazione a Distanza (FAD) per sensibilizzazione gli operatori alle nuove Linee di indirizzo regionali. Analogamente a quanto già effettuato negli anni precedenti, sarà potenziato il coinvolgimento dei professionisti impegnati "in prima linea" mediante "audit" e feedback concreti affinché siano fonte di motivazione e acquisizione di nuovo know-how nella logica dell'apprendimento collaborativo. Ci sarà, inoltre, il coinvolgimento della nostra Azienda nel monitoraggio regionale di 6 Unità Operative (4 di area medica e 2 di area chirurgica) per accompagnare l'implementazione delle Linee d'Indirizzo.</p> <p>Nel 2019 si prevede di continuare l'impegno nei vari setting territoriali mediante attività formativa e informativa sulla prevenzione delle lesioni da pressione rivolta ai professionisti sanitari che operano nei vari setting ospedalieri e territoriali. Le novità riguardano la predisposizione di eventi formativi sulla prevenzione nelle Case di Riposo private e, in collaborazione con lo Sportello Assistenti Familiari dell'Unione Appennino, un evento per le "badanti" in programma per il 30 maggio 2019.</p>

SCHEDA DESCRITTIVA DELLO STRUMENTO/FONTE INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO	
Tipologia	SISTEMA INFORMATIVO RIS-PACS AUSL DI BOLOGNA
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	<p>Il RIS (Radiology Information System) si integra con il PACS (Picture Archiving and Communication System) per gestire tutte le attività amministrative e diagnostiche in un unico sistema, dalla presa in carico dell'utente per il corretto riconoscimento (P007AUSLBO Riconoscimento anagrafico e identificazione della persona assistita per l'erogazione di prestazioni sanitarie - Rev 0), dall'accettazione – esecuzione dell'esame, dalla refertazione all'archiviazione digitale del referto e delle immagini. Il PACS è un sistema hardware e software dedicato all'archiviazione, trasmissione, visualizzazione e stampa delle immagini diagnostiche digitali. Il sistema RIS - PACS è una metodologia che consente di prestare una migliore e più efficace assistenza ai nostri utenti, tramite la digitalizzazione delle immagini radiografiche, la loro diffusione attraverso la Rete informatica e la distribuzione al cittadino attraverso il portale web Aziendale "Refertionline.ausl.bologna.it" e tramite CD-DVD da ritirare previa presentazione dell'apposito modulo presso tutti i punti informativi-portinerie Aziendali (PIA). Grazie alla tecnologia digitale, quindi, il medico ospedaliero o esterno potrà disporre di tutti gli strumenti per consultare facilmente gli esami radiografici dei propri pazienti e, nel caso si rendesse necessario, potrà chiedere con immediatezza una seconda opinione o una consulenza a distanza con uno specialista collegato in rete in tempo reale.</p> <p>Nella realtà dell'Azienda USL di Bologna, l'utilizzo del sistema RIS-PACS è previsto in tutte le articolazioni delle sedi Ospedaliere e territoriali con l'estensione di tale attività anche ad articolazioni organizzative esterne al Dipartimento Servizi – UO Radiologia.</p>
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	<p>L'attività in ambito diagnostico ha riscontrato negli ultimi anni una notevole crescita con aumento della complessità operativa e conseguente necessità di adottare strumenti informatici e procedure per facilitare la gestione delle attività dell'area di diagnostica per immagini specie la gestione del rischio anche in riferimento alle azioni di miglioramento implementate in risposta alle non conformità rilevate sul sistema.</p> <p>Anche nel 2018 come negli anni precedenti è in essere un percorso di dematerializzazione di tutti i referti ed immagini radiologiche a partire dai Pronto Soccorso aziendali per poi estendersi a tutte le prestazioni diagnostiche rese ad utenti esterni; tale progetto coinvolge direttamente ed in misura sempre più considerevole l'attività del TSRM amministratori di Sistema RIS-PACS (ADS) per quanto concerne la tempestiva gestione dei dati sensibili che saranno direttamente visibili</p>

	<p>online attraverso il portale web Refertionline.ausl.bologna.it da ciascun utente al termine della prestazione diagnostica.</p>
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>-Mantenimento certificazione EN ISO IEC 27001/2017 del sistema RIS-PACS quale strumento di garanzia per il cittadino che usufruisce di prestazioni sanitarie, ma anche un beneficio per le strutture sanitarie che possono avere una valutazione oggettiva dei propri livelli qualitativi e attivare di conseguenza processi di miglioramento.</p> <p>-Riorganizzazione dell'accoglienza degli utenti esterni presso le aree di Diagnostica per immagini a partire dall'Ospedale Maggiore mediante interventi di riorganizzazione e reingegnerizzazione del flusso degli utenti esterni con l'implementazione di nuova tecnologia, presso le sale d'attesa, per la chiamata dei pazienti nel rispetto della Privacy. Infatti diverse sale della Radiologia dell'Ospedale Maggiore, dell'Ospedale Bellaria e dell'Ospedale di Bentivoglio, sono state già dotate di tale tecnologia per garantire, durante la chiamata per l'erogazione della prestazione richiesta, la riservatezza dei dati sensibili del cittadino-utente, attraverso l'utilizzo di codici, che identificano in modo univoco ed anonimo il paziente e la prestazione associata.</p> <p>-Nel 2018 è stato elaborato il progetto "La diffusione di strumenti web online come 'pratica raccomandata per il programma di sicurezza delle cure' volte al miglioramento della gestione e prevenzione del rischio nelle strutture sanitarie da ritardo diagnostico-terapeutico e del contenzioso medico legale" esposto nella poster gallery del 13° Forum Risk Management in Sanità e premiato al 90° Premio SHAM – Federsanità ANCI con una menzione speciale.</p>
<p>Valutazione risultati e prospettive future</p>	<p>-Valutazione positiva dell'Ente di certificazione Kiwa Cermet per il mantenimento della certificazione EN ISO IEC 27001/2017 nell'ambito del sistema RIS-PACS.</p> <p>-Estensione del processo di certificazione EN ISO IEC 27001/2017 ad altri Dipartimenti e relative UO quali Cardiologia, Endoscopie digestive, Pneumologia.</p> <p>-A tal proposito nel corso dell'anno 2018 vs anno 2017 la %, di non Conformità (NC) rilevate-segnalate è stata dello 0,21% su circa 750.000 prestazioni di diagnostica per immagini erogate, quindi in leggero calo rispetto al 2017 dovuto anche all'introduzione nel processo di nuovi strumenti (braccialetto elettronico) per la corretta identificazione dell'utente. Altro risultato positivo a vantaggio di tutti cittadini- utenti dell'AUSL di Bologna (afferenza dall'area metropolitana Bolognese, Regionale e per tutti i cittadini-pazienti di fuori regione), è correlato con l'attività del portale web https://refertionline.ausl.bologna.it. che contiene le immagini e i referti di esami diagnostici e di laboratorio degli utenti che hanno avuto accesso presso i servizi di diagnostica dell'Azienda USL di Bologna. Tale documentazione sanitaria, pari a circa</p>

9.000.000 di prestazioni (di Radiologia e Laboratorio Analisi) erogate annualmente, è disponibile su internet in forma protetta e riservata, consultabile dovunque esclusivamente attraverso l'utilizzo di credenziali personali. Utilizzando questo servizio online il cittadino potrà visualizzare, stampare, scaricare e condividere il referto e le immagini diagnostiche.

Lo scopo principale del portale refertionline.ausl.bologna.it è quello di agevolare l'utente, offrendo un servizio più efficace ed efficiente che può facilitare lo stesso, rendendo immediatamente disponibili le immagini ed il referto della prestazione eseguita presso l'Azienda USL di Bologna, nonché quello di favorire l'integrazione delle diverse competenze professionali contribuendo al miglioramento di tutte le attività tecnico-diagnostiche, assistenziali e di cura. Al fine di migliorare l'efficienza del portale e di agevolare al massimo i cittadini che usufruiscono di tale servizio e che necessitano di assistenza tecnica per accedere al portale, è stato messo a loro disposizione un numero telefonico 051-6225596 (dal lunedì al venerdì 9.00-15.45). Inoltre è stata realizzata una piattaforma di ticketing per monitorare le richieste di assistenza tecnica ricevute ed accessibile da web tramite la Url <https://assistenzarefertionline.ausl.bologna.it/> Per l'anno 2018 le richieste di assistenza gestite sono state 3.684 con una media di feedback rilasciati dai cittadini pari a 4,63 con possibilità di esprimere un giudizio sul servizio di assistenza ricevuto dando un voto che parte da un minimo 1 (insoddisfatto) ad un massimo 5 (soddisfatto). Il tempo medio di chiusura dei ticket web è stato pari a 34 minuti e 10 secondi e la durata media di gestione dei ticket attraverso il phone call è stata pari a 4 minuti e 15 secondi. Gli operatori hanno anche ricevuto dai cittadini 48 elogi.

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

Tipologia	PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALI (PDTA)
Descrizione e dello strumento / flusso informativo	<p>Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) è una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti (oltre al paziente stesso), al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica situazione patologica o anche l'assistenza sanitaria necessaria in particolari situazioni di vita"</p> <p>L'Azienda ha intrapreso, a partire dal 2009, il ridisegno della continuità assistenziale ospedale-territorio mediante l'adozione e l'implementazione dei PDTA seguendo alcuni passaggi metodologici che hanno assicurato ai singoli progetti di riconoscersi in un disegno complessivo fortemente governato dalla direzione e condiviso a tutti i livelli aziendali.</p> <p>In Azienda sono in corso di sviluppo e gestione 36 PDTA, distribuiti in diversi ambiti e ad un diverso livello di implementazione.</p> <p>L'esperienza maturata in questi anni nella costruzione, implementazione e manutenzione di PDTA ci ha indotto a utilizzare strumenti utili a leggere in maniera sempre più approfondita i PDTA per far emergere i diversi aspetti critici che limitano l'adeguata efficienza ed efficacia del Percorso di cura o che possono essere fonte di rischio per i pazienti.</p> <p>Sono state svolte Indagini di approfondimento sui PDTA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Audit interno SQ • Indagine QP utenti • Analisi rischio (FMEA) • Valutazione professionisti <p>I risultati ottenuti da ogni indagine ci hanno permesso di focalizzare gli aspetti di prioritaria criticità e rispetto ad essi definire interventi di miglioramento.</p>
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	<p>Nel 2018 sono state fatte due indagini del rischio con metodologia FMEA relative ai PDTA del paziente con ferite difficili e del paziente con Epilessia.</p> <p>Sono state elaborate le due relative schede FMEA per la raccolta delle informazioni utili all'analisi del rischio. Il progetto ha previsto interventi mirati alla condivisione dell'approccio metodologico con i componenti del gruppo di lavoro. Sono stati rilevati i dati necessari alla valutazione che al momento sono in corso di elaborazione e analisi al fine di individuare criticità e relative priorità di intervento.</p> <p>In chiusura di 2018 è stato condiviso di pianificare altre analisi FMECA di PDTA (sclerosi multipla, percorso nascita, post-infarto)</p>

<p>Interventi/ azioni correttive e di miglioram ento effettuate nel periodo di riferiment o</p>	<p>Dal lavoro fin qui svolto emergono diversi ambiti di miglioramento che riguardano, a grandi linee, l'organizzazione del lavoro, la formazione del personale, la logistica di alcune aree, la documentazione. L'analisi delle schede FMEA ha portato ad un maggior dettaglio degli interventi e delle priorità.</p>
<p>Valutazion e risultati e prospettiv e future</p>	<p>Nel 2018 si sta portando a compimento il percorso avviato nell'anno precedente con predisposizione del progetto di miglioramento per ciascun PDTA analizzato e relativo piano di adeguamento. Si prevede di utilizzare lo stesso tipo di indagine su un campione dei PDTA nella misura di 2/3 per ogni anno.</p>

6. CONCLUSIONI

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

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

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

Ciò presuppone un'azione mirata sulla cultura della sicurezza intesa come insieme di valori di ogni persona e gruppo a tutti i livelli dell'organizzazione aziendale rispetto alla sicurezza. Cultura che si misura rispetto alla disponibilità di ciascun soggetto ad apprendere, adattare e modificare i propri comportamenti a livello individuale e organizzativo per il miglioramento dei livelli di sicurezza.

Il presupposto è che se la cultura legittima la struttura, la struttura determina e rafforza la cultura. Ed è proprio su tali considerazioni che si è fondata negli ultimi anni la strategia dell'Azienda USL di Bologna rispetto alla sicurezza delle cure e alla gestione del rischio.

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

La lettura integrata dei flussi informativi aziendali, ad oggi esistenti ed in parte descritti, rappresenta una modalità che consente il trasferimento di conoscenza dei livelli di rischio insiti nelle attività espletate nella struttura sanitaria e il supporto alle decisioni da intraprendere in termini di pianificazione di azioni reattive che, potranno essere, a seconda dei casi, di tipo correttivo, preventivo e migliorativo in relazione all'individuazione di un pericolo o alla estrinsecazione di un rischio.

E ciò, con l'intento finale di costruire una lingua comune, un riferimento condiviso di valori, comportamenti, obiettivi che funzionino da guida per l'organizzazione sanitaria aziendale nell'adozione di soluzioni efficaci per una causa comune che introduca un aumento della sicurezza nell'erogazione delle cure.