

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia  
IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali



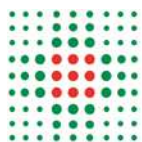
# PIANO PROGRAMMA PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO 2019-2021

Con le integrazioni covid-19 (settembre 2020)\*



*Coordinamento a cura del Programma Sicurezza delle cure:*  
*Pietro Ragni (Responsabile)*  
*Roberto Caroli*  
*Stefano Mastrangelo*  
*Francesco Vercilli*  
*Giuseppina Daraio*  
*Laura Cavazzuti (Rischio infettivo correlato all'assistenza)*

\* Le integrazioni relative alla pandemia covid-19 sono riportate nelle pagine 29, 41, 42.



## INDICE

<b>1. INTRODUZIONE</b>	<b>pag. 3</b>
<b>2. RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	<b>pag. 4</b>
<b>3. SICUREZZA IN SANITÀ</b>	<b>pag. 7</b>
<b>4. IL CONTESTO</b>	<b>pag. 8</b>
<b>5. L'ASSETTO ORGANIZZATIVO</b>	<b>pag. 11</b>
<b>6. MAPPATURA DEI RISCHI</b>	<b>pag. 13</b>
<b>7. OBIETTIVI GENERALI PER IL TRIENNIO</b>	<b>pag. 24</b>
<b>8. PIANO DELLE AZIONI - OBIETTIVI SPECIFICI TRIENNIO 2019/2021</b>	<b>pag. 30</b>
8.1 Sicurezza dei pazienti	pag. 30
8.2. Sicurezza degli operatori	pag. 40
<b>9. CONCLUSIONI</b>	<b>pag. 43</b>
 <b>ALLEGATI</b>	
<b>PIANO AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE ACCIDENTALI</b>	<b>pag. 44</b>
<b>PIANO PER LA PREVENZIONE DELLA VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI</b>	<b>pag. 51</b>

*NB. Le integrazioni relative alla pandemia covid-19 sono riportate nelle pagine 29, 41, 42.*

## DESTINATARI

Direttori e Coordinatori di tutte le Strutture  
Dirigenti Medici e Sanitari  
Personale Infermieristico, Ostetrico, Tecnico e ausiliario  
di tutte le Strutture dell'Azienda USL di Reggio Emilia

## 1. INTRODUZIONE

La moderna cultura della sicurezza nasce dalle più recenti teorie filosofiche, organizzative ed etiche sulla complessità e mira ad evitare che un paziente subisca o venga anche solo esposto a conseguenze non necessarie associate alle cure e negative per il suo benessere.

Ciò include la necessità non solo di ridurre la probabilità e le conseguenze degli errori, ma anche di limitarsi a proporre quegli interventi sanitari che abbiano oltre alla sicurezza altri due requisiti fondamentali:

1. un'efficacia dimostrata, poiché una prestazione inefficace trasforma di per sé il cosiddetto rapporto rischio/beneficio in un rischio tendente all'infinito (l'inappropriatezza coincide spesso anche con un "rischio inutile" a cui si espone il paziente);
2. la preferenza del paziente, secondo il proprio sistema di valori e manifestata con un consenso non formale al termine di un percorso decisionale condiviso con i professionisti sanitari (*sharing decision making*).

Oggi è necessaria l'offerta di cure e assistenza efficaci, dal corretto profilo costo-beneficio, sicure, in tempi adeguati e accettabili per la qualità della vita di ogni paziente, raggiungibile con la ricerca dell'appropriatezza clinica e organizzativa.

D'altra parte, la complessità degli attuali sistemi di cura è espressione della molteplicità dei problemi e dei bisogni assistenziali rappresentati dai pazienti, che per le loro caratteristiche non possono che trovare risposta in un approccio multispecialistico e pluriprofessionale.

In questo contesto, oltre a conoscenze biomediche, sociali e comportamentali, agli operatori sanitari sono richieste nuove competenze: saper individuare le vulnerabilità (proprie e della propria organizzazione); comunicare in modo efficace e sicuro; saper misurare il proprio operato; ideare e progettare il miglioramento; coordinare la presa in carico del paziente; saper lavorare in team; saper individuare, analizzare e comunicare gli errori.

Ne discende che soltanto attraverso una comune visione della sicurezza delle cure e l'acquisizione degli strumenti volti a identificare i nostri limiti e ridurre le sofferenze potenzialmente evitabili, si possono costruire cambiamenti organizzativi e professionali orientati ad un efficace contenimento del rischio clinico, oltre che al miglioramento e all'innovazione delle buone pratiche cliniche.

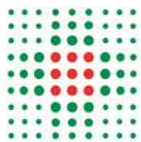
La Direzione di questa Azienda continua a considerare una priorità la sicurezza del paziente, intesa nell'accezione più ampia qui descritta, e per tale motivo rinnova "il Piano - Programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio 2019-2021", nel settembre 2020 integrato con le principali azioni per la gestione dell'epidemia di covid-19, che costituisce il documento di riferimento in questo ambito per tutti i professionisti e gli operatori dell'Azienda USL di Reggio Emilia.

**Il Responsabile Area Rischio clinico**

*Pietro Ragni*

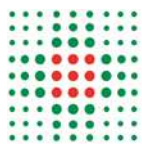
**Il Direttore Sanitario**

*Nicoletta Natalini*



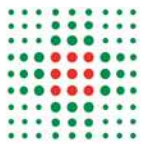
## 2. RIFERIMENTI NORMATIVI

- D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni: art. 10 “controllo di qualità” (stabilisce l’adozione in via ordinaria del metodo della verifica revisione della qualità e della quantità delle prestazioni al cui sviluppo devono risultare funzionali i modelli organizzativi ed i flussi informativi dei soggetti erogatori) ed art. 8 *octies* “controlli” (prevede che le Regioni e le Aziende Unità Sanitarie Locali attivino un sistema di monitoraggio e controllo sulla definizione e sul rispetto degli accordi contrattuali di tutti i soggetti interessati, nonché sulla qualità dell’assistenza e sulla appropriatezza delle prestazioni rese);
- DPR 14 gennaio 1997 “Approvazione dell’atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l’esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private (definisce le attività di valutazione e miglioramento della qualità in termini metodologici e prevede tra i requisiti generali richiesti alle strutture pubbliche e private che le stesse siano dotate di un insieme di attività e procedure relative alla gestione, valutazione e miglioramento della qualità);
- Legge Regionale 12 ottobre 1998, n. 34 "Norme in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private in attuazione del D.P.R. 14 gennaio 1997, nonché di funzionamento di strutture pubbliche e private che svolgono attività socio-sanitaria e socio-assistenziale", con i successivi provvedimenti attuativi fino a Delibera di giunta n. 327/2004;
- DPCM del 29 Novembre 2001 “Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza”;
- Legge Regionale 23 dicembre 2004, n. 29 “Norme generali sull’organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale e successive modifiche e integrazioni”;
- Delibera di Giunta regionale n. 86 del 30.01.2006 "Direttiva alle Aziende sanitarie per l’adozione dell’Atto Aziendale”;
- Decreto del Ministero della Salute del 10 Gennaio 2007 di Istituzione del Sistema Nazionale di Riferimento per la Sicurezza dei Pazienti;
- Delibera di Giunta regionale n. 686 del 14 Maggio 2007, recante le Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l’anno 2007;
- Ministero della Salute – “Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: Manuale per la formazione degli operatori sanitari” - 22 Maggio 2007;
- Piano sociale e sanitario 2008 – 2010 della Regione Emilia Romagna - Delibera Assemblea legislativa n. 175/2008;
- Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure - Intesa del 20 Marzo 2008 ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 Giugno 2003, n. 131;
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, e successive Disposizioni integrative e correttive apportate dal decreto legislativo 3 agosto 2009, n. 106, e dall’art. 39 della legge 7 luglio 2009, n. 88;
- Delibera di Giunta regionale n. 602 del 4 Maggio 2009, recante le Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l’anno 2009;
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali; Dipartimento della Qualità Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema



ufficio III “Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist” - Ottobre 2009;

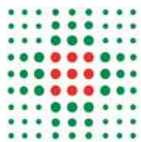
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali; Dipartimento della Qualità Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema ufficio III Osservatorio Nazionale sugli eventi sentinella “Protocollo di Monitoraggio degli Eventi Sentinella- 2° Rapporto” - Ottobre 2009;
- Delibera di Giunta regionale n. 1706 del 9.11.2009 integrata dalla delibera di Giunta regionale n. 2108 del 21.12.2009, che sostituisce integralmente l'allegato 1: "Individuazione di aree di miglioramento della qualità delle cure e integrazione delle politiche assicurative e di gestione del rischio";
- DM 11.12.2009: "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in Sanità";
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali; Dipartimento della Qualità Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema ufficio III “Metodi di analisi per la gestione del rischio clinico: Root cause analysis RCA Analisi delle Cause Profonde”, Anno 2009;
- Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale – Regione Emilia Romagna “Raccomandazioni per la sicurezza in sala operatoria”, Febbraio 2010;
- Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, Regione Emilia Romagna (Collana Dossier):
  - Gestione del Rischio in Emilia Romagna 1999-2007;
  - FMEA-FMECA Analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie;
  - La Root Cause Analysis per l'analisi del rischio nelle strutture sanitarie;
  - Il sistema di Incident Reporting nelle organizzazioni sanitarie;
  - Glossario Integrato "Gestione del rischio nelle strutture sanitarie".
- Delibera R.E.R. n. 1349 del 17/09/2012 “Approvazione del progetto di Legge Regionale recante: Norme per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli enti del Servizio Sanitario Regionale”.
- Delibera R.E.R. n. 1350 del 17/09/2012 di approvazione del "Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile nelle Aziende Sanitarie”.
- Legge Regionale n. 13 del 7/11/2012: Norme per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli enti del Servizio Sanitario Regionale.
- DGR n. 1905 del 10.12.2012 “Prime misure attuative per l'avvio del nuovo sistema per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli enti del servizio sanitario regionale: istituzione del nucleo regionale di valutazione e individuazione delle aziende sanitarie sperimentatrici”.
- Delibera di Giunta Regionale n. 884 del 2 luglio 2013 con cui viene recepito l'Accordo Stato-Regioni n. 259 del 20 dicembre 2012 (Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento).
- Determinazione n. 2416 del 15/03/2013: “Approvazione delle indicazioni operative per la gestione diretta dei sinistri nelle Aziende Sanitarie sperimentatrici”.
- Delibera di Giunta regionale n. 318 del 25.03.2013 “Linee di indirizzo alle Aziende per la gestione del rischio infettivo: infezioni correlate all'assistenza e uso responsabile di antibiotici”.
- Legge 28 dicembre 2015, n. 208 “ Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016). Comma 538 “La realizzazione delle attività di prevenzione e



*gestione del rischio sanitario rappresenta un interesse primario del Sistema sanitario nazionale perché consente maggiore appropriatezza nell'utilizzo delle risorse disponibili e garantisce la tutela del paziente".* Comma 539 "Per la realizzazione dell'obiettivo di cui al comma 538, ...omissis..., le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano dispongono che tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management), per l'esercizio dei seguenti compiti: a) attivazione dei percorsi di audit o altre metodologie finalizzati allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti, con segnalazione anonima del quasi-errore e analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari. Omissis; b) rilevazione del rischio di inappropriata nei percorsi diagnostici e terapeutici e facilitazione dell'emersione di eventuali attività di medicina difensiva attiva e passiva; c) predisposizione e attuazione di attività di sensibilizzazione e formazione continua del personale finalizzata alla prevenzione del rischio sanitario; d) assistenza tecnica verso gli uffici legali della struttura sanitaria nel caso di contenzioso e nelle attività di stipulazione di coperture assicurative o di gestione di coperture auto-assicurative.

- Delibera di Giunta regionale n. 771 del 29 giugno 2015. Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione 2015 – 2018.
- Intesa sancita tra il Governo, le Regioni e le Province autonome del 20/12/2012 sul documento recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento", con il "Disciplinare sulla revisione della normativa dell'Accreditamento", recepita dalla Regione Emilia-Romagna con Delibera della Giunta Regionale (DGR) 884 del 2 luglio del 2013, che prevede tra i requisiti (6° criterio: Appropriata Clinica e Sicurezza) l'esistenza di un piano aziendale per la gestione del rischio, orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambiente, che comprenda anche la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza, e contempli ruoli, responsabilità, risorse impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione.
- Nota del Servizio Assistenza Ospedaliera della Regione Emilia Romagna PG/2016/156648 del 7 marzo 2016 "Linee di indirizzo per l'elaborazione del Piano Programma per la sicurezza delle cure e della gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie della Regione Emilia Romagna"
- 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". Art.1 Comma 1 "La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività. Comma 2. La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative. Comma 3 Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale.
- Legge Regionale 1 giugno 2017 n. 9 – «Fusione dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia e dell'Azienda Ospedaliera Arcispedale Santa Maria Nuova . Altre disposizioni di adeguamento degli assetti organizzativi in materia sanitaria»
- Delibera di Giunta Regionale n. 919 del 18 giugno 2018 "Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale per l'anno 2018".
- Delibera Direttore Generale AUSL di Reggio Emilia n. 239 del 28/06/2018 "Atto Aziendale 2018". Art. 4 "...i valori fondanti a cui si ispira l'Azienda sono:...sicurezza delle prestazioni, dal punto di vista clinico, organizzativo, strutturale e ambientale".





### **3. SICUREZZA IN SANITÀ**

La sicurezza è una componente fondamentale dell'assistenza sanitaria e rappresenta un elemento imprescindibile per l'erogazione di prestazioni di elevata qualità.

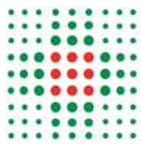
Il tema della sicurezza delle cure è emerso come fondamentale in ambito sanitario fin dalla fine degli anni 90 del secolo scorso, in quanto è stato rilevato che gli incidenti, considerando l'errore come componente ineludibile dell'attività umana, avessero un peso rilevante rispetto alle attività assistenziali.

L'introduzione di tematiche attinenti la gestione del rischio è stata precoce nella Regione Emilia-Romagna (RER), risalendo ai primi anni 2000; l'approccio alla sicurezza come elemento fondamentale per la qualità dell'assistenza entra poi a pieno titolo nell'orizzonte strategico sancito dalla legge n. 29 del 2004 che introduce esplicitamente il governo clinico come fulcro dell'organizzazione e del funzionamento delle aziende sanitarie regionali.

La sicurezza rappresenta infatti un elemento fondamentale di tutte le prestazioni e di ogni ambito in sanità ed è una condizione che il Servizio Sanitario Regionale (SSR) pone a garanzia della qualità delle cure prestate. Per il suo perseguimento è necessario l'impegno di tutti i soggetti interessati e la sinergia di tutte le figure professionali che operano nel SSR.

La sicurezza in sanità si connota infatti come fattore trasversale e richiede lo sviluppo e la condivisione di competenze e conoscenze multiprofessionali e la creazione di una comunità interdisciplinare di esperti che, grazie allo scambio continuo delle informazioni e delle esperienze, producono il miglioramento dell'assistenza.

*Estratto dalla Determinazione di Giunta Regionale n. 16850 del 19/10/2018*



## 4. IL CONTESTO

### Il contesto regionale

La Regione Emilia-Romagna ha da anni attivato percorsi di qualità delle cure e di riduzione del rischio, nel contesto dell'approccio denominato "governo clinico" attraverso il processo di accreditamento delle strutture sanitarie e con un progetto specifico ufficialmente partito nel 1999, anno in cui il Piano Sanitario Regionale ha messo la gestione del rischio fra le attività che davano sostanza al governo clinico.

L'Agenzia Sanitaria Regionale, in particolare, ha realizzato numerosi progetti nell'ambito della gestione del rischio, finalizzati prioritariamente a diffondere una cultura specifica su queste tematiche, a rendere sempre più frequente l'utilizzo sistematico dei suoi strumenti (incident reporting, root cause analysis sec. American Joint Commission on Healthcare Accreditation, audit e analisi dei dati amministrativi), a consolidare le esperienze nel campo della prevenzione del rischio biologico e degli incidenti sui luoghi di lavoro, a rendere possibile FAD anche in questo settore, a sviluppare esperienze di mediazione e di conciliazione nella gestione del contenzioso, a supportare gli operatori in ambiti considerati "critici", tra cui l'acquisizione del consenso, la gestione dei reclami e della documentazione clinica.

Alcuni eventi avversi hanno indotto il Sistema Sanitario Regionale a focalizzare l'attenzione sul sistema complessivo di gestione del rischio, partendo dalla constatazione che fra il sistema che regola l'erogazione dei servizi sanitari e la loro organizzazione ed il sistema giudiziario ed amministrativo intercorrono interazioni che, anche se formalmente inquadrare, vanno ulteriormente sviluppate e finalizzate alla qualità dell'assistenza e delle relative garanzie offerte alla popolazione.

Il sistema di gestione del rischio deve quindi essere orientato, nel suo sviluppo, a garantire:

- prevenzione degli errori attraverso la gestione del rischio, nonché delle responsabilità degli effetti indesiderati dell'attività sanitaria attraverso l'integrazione delle funzioni di prevenzione degli eventi avversi con quelle di risarcimento danni;
- creazione di un ambiente di lavoro che sia contemporaneamente incentrato sui bisogni sanitari del paziente, rispettoso dei suoi diritti e della sua dignità e che faciliti l'assunzione delle decisioni professionali sistematizzando i comportamenti più adeguati.

Proprio nell'ottica di perseguire la tutela complessiva della salute degli utenti che, attraverso una presa in carico della persona anche rispetto ai danni eventualmente causati dall'attività sanitaria, si inserisce l'innovativo progetto di copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli enti del Servizio Sanitario Regionale.

Il nuovo progetto tiene conto dell'esigenza di prevenire gli eventi avversi e contestualmente assicurare un'adeguata copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile nelle Aziende sanitarie.

Il punto qualificante del programma regionale è costituito dalla gestione diretta dei sinistri da parte del Servizio Sanitario Regionale, nella logica di una collaborazione tra le Aziende Sanitarie e la Regione Emilia-Romagna, destinata ad esplicarsi nelle varie funzioni di supporto (attività consultiva nella fase decisoria, definizione di regole e indicazioni operative, raccolta dati, istituzione di un Osservatorio, formazione, ecc.), che la Regione assume a favore delle Aziende Sanitarie e per assicurare al contempo una funzione di supervisione volta a garantire l'imparzialità e la trasparenza nei confronti delle stesse Aziende e degli assistiti.



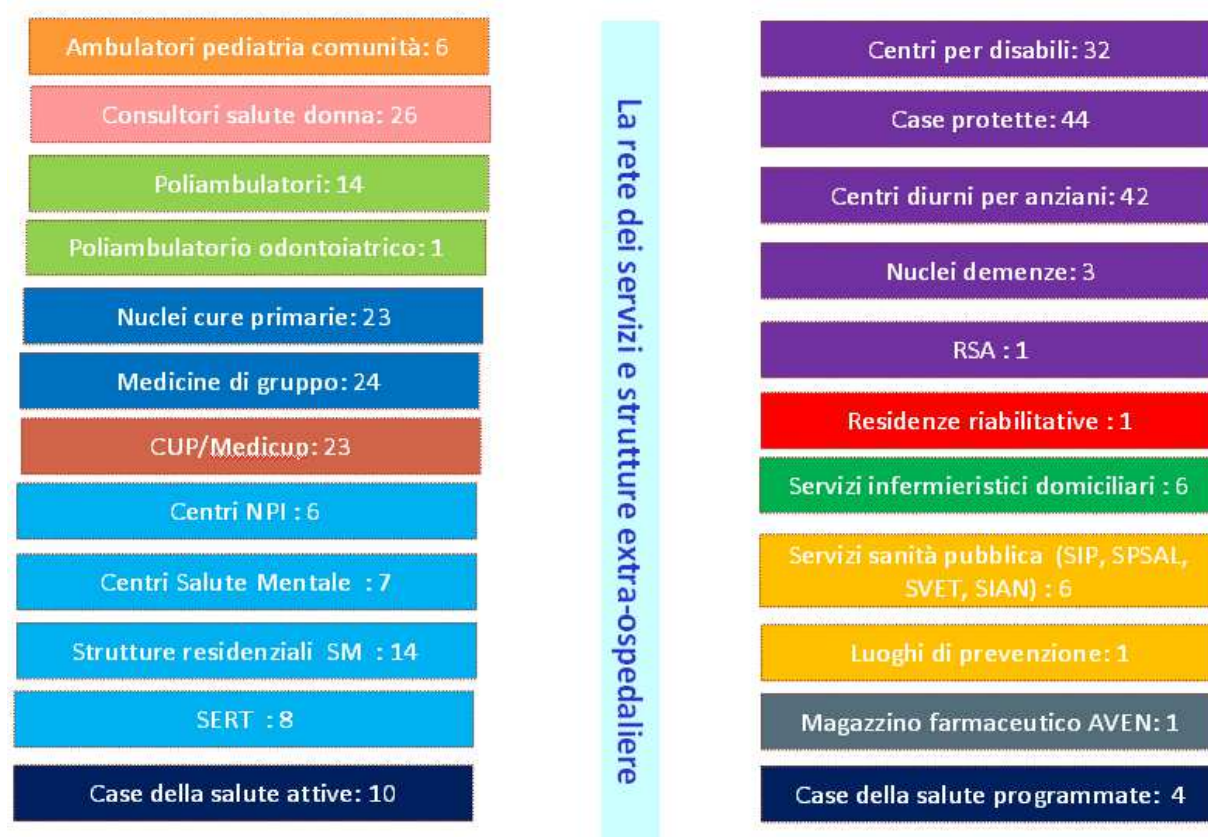
Con Deliberazione della Giunta regionale n. 1036 del 3/7/2018 e successiva Determinazione n. 16850 del 19/10/2018 la Regione Emilia Romagna ha istituito il Centro Regionale per la Gestione del Rischio sanitario e la Sicurezza del paziente – Osservatorio Regionale per la Sicurezza delle Cure, costituito presso il Servizio Assistenza Ospedaliera, il quale opera per l’armonizzazione, il consolidamento e lo sviluppo delle tematiche attinenti la sicurezza delle cure e la gestione del rischio con una azione di costante verifica delle modalità operative adottate per l’espletamento degli adempimenti ad esse connessi, a livello regionale e aziendale.

## Il contesto locale

Dal 1 luglio 2017, la provincia di Reggio Emilia ha un’Azienda Sanitaria unica, l’Azienda USL di Reggio Emilia - IRCCS, nata dalla fusione tra l’Azienda territoriale e l’Azienda ospedaliera “Arcispedale Santa Maria Nuova”. L’Azienda USL – IRCCS di Reggio Emilia conta ora 6.800 dipendenti, a cui si aggiungono 719 medici convenzionati e un bilancio di oltre 1.400 milioni di Euro.

Accanto alla complessa articolazione delle strutture e servizi extraospedalieri (vedi fig.1), la riorganizzazione ha portato alla costituzione di un presidio ospedaliero unico, denominato Presidio Ospedaliero Provinciale Santa Maria Nuova, che con i suoi oltre 1.500 pl rappresenta uno dei presidi ospedalieri più grandi della Regione.

**Fig. 1 – Rete delle strutture e servizi extraospedalieri**



Il nuovo Presidio Ospedaliero (fig. 2) risulta articolato in più Stabilimenti:

- Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia
- Ospedale S. Anna di Castelnovo ne' Monti
- Ospedale San Sebastiano di Correggio
- Ospedale Civile di Guastalla
- Ospedale Ercole Franchini di Montecchio
- Ospedale Cesare Magati di Scandiano

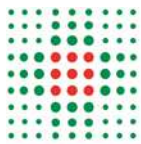
**Fig. 2 – Il nuovo Presidio ospedaliero**



A seguito della fusione, inoltre, sono stati ridefiniti i dipartimenti ospedalieri (8 nuovi dipartimenti):

<b>Oncologico e tecnologie avanzate (IRCCS)</b>
<b>Neuromotorio e riabilitativo</b>
<b>Internistico</b>
<b>Medicine specialistiche</b>
<b>Chirurgia generali e specialistiche</b>
<b>Materno-Infantile</b>
<b>Dipartimento Immagini e Laboratorio</b>
<b>Emergenza-urgenza</b>

La fusione delle due Aziende Sanitarie ha dato il via ad una rilevante opera di integrazione tra i servizi e le strutture presenti, sia sul versante clinico che sul fronte amministrativo e organizzativo.



## 5. L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

### Direttore Sanitario e Collegio di Direzione

La gestione del rischio rientra a pieno titolo nella sfera del **governo clinico**, inteso come capacità dei servizi di sviluppare e mantenere una sistematica attenzione alla qualità e alla sicurezza dell'assistenza erogata, con particolare riferimento all'efficacia ed all'appropriatezza clinica delle prestazioni.

Presso l'Azienda USL di Reggio Emilia un ruolo centrale nell'implementazione delle strategie di governo clinico e, quindi, di gestione del rischio è rivestito dal Collegio di Direzione e dal Direttore Sanitario, che presiede il Collegio stesso.

Il nuovo Atto Aziendale identifica infatti nel Collegio di Direzione l'organo chiave per presidiare le attività di gestione del rischio, ferma restando comunque la responsabilità dei Dipartimenti quali sedi operative di applicazione.

### Nucleo aziendale di risk management

Il nucleo aziendale ha il compito di supportare il Direttore Sanitario e il Collegio di Direzione nel coordinamento e nell'implementazione delle attività necessarie a dare attuazione agli obiettivi previsti nel Piano Programma di gestione del rischio e per la realizzazione delle iniziative volte alla minimizzazione del rischio clinico.

Il nucleo aziendale si relaziona, inoltre, con le articolazioni aziendali e interaziendali deputate alla gestione del rischio infettivo, con il Servizio Farmacia per il processo di gestione clinica del farmaco ed i rischi ad esso associati, con il Servizio Affari Legali e il Servizio di Medicina legale per la gestione del contenzioso, con il Servizio Prevenzione e Protezione e il Medico Competente per la sicurezza degli operatori, con il Servizio Tecnologie Informatiche e con il Servizio di Ingegneria Clinica per la sicurezza informatica e tecnologica.

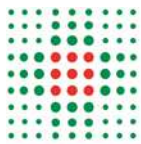
### Rete aziendale

Il nucleo aziendale, per la realizzazione delle iniziative in ambito Dipartimentale finalizzate alla minimizzazione del rischio clinico, si avvale di una **rete di referenti**.

#### Referenti dipartimentali per il rischio clinico

Il referente dipartimentale per la Gestione del Rischio svolge le seguenti funzioni :

- costituisce l'interlocutore dipartimentale nei confronti del Risk manager aziendale e del nucleo strategico;
- promuove la cultura della sicurezza e i sistemi di segnalazione degli eventi avversi;
- raccoglie i bisogni formativi delle Strutture in merito alla sicurezza delle cure ed esprime eventuali proposte;
- in collaborazione con il Risk manager aziendale/nucleo strategico e con i referenti di Struttura o di Area, predispone una proposta di programma dipartimentale annuale o pluriennale per la gestione del rischio;
- collabora alla valutazione periodica delle segnalazioni di incident reporting, con eventuali proposte di approfondimenti e di interventi di miglioramento;
- collabora alla raccolta e alla trasmissione alla Direzione del Dipartimento dei principali dati dipartimentali disponibili relativi al rischio clinico.



### **Referenti di Struttura o di Area di attività per il rischio clinico**

Accanto ai referenti dipartimentali sono individuati referenti per le attività di rischio clinico delle singole Strutture.

### **La gestione del rischio infettivo**

Tra i diversi rischi associati all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, quello infettivo - principalmente il rischio per pazienti, visitatori e operatori di contrarre una infezione - occupa un posto particolare in ragione delle dimensioni del rischio, della complessità dei determinanti e della diffusione della multiresistenza.

Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono infezioni acquisite nel corso dell'assistenza e tale evento può verificarsi in tutti gli ambiti assistenziali, inclusi ospedali per acuti, day-hospital/day-surgery, lungodegenze, ambulatori, assistenza domiciliare, strutture residenziali territoriali.

La gestione del rischio infettivo è parte dell'obiettivo strategico di promozione della sicurezza in ambito regionale e della gestione del rischio aziendale.

Il Piano-Programma aziendale sulla gestione del rischio ricomprende, pertanto, gli obiettivi di prevenzione e controllo delle ICA e dell'antibioticoresistenza. A questi vengono oggi associati alcuni obiettivi di appropriatezza diagnostica e terapeutica delle più frequenti e gravi patologie infettive, tra cui la sepsi.

L'assetto organizzativo per la pianificazione e il monitoraggio delle azioni finalizzate al controllo delle infezioni e all'uso responsabile degli antibiotici dell'Azienda USL è definito nelle seguenti componenti:

- a) Comitato rischio infettivo aziendale (*corrispondente a quanto indicato nella DGR 318/2013 come "Nucleo strategico"*);
- b) Gruppi operativi:
  - Gruppo operativo per la gestione dei programmi di controllo delle infezioni;
  - Gruppo operativo per l'uso responsabile degli antibiotici;
- c) Referenti medici e infermieristico - tecnici.



## 6. MAPPATURA DEI RISCHI

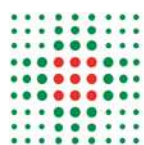
L'identificazione degli obiettivi e dei progetti finalizzati al miglioramento della sicurezza passa necessariamente da una mappatura dei rischi all'interno dell'Azienda.

Conoscere i processi e gli ambiti aziendali più a rischio consente di arrivare ad una prioritizzazione delle azioni da pianificare per "trattare" i rischi che tenga conto non solo della frequenza e della gravità, ma anche della efficacia delle soluzioni e della loro sostenibilità.

Per costruire una mappatura dei rischi e comprendere meglio i fenomeni è necessaria una lettura integrata dei dati provenienti dalle diverse fonti informative aziendali.

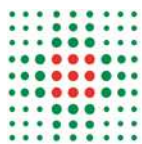
**Tab. 1. Fonti informative**

<b>Sistema/Flusso informativo</b>	<b>Contenuto</b>	<b>Area/Servizio referente</b>	<b>Disponibilità report</b>
Incident Reporting	Eventi avversi, quasi eventi, non conformità	2016: singoli Dipartimenti/UO 2017: Rischio clinico	Dipartimenti /UO Report regionali
SIMES – Segnalazione Eventi Sentinella	Eventi Sentinella	Rischio clinico	Report nazionali e regionali
Sistema di segnalazione delle morti materne	Morti materne dirette e indirette, entro 6 settimane dal parto	Un referente in ogni UO di Ostetricia; Regione; Agenas	(sistema di recente introduzione)
Reclami e segnalazioni dei cittadini	Reclami con indicazione specifica dell'operatore URP "Rischio clinico"	Staff Comunicazione	Report regionali
Sinistri –Data Base Regionale	Richieste risarcimento danni stragiudiziali, cause civili e penali per responsabilità professionale dei sanitari	Servizio Legale	Report annuale Regionale
Checklist di sala operatoria (Data Base SOS.net)	Elenco di completezza della compilazione della Check list di sicurezza chirurgica	Direzione Presidio Ospedaliero	Report semestrale regionale
Progetto OSSERVARE	Raccolta ed elaborazione delle osservazioni dirette in SO sull'utilizzo della SSCL– Presentazione risultati alle equipe coinvolte - Definizione e monitoraggio azioni di miglioramento.	Rischio Clinico	In costruzione
Programma Nazionale Esiti – PNE	Dati su esiti delle cure su diverse patologie (infarto del miocardio, frattura di femore, neoplasie, altro)	Programmazione e controllo	Rapporto annuale Agenas
Farmacovigilanza	Segnalazioni di eventi avversi a farmaci	Dipartimento Farmaceutico	Report annuale aziendale, regionale e nazionale
Dispositivo-vigilanza: elettromedicali	Incidenti (eventi e quasi-eventi) da malfunzionamento dispositivi medici elettromedicali	Ingegneria Clinica	Report annuale regionale
Dispositivo-vigilanza: Dispositivi non elettromedicali	Incidenti (eventi e quasi-eventi) da malfunzionamento dispositivi medici non elettromedicali	Dipartimento Farmaceutico	Report annuale regionale



Sistema/Flusso informativo	Contenuto	Area/Servizio referente	Disponibilità report
Vaccino-vigilanza	Segnalazione di eventi avversi a vaccinazione	Dipartimento Farmaceutico	Report a cadenza variabile
Cadute	Incidenza cadute, modalità, fattori di rischio	Area Rischio clinico	Report annuale
Lesioni da compressione	Incidenza lesioni da compressione	Area Rischio clinico; Direzione infermieristica	Report semestrale
Contenzione	Incidenza contenzione, durata	Area Rischio clinico	-
Emovigilanza - SISTRA	Eventi avversi correlati all'uso del sangue	S. Trasfusionale ASMN	Report annuale ISS
Infortuni operatori	Infortuni sul lavoro di operatori	SPP	Report annuale
Audit clinico retrospettivo	Attività elencate su Intranet all'url: <a href="https://extranet.auls.re.it/home/direzione/DirezioneSanitaria273/Area-qualita%C3%A0-Audit/Documenti/Variabili%20AUDIT%20Documentazione%20Sannitaria%202016.pdf">https://extranet.auls.re.it/home/direzione/DirezioneSanitaria273/Area-qualita%C3%A0-Audit/Documenti/Variabili AUDIT Documentazione%20Sannitaria 2016.pdf</a>	Area Audit (SOC Governo Clinico)	Report annuali
Verbalì delle visite di accreditamento	Esiti delle visite e delle verifiche periodiche interne e visite regionali di accreditamento	Area Qualità e Accreditamento	Report annuale e a domanda
Analisi di processo (FMEA\FMECA)	Esiti dell'analisi di processo in funzione del rischio clinico	Rischio clinico e UO interessate	UO interessate
Visite per la Sicurezza (Progetto RER VISITARE)	Esiti delle "visite per la sicurezza" (Safety Walk Around) in singole UO	Rischio clinico	In costruzione
<b>Infezioni correlate all'assistenza</b>			
Sistema/Flusso informativo	Contenuto	Area/Servizio referente	Disponibilità report
SiChER	Infezioni del sito chirurgico (incidenza)	Rischio clinico	Report aziendali e regionali
Segnalazione rapida di epidemie ed eventi sentinella	Epidemie in strutture sanitarie e assistenziali; isolamenti di germi con nuovi profili di multiresistenza	Rischio clinico	Report regionali
Sorveglianza enterobatteri carbapenemi-resistenti (CPE)	Incidenza batteriemie da CPE	Rischio clinico	Report regionali trimestrali
Data-base segnalazione germi sentinella	Incidenza segnalazioni dai Laboratori di microbiologia di germi sentinella	Rischio clinico	Report dal 2017
Prevalenza infezioni in ospedale	Rilevazioni semestrali di infezioni delle vie urinarie nei Dipartimenti internistici	Rischio clinico	Report alle singole UO
Isolati microbiologici	Isolati batterici e profili di resistenza	Laboratori/sezioni di Microbiologia	Report aziendali
Emocolture	Numero emocolture totali, positive, contaminate	Laboratori/sezioni di Microbiologia	Report aziendali
Uso di antibiotici nel Presidio Ospedaliero	Antibiotici utilizzati nelle UO del Presidio Ospedaliero	Dipartimento Farmaceutico	Report annuale
Uso di antibiotici nel territorio	Antibiotici prescritti nel Dipartimento Cure Primarie da MMG e PLS	Dipartimento Farmaceutico	Report annuale





SICUREZZA DEGLI AMBIENTI			
Sistema/Flusso informativo	Contenuto	Area/Servizio referente	Disponibilità report
Database per la gestione dell'attività di verifica periodica sicurezza elettrica	Schede di Outlook contenenti i documenti word di verifica periodica di sicurezza elettrica e relative scadenze periodiche; sono presenti i file con le destinazioni d'uso dei locali di ogni edificio	SIPP	Disponibile
Documenti di Autorizzazione sanitaria	Schede contenenti la documentazione	SIPP	Disponibile
Esiti dei controlli qualità acque di ARPA	Esiti esami di laboratorio	SIPP	Disponibile
Schede verifiche preventive antincendio	Schede contenenti l'esito dei sopralluoghi mirati	SIPP	Disponibile

Al fine della definizione degli obiettivi triennali di gestione del rischio le fonti informative aziendali che possono fornire dati utili sono:

- Sistema di segnalazione *Incident Reporting*
- Sistema di segnalazione Cadute
- Sistema di segnalazione Lesioni da compressione
- Segnalazioni/reclami dei cittadini (URP)
- Monitoraggio implementazione raccomandazioni per la sicurezza (Agenas)
- Checklist di sala operatoria (Data Base SOSnet)
- Sistema segnalazione Sinistri (Data Base Regionale)
- Segnalazioni Eventi Sentinella (SIMES)
- Sistema segnalazione Farmacovigilanza
- Sistema segnalazione Dispositivovigilanza
- Eventi correlati all'uso del sangue - Emovigilanza (SISTRA)
- Infezioni correlate all'assistenza (Sistema di segnalazione rapida di epidemie ed eventi sentinella, Infezioni del sito chirurgico –SiChER; sistema di sorveglianza degli enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE); Rilevazione indicatori di performance relativi a controllo del rischio infettivo)
- Infortuni operatori

## SISTEMA DI SEGNALAZIONE INCIDENT REPORTING

L'Azienda dispone di un sistema aziendale per la segnalazione di eventi avversi e near miss attraverso la compilazione di una scheda informatizzata disponibile sulla intranet aziendale.

Nella tabella di seguito sono riportate le segnalazioni di eventi e near miss pervenute attraverso i sistemi aziendali nel corso del 2017 e del 2018 utilizzando la scheda generale.

Azienda	Anno 2017	Anno 2018
Ex AUSL (Dip.ti ospedalieri)	164	144
Ex AUSL (Dip.ti territoriali)	11	83
Ex ASMN	52	104
<b>TOTALE</b>	<b>227</b>	<b>331</b>

Accanto alla scheda di incident reporting generale si segnala la presenza di schede informatizzate specifiche per processo:

- scheda di incident reporting – Radiologia
- scheda di incident reporting – Laboratorio
- scheda di incident reporting – PS

Di seguito una sintesi delle segnalazioni pervenute attraverso le varie schede informatizzate di incident reporting:

ANNO	2017	2018
Scheda Incident Reporting generale	227	331
Diagnostica per immagini	243	181
Laboratori	218	227
Pronto Soccorso	52	29
<b>TOTALE</b>	<b>740</b>	<b>768</b>

## SISTEMA DI SEGNALAZIONE CADUTE ACCIDENTALI

Le cadute accidentali vengono segnalate, per l'Ospedale di Reggio Emilia, attraverso scheda informatizzata disponibile sulla intranet aziendale, mentre per i restanti Stabilimenti attraverso specifica scheda su sw MedOffice. È in corso il percorso di armonizzazione del sistema di segnalazione a livello aziendale.

Di seguito sono riportate le segnalazioni pervenute nel corso del **2018**.

Anno 2018	Degenza ospedaliera	Degenza psichiatrica
Numero totale cadute degenti	828	14
Numero totale cadute degenti senza danno	525	8
Numero totale cadute degenti con danno maggiore/severo	4	0
<b>Anno 2018</b>		
Numero totale cadute di assistiti (non degenti)	25	
Numero totale cadute di assistiti (non degenti) senza danno	11	
Numero totale cadute di assistiti (non degenti) con danno maggiore/severo	0	

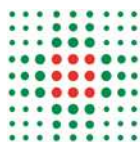
## SISTEMA DI SEGNALAZIONE LESIONI DA COMPRESSIONE

Al momento del ricovero, si valuta l'eventuale presenza di lesioni da compressione (LDD) e di fattori di rischio.

Si riportano i valori rilevati nel **2017**, riferiti a lesioni stadiate dal I al IV stadio EPUAP/NPUAP, nei soli pazienti che all'ingresso non presentavano già LDD.

(\*: numero pazienti con LDD insorte durante il ricovero; \*\*: numero di pazienti considerati nel denominatore).

I valori sono calcolati a partire dal flusso dati Gestionale Ricoveri ADT; Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna.



OSPEDALE	LDD (*)	N° PAZIENTI (**)	%
GUASTALLA	116	2628	4.4
CORREGGIO	52	1564	3.3
MONTECCHIO	71	2140	3.3
SCANDIANO	43	2265	1.9
C. MONTI	50	1584	3.2
TOTALE	332	10181	3.3

Di seguito, i dati emersi dal monitoraggio condotto nel 2018 presso Ospedale Santa Maria Nuova:

	LDD (*)	N° PAZIENTI (**)	%
OSPEDALE SMN	156	5332	2.9

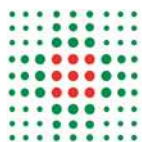
È in corso un approfondimento per armonizzare le modalità di rilevazione e di elaborazione dei dati.

### SEGNALAZIONI/RECLAMI DEI CITTADINI (URP)

I reclami, scritti, telefonici e telematici sono raccolti dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) che provvede anche a registrare il reclamo nel data-base aziendale.

Nella tabella successiva sono riportati i dati relativi all'anno **2018**.

URP	Elogi	Reclami	Rilievi	Suggerimenti	Impropri	Totale
ASMN	188	312	9	8	0	517
Distretto Reggio E.	33	154	23	0	1	211
Distretto Guastalla	36	44	13	9	1	103
Distretto Correggio	21	32	4	0	0	57



URP	Elogi	Reclami	Rilievi	Suggerimenti	Impropri	Totale
Distretto Montecchio	17	54	8	2	0	81
Distretto Scandiano	18	35	9	2	0	64
Distretto C. Monti	35	22	4	6	0	67
Totale	348	653	70	27	2	1100

### CHECKLIST DI SALA OPERATORIA (DATA BASE SOSNET)

Di seguito i dati sul livello di applicazione della checklist nel corso dell'anno **2018** (I semestre) all'interno dei

Calcolato da	Indicatore	%
Flusso SDO	% SI nel campo "check list" nella SDO per le procedure AHRQ4 (esclusi NON APPLICABILE) (standard: 90%)	88%
Flusso SSCL e flusso SDO	Corrispondenza SSCL rispetto alla SDO (standard:75%)	97%
Flusso SSCL	% scarti del 1° invio corretti al 2° invio	0%
Flusso SSCL	% di compilazione Scheda 776/A	75%
Flusso SSCL	% di checklist con almeno una non conformità segnalata nella Scheda 776/B	4%

comparti operatori degli Ospedali del Presidio AUSL di Reggio Emilia.

### SISTEMA SEGNALEZIONE DISPOSITIVOVIGILANZA

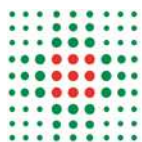
Nella tabella di seguito sono riportati i dati relativi all'anno **2018**.

INCIDENTI	37
RECLAMI	55
AVVISI DI SICUREZZA	46
RECALL	13

### SISTEMA SEGNALEZIONE FARMACOVIGILANZA

Durante l'anno **2018** sono pervenute al RAFV 320 ADR (rispetto alle 241 totali ricevute nel 2017, incremento del 33%) di cui:

- 319 schede sono state inserite all'interno della RNF rispettando le tempistiche previste (7 gg dalla ricezione della scheda) dalla normativa vigente - DM 30 aprile 2015 ;



- 1 sola ADR, pervenuta a fine dicembre 2018, non è stata inserita in RNF per la mancanza dei dati minimi necessari all'inserimento di cui si è messo a conoscenza il CRFV ed al momento è ancora in corso di valutazione per l'inserimento in RNF.

Il numero complessivo di ADR comprende anche quelle ricevute grazie ai progetti di FV attiva in particolare nel corso del **2018** erano in corso due progetti :

#### **Monitoraggio epidemiologico di reazioni ed eventi avversi da farmaci in PS (MEREAFaPS)**

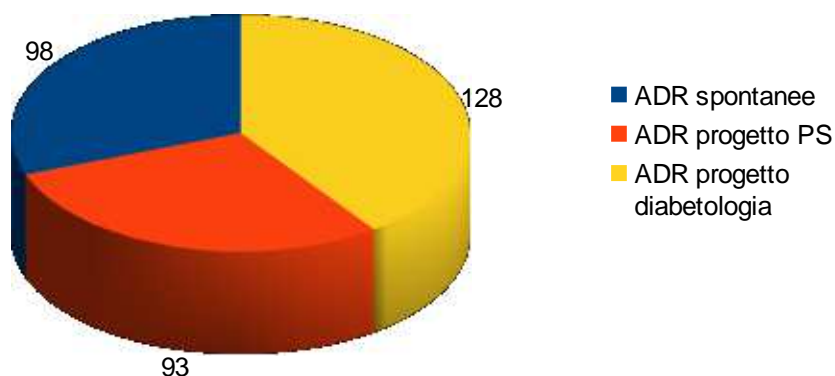
il progetto di durata biennale, seguito da una borsista, si è concluso a giugno 2018, le segnalazioni giunte al RAFV sono quelle provenienti dai PS degli ospedali del territorio (escluso PS ASMN) grazie al progetto sono state inserite, nel corso del **2018**, 93 ADR

#### **Sensibilizzazione dei pazienti e sicurezza d'uso dei farmaci nei centri diabetologici**

il progetto è seguito da una borsista; grazie al progetto sono state inserite, nel corso del **2018** , 128 ADR.

Le segnalazioni spontanee giunte al RAFV sono state 98, tra queste 26 ADR sono legate a segnalazioni di reazione avversa per farmaci erogati in DPC per cui viene richiesta l'autorizzazione del farmaco "brand" secondo circolare 18 della RER, la maggior parte sono conseguenza dell'inserimento in DPC degli inibitori dell'aromatasi (Anastrozolo e Letrozolo).

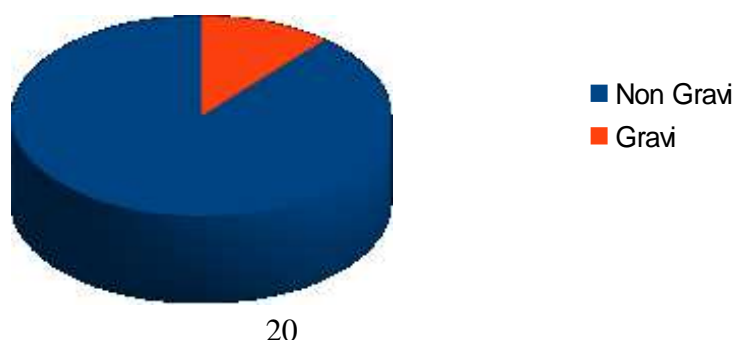
Andamento ADR 2018



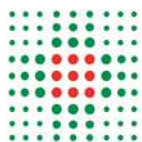
Quasi la totalità delle ADR, 287, sono relative a farmaci indicati come sospetti le restanti 32 sono legate a vaccini.

L'89% (283 schede) delle segnalazioni riguardano eventi non gravi mentre il rimanente 11% (36 schede) sono reazioni segnalate come gravi.

Gravità ADR



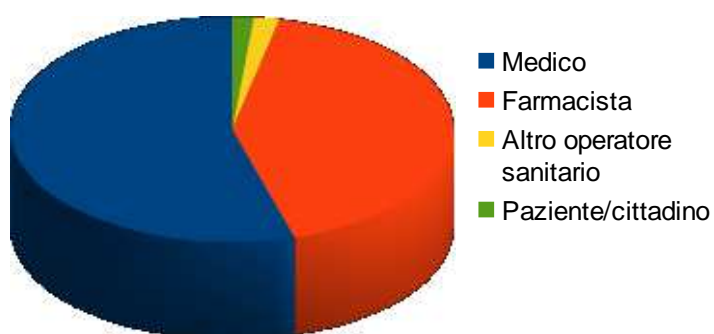




Per quanto riguarda la fonte della segnalazione :

- 174 ADR sono state segnalate da Medici,
- 134 ADR sono state segnalate da Farmacisti (in queste rientrano le ADR del progetto diabetologia in quanto inserite dalla borsista dedicata), 6 da altri operatori sanitari
- 5 ADR sono state segnalate da pazienti/cittadini.

Fonte Segnalazione



#### SISTEMA SEGNALAZIONE SINISTRI (DATA BASE REGIONALE)

La capacità delle organizzazioni sanitarie di rilevare, analizzare e gestire le conseguenze di eventi avversi/indesiderati rappresenta un elemento di attendibilità e affidabilità nei confronti dei pazienti e della comunità di riferimento.

In particolare, la capacità di gestire correttamente gli eventuali danni subiti (o percepiti) dai pazienti ha rilevanza etica, clinica ed economica.

Una parte importante di questa capacità consiste nella sistematica registrazione delle informazioni riguardanti i sinistri, intesi come eventi avversi che colpiscono la persona, i beni o il patrimonio di un soggetto, cagionando un danno. In Emilia-Romagna queste informazioni sono raccolte e periodicamente analizzate, a livello regionale, in un database dedicato.

Nelle tabelle di seguito sono riportati i sinistri aperti presso Ospedale di Reggio Emilia e Azienda USL nel corso del 2017-2018.

Sinistri aperti negli anni 2017 e 2018

Azienda	2017	2018
OSPEDALE DI REGGIO EMILIA	59	27
AUSL REGGIO EMILIA	78	132
Totale	137	159

### SEGNALAZIONI EVENTI SENTINELLA (SIMES)

Nel corso del **2018** il numero di eventi sentinella segnalati con il sistema nazionale e regionale SIMES è stato pari a **7**.

### EVENTI CORRELATI ALL'USO DEL SANGUE - EMOVIGILANZA (SISTRA)

SISTRA è il nuovo Sistema Informativo dei Servizi Trasfusionali, istituito con Decreto del Ministero della Salute del 21/12/2007 e sviluppato come supporto strategico per il conseguimento degli obiettivi stabiliti dalla legge 219/2005: "autosufficienza di sangue e derivati, sicurezza trasfusionale, livelli essenziali di assistenza uniformi e sviluppo della medicina trasfusionale".

Gli effetti indesiderati gravi osservabili nei riceventi riconducibili alla qualità e alla sicurezza dei prodotti trasfusionali devono essere notificati dalle unità operative in cui vengono effettuate le terapie trasfusionali al Servizio Trasfusionale, che a sua volta deve assolvere agli obblighi di notifica verso i livelli regionale e nazionale.

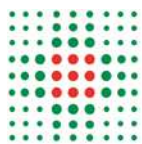
Nel corso del 2017 sono state riportate le seguenti segnalazioni:

#### Area Donatore

<b>2017</b>	<b>Donazione sangue</b>	<b>Donazione plasma</b>
Numero donazioni	20163	7387
Totale eventi	137	42
Lieve	93	31
Moderata	41	7
Grave	3	4

#### Area Ricevente

<b>2017</b> totale trasfusioni=18535	Numero totale eventi
	<b>25</b>
Reazione febbrile	12
Manifestazione allergica	5



Dispnea	1
brividi	0
Shock anafilattico	1
Dolore toracico	2
Nausea/vomito	1
Sovraccarico di circolo	1
ipertensione	1
tachicardia	1

### INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

**Segnalazione rapida di germi sentinella, cluster epidemici, epidemie o microrganismi a resistenza inusuale.**

Nel **2018** sono stati segnalati 7 cluster epidemici in strutture sanitarie e 9 batteriemie da *Klebsiella pneumoniae* resistente ai carbapenemi.

#### Igiene delle mani

Il dato preliminare relativo consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene della mani nel **2018** è di 21 litri/1000 giornate di degenza.

#### Utilizzo di antibiotici in ambito ospedaliero

Nel 2017, le ddd/100 giornate di degenza per i farmaci antimicrobici di uso sistemico (classe J01) sono risultate pari a 72, inferiori alla media regionale 79,7 (+0,9 sul 2016 e -4,0 sul 2015).

Riguardo ai fluorochinolonici, le ddd/100 gg degenza sono risultate pari a 7, inferiori alla media regionale 9,5 (-0,4 sul 2016 e -2,4 sul 2015).

Riguardo ai carbapenemici, lo stesso indicatore è risultato pari a 2, inferiore alla media regionale 3 (+0,3 sul 2016 e -0,6 sul 2015).

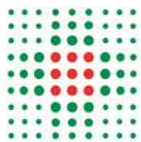
### INFORTUNI OPERATORI

L'Azienda ha implementato nell'ambito del software denominato CANOPO il modulo di Gestione infortuni, che permette la registrazione delle schede infortunio e la adozione di un registro infortuni elettronico, la storicizzazione e l'analisi statistica degli eventi, l'analisi grafica statistica con i riferimenti agli indici standard.

Dal 2017 lo stesso sw è stato adottato nella nuova Azienda unica provinciale.

I dati relativi all'ultimo biennio sono riportati nella tabella seguente:

2017	2018
346	274



## 7. OBIETTIVI GENERALI PER IL TRIENNIO 2019-2021

### 7.1. SICUREZZA DEL PAZIENTE

#### Cultura della gestione del rischio

La promozione di una cultura della sicurezza, condizione oggi imprescindibile per offrire un servizio più coerente con le aspettative dei cittadini, passa necessariamente attraverso un percorso formativo continuo che coinvolge tutti gli operatori impegnati nell'assistenza.

**2019 - 2021**

#### **Obiettivi Generali**

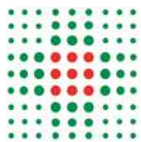
1. *Proseguire nel processo di diffusione di una nuova cultura della gestione del rischio e, soprattutto, di promozione di una cultura della sicurezza attraverso un programma di formazione rivolto a tutti gli operatori (dai dirigenti medici e sanitari al personale infermieristico e tecnico, agli operatori socio-sanitari).*
2. *Promuovere la consapevolezza negli operatori sanitari che la sicurezza delle cure è parte ineludibile dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) e pertanto deve essere considerata già nel loro disegno e progettazione.*
3. *Promuovere l'integrazione e la collaborazione tra la funzione di risk management e di gestione del contenzioso, anche attraverso la realizzazione congiunta di eventi formativi rivolti al personale.*
4. *Promuovere l'adozione sistematica delle tecniche e degli strumenti per l'identificazione dei pericoli e per l'analisi dei rischi: segnalazione eventi e quasi eventi attraverso incident reporting, analisi di processo attraverso FMEA/FMECA, analisi degli eventi attraverso Significant Event Audit.*
5. *Promuovere la partecipazione e il coinvolgimento dei pazienti ai processi di gestione del rischio clinico.*
6. *Promuovere un approccio integrato alla sicurezza che tenga conto non solo della sicurezza del paziente ma anche della sicurezza degli operatori.*

#### Gestione del rischio infettivo

La sorveglianza e il controllo delle **infezioni correlate all'assistenza** sono attività centrali nella gestione del rischio clinico e rientrano tra le priorità del Servizio Sanitario Regionale e della nostra Azienda USL- IRCCS. Gli elementi cardine sono:

- la sorveglianza delle infezioni ;
- l'applicazione delle misure per prevenire la trasmissione degli agenti infettivi;
- la formazione specifica nei vari setting assistenziali.

I temi che nel triennio saranno oggetto di particolare attenzione sono costituiti dalla prevenzione e controllo della diffusione di ceppi batterici multiresistenti, dalla partecipazione diffusa alle attività di antimicrobial stewardship (cioè l'insieme delle politiche volte a prevenire la multiresistenza), e dall'utilizzo dei nuovi sistemi informatici di sorveglianza delle infezioni.



2019 - 2021

### Obiettivi Generali

7. *Promuovere e monitorare l'adesione alle pratiche di igiene delle mani.*
8. *Aggiornare e rendere omogenee in ambito aziendale le procedure di controllo del rischio infettivo.*
9. *Intensificare l'informatizzazione dei sistemi di sorveglianza, compresi quelli dei CPE (Enterobatteri produttori di carbapenemasi) e delle Infezioni del sito Chirurgico (ISC).*
10. *Proseguire nell'estensione delle attività di antimicrobial stewardship, in particolare nell'ambito diagnostico microbiologico e nella prescrizione di farmaci antimicrobici.*
11. *Attuare un programma di formazione rivolto alle strutture sanitarie e alle strutture socioassistenziali in merito alla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.*

### Sicurezza del paziente chirurgico

Nel 2008 l'OMS ha pubblicato e diffuso le linee guida "Guidelines for Safe Surgery" per la sicurezza in sala operatoria. Sulla base di queste raccomandazioni, è stata costruita una *checklist* per la sicurezza in sala operatoria, a supporto delle équipes operatorie, con la finalità di favorire in modo sistematico l'adesione a standard di sicurezza per la prevenzione degli eventi avversi evitabili. I risultati emersi dalla sperimentazione condotta in ospedali di diversi Paesi suggeriscono che l'utilizzo della checklist può migliorare la sicurezza dei pazienti e ridurre il numero di morti e di complicanze post-operatorie.

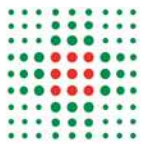
Nell'ambito delle attività per promuovere la qualità e la sicurezza delle cure, il Ministero della Salute ha pubblicato un manuale che comprende le linee guida e la checklist, elaborate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nell'ambito del programma "Safe Surgery Saves Lives".

La Regione Emilia Romagna ha adattato al contesto regionale sia le raccomandazioni che la checklist, avviando nel contempo il progetto Sale Operatorie Sicure (SOS.net) con l'obiettivo di migliorare la sicurezza del paziente chirurgico.

2019 - 2021

### Obiettivi Generali

12. *Consolidare l'utilizzo della checklist di sala operatoria in tutte le procedure effettuate nelle sale operatorie aziendali.*
13. *Migliorare la qualità di utilizzo e di compilazione della checklist anche attraverso una verifica sul campo della modalità di applicazione.*
14. *Monitorare il livello di adesione alle raccomandazioni ministeriali promuovendo progetti di miglioramento finalizzati a incrementare la sicurezza del paziente chirurgico.*



## Gestione clinica del farmaco

La sicurezza nell'uso dei farmaci è un obiettivo di primaria importanza nell'attività sanitaria. Tale obiettivo è reso ancora più cogente dall'aumento del numero di persone in età avanzata e in politerapia farmacologica, dell'uso di farmaci a ridotto indice terapeutico, della complessità organizzativa.

Gli eventi avversi dovuti ad errori in corso di "terapia farmacologia" sono tra le cause di danno più frequente nei pazienti ospedalizzati e possono verificarsi durante tutto il processo di gestione del farmaco.

Per questo motivo, la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità ha lanciato nel 2017 una campagna specifica di sensibilizzazione per contrastare gli errori di somministrazione e assunzione di farmaci.

La campagna globale *Medication Without Harm* è rivolta a tutti, sulla base del principio che ciascun paziente e ciascun operatore sanitario ha un ruolo da svolgere nell'assicurare la sicurezza dei farmaci.

**2019 - 2021**

### Obiettivi Generali

15. *Promuovere lo sviluppo e l'evoluzione dell'attuale sw verso un nuovo prodotto (PSC2), che consenta di superare i limiti attualmente presenti e di favorire l'integrazione con la cartella clinica informatizzata (Matilde).*
16. *Promuovere l'adesione alle raccomandazioni ministeriali e regionali sulla corretta gestione clinica del farmaco e, in particolare, sul tema della ricognizione farmacologica.*
17. *Promuovere la partecipazione attiva del paziente nella gestione della terapia al fine di migliorarne la compliance e la sicurezza.*
18. *Sensibilizzare gli operatori sull'importanza della segnalazione di eventi e reazioni avverse correlate al farmaco e valutare la fattibilità di integrazione del sistema di segnalazione previsto nell'ambito della farmacovigilanza con il sistema aziendale di incident reporting.*

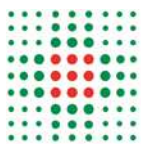
## Prevenzione, gestione e segnalazione delle cadute accidentali

Le cadute rappresentano il più comune evento avverso negli ospedali e nelle strutture residenziali e quasi sempre colpiscono persone fragili, molte delle quali affette da disturbi cognitivi.

Le cadute, oltre al danno strettamente correlato al trauma, possono determinare nei pazienti: paura di cadere di nuovo, perdita di sicurezza, ansia, depressione, fattori che possono condurre a diminuzione dell'autonomia, aumento della disabilità e, in generale, ad una riduzione anche molto significativa della qualità della vita.

Ne consegue che le attività finalizzate alla prevenzione delle cadute accidentali e al contenimento del danno nei diversi setting assistenziali rappresentano una priorità aziendale.





**2019 - 2021**

### **Obiettivi Generali**

19. *Aggiornare il piano di miglioramento per la prevenzione delle cadute accidentali (PAPC), anche attraverso l'analisi delle segnalazioni aziendali, audit e formazione specifica sul tema.*
20. *Adottare a livello aziendale le linee di indirizzo regionali per la prevenzione e gestione delle cadute in ospedale.*
21. *Migliorare la qualità del sistema di monitoraggio delle cadute accidentali e l'attività di restituzione periodica dei dati attraverso la stesura di report.*

### **Sicurezza del processo di gestione della trasfusione di sangue ed emocomponenti**

Dai sistemi di emovigilanza attivi emerge che le reazioni avverse dovute ad errori trasfusionali rappresentano circa il 70% di tutti gli eventi avversi e, tra queste, circa il 20% sono reazioni trasfusionali da incompatibilità AB0.

L'assenza o la mancata applicazione di procedure specifiche rappresenta un importante fattore di rischio che può determinare il verificarsi dell'evento durante una delle diverse fasi del processo trasfusionale, dal prelievo del campione per la determinazione del gruppo sanguigno del ricevente fino alla trasfusione degli emocomponenti.

Al fine di incrementare la sicurezza del processo trasfusionale, il Ministero della Salute ha emanato nel 2015 un nuovo DM con le disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti.

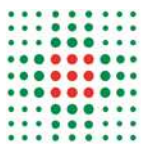
**2019 - 2021**

### **Obiettivi Generali**

22. *Monitorare l'applicazione delle indicazioni contenute nel DM 2 novembre 2015 al fine di migliorare la sicurezza del processo di trasfusione di sangue ed emocomponenti.*
23. *Promuovere la formazione e l'aggiornamento del personale sulla sicurezza in ambito trasfusionale.*
24. *Introdurre nuove "barriere" e strumenti per contenere il rischio di errori nell'ambito del processo trasfusionale e, in particolare, implementare l'informatizzazione del processo (richiesta informatizzata di emocomponenti e controllo al letto del malato).*

### **Raccomandazioni ministeriali e regionali per la prevenzione degli eventi sentinella**

Il Ministero della Salute ha emanato negli ultimi dieci anni 17 differenti "Raccomandazioni" per la prevenzione di eventi sentinella, alcune delle quali rivisitate dalla RER al fine di essere adattate al contesto regionale.



L'Azienda è impegnata nell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali e regionali, anche attraverso la predisposizione di specifiche procedure o documenti di riferimento da mettere a disposizione degli operatori.

**2019 - 2021**

### **Obiettivi Generali**

- 25. Implementare le Raccomandazioni ministeriali e regionali per la prevenzione degli eventi sentinella, anche attraverso l'armonizzazione delle procedure e dei documenti presenti nelle due ex Aziende Sanitarie.*
- 26. Partecipare al monitoraggio annuale promosso da AGENAS sul livello di implementazione delle raccomandazioni.*

### **Gestione della documentazione sanitaria**

La documentazione sanitaria e la cartella clinica rappresentano un irrinunciabile strumento di lavoro, in particolare per un'efficace comunicazione tra i professionisti che si avvicinano nelle cure, fra questi e i pazienti e tra i professionisti e le Istituzioni.

L'epidemiologia del contenzioso in ambito sanitario degli ultimi anni ha fatto emergere con sufficiente chiarezza due aspetti:

- tra le cause radice di gran parte degli errori umani e di sistema vi è tutt'altro che infrequentemente l'imperfetta comunicazione tra gli operatori sanitari e fra questi ed il paziente e/o i suoi familiari;
- il più delle volte, all'origine dell'impotenza difensiva non vi è una prestazione sanitaria inadeguata bensì una prestazione sanitaria inadeguatamente documentata.

Al fine di migliorare la comunicazione tra gli operatori, nonché assicurare il rispetto dei requisiti essenziali della documentazione sanitaria, ovvero rintracciabilità, chiarezza, veridicità e completezza, è in corso in Azienda un percorso di informatizzazione della cartella clinica attraverso l'introduzione di un sw denominato Matilde.

**2019 - 2021**

### **Obiettivi Generali**

- 27. Implementare la nuova cartella clinica informatizzata Matilde nei reparti di degenza ordinaria e di day hospital, al fine di migliorare la comunicazione tra gli operatori e la qualità della tenuta della documentazione sanitaria.*
- 28. Proseguire nelle attività di verifica e controllo annuali della corretta tenuta della documentazione sanitaria e qualità della compilazione della cartella clinica, secondo quanto previsto dalla DGR 1706/2009.*
- 29. Proseguire, in collaborazione con il Servizio di Medicina Legale, nella diffusione dei valori/principi correlati alla responsabilità professionale e corretta tenuta documentale quali elementi indispensabili per un'assistenza di qualità e trasparenza attraverso eventi formativi (formazione residenziale) nei vari dipartimenti/strutture aziendali.*

## 7.2. SICUREZZA DEGLI OPERATORI

La sicurezza nelle strutture ospedaliere riguarda, oltre i pazienti, anche gli operatori e naturalmente le strutture (edifici, impiantistica, antincendio, ecc.) e le apparecchiature. Un'Azienda Sanitaria, infatti, ha caratteristiche di complessità elevate, riconducibili alle dimensioni degli edifici, alla molteplicità e tipologia degli impianti e delle tecnologie, alla concentrazione delle presenze, alla pluralità e alla difficoltà intrinseca delle attività che vi vengono effettuate.

In questo ambito il **Servizio Prevenzione e Protezione (SPP) aziendale** ha come mission:

- tutela e miglioramento della salute dei lavoratori nell'ambiente in cui operano.
- Sistema di Gestione della Sicurezza.

Il Responsabile SPP assicura pertanto che il documento di valutazione del rischio risponda pienamente a quanto previsto dalla normativa, ivi compreso il programma delle misure ritenute opportune per garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di sicurezza e le verifiche sulla loro attuazione, nonché modalità di aggiornamento tempestive rispetto alle modifiche organizzative e strutturali.

**2019 - 2021**

### Obiettivi Generali

**30.** Implementare strategie per il controllo del rischio biologico, occupazionale e ambientale.

**31.** Promuovere la formazione continua e obbligatoria degli operatori sulle misure finalizzate alla prevenzione dei rischi in ambito lavorativo.

**32.** Implementare strategie per contenere il rischio di atti di violenza a danno degli operatori.

## 7.3. GESTIONE PANDEMIA COVID-19

La pandemia Covid-19 ha colpito in modo particolarmente duro la provincia di Reggio Emilia e ha assorbito una parte enorme delle risorse umane nel primo semestre del 2020, costringendoci a rivedere gran parte dell'attività precedentemente programmata, nonché quella consuetamente erogata fino al momento immediatamente precedente, in tutti gli ambiti: medico, chirurgico, riabilitativo, assistenziale, amministrativo e tecnico. In questo scenario è stata sconvolta anche la programmazione in materia di sicurezza delle cure, per più motivi: la radicale modifica della produzione di attività da parte di tutti i Servizi aziendali; l'impossibilità materiale di realizzare le iniziative programmate; la necessità per i professionisti dell'area Sicurezza delle cure di dedicarsi ai problemi emergenti, quali procedure di sicurezza, approvvigionamento dei dispositivi di protezione, consulenza/formazione continua dedicata agli operatori nei diversi contesti: ospedaliero, territoriale e assistenziale.

**2020 - 2021**

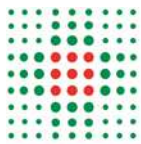
### Obiettivi Generali

**33.** Descrivere le attività organizzative e clinico-assistenziali poste in essere nel primo semestre 2020.

**34.** Rendere disponibile la descrizione della riorganizzazione di percorsi e attività, in modo da rendere immediatamente fruibili le informazioni agli operatori stessi.

**35.** Adottare e aggiornare il Piano organizzativo di attivazione posti letto ospedali presidio ospedaliero in relazione all'epidemia covid-19.

**36.** Realizzare iniziative formative finalizzate alla gestione in sicurezza delle misure di controllo e terapeutico-assistenziali di covid-19.



## **8. PIANO DELLE AZIONI - OBIETTIVI SPECIFICI 2019-2021**

*NB. Gli obiettivi specifici sono declinati in dettaglio per il biennio 2019-2020. Entro la fine del 2020, con nota a cura del Direttore Sanitario e in coerenza con il presente documento, saranno ulteriormente definiti gli obiettivi specifici per l'anno 2021.*

### **8.1 SICUREZZA PAZIENTE**

#### **OG 1-6 Cultura della gestione del rischio**

- 1. Formazione con corso base di gestione del rischio rivolto a tutti gli operatori al fine di continuare l'opera di diffusione di una nuova cultura della sicurezza**

**Responsabile:** nucleo aziendale risk management

**Attività previste e tempi:** aggiornamento pacchetto formativo, svolgimento corsi di formazione.

**Indicatore:** n. di edizioni corso base svolte in corso d'anno.

**Risultato atteso:** almeno 2 edizioni/anno.

*NB. A seconda delle richieste dei Dipartimenti e delle UO, questo corso può essere realizzato con all'interno anche i contenuti del corso di cui al punto 4.*

- 2. Formazione rivolta alla nuova rete di referenti dipartimentali e di U.O. per la gestione del rischio clinico**

**Responsabile:** nucleo aziendale risk management

**Attività previste e tempi:** definizione pacchetto formativo, svolgimento corsi di formazione.

**Indicatore:** n. di edizioni svolte in corso d'anno.

**Risultato atteso:** 1 edizione nel 2019.

- 3. Organizzare in collaborazione con il Servizio di Medicina Legale corsi specifici su tematiche ritenute rilevanti per la sicurezza del paziente (documentazione sanitaria, consenso informato, responsabilità professionale)**

**Responsabile:** Direttore S.C. Medicina Legale.

**Coinvolti:** nucleo aziendale risk management, Servizio Affari Legali e Assicurativi.

**Attività previste e tempi:** aggiornamento pacchetto formativo, svolgimento corsi di formazione.

**Indicatore:** n. di edizioni corsi svolte in corso d'anno.

**Risultato atteso:** almeno 3 eventi formativi/anno.

- 4. Formazione sul sistema di incident reporting rivolto a tutti gli operatori**

**Responsabile:** nucleo aziendale risk management

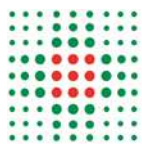
**Attività previste e tempi:** definizione pacchetto formativo, svolgimento corsi di formazione.

**Indicatore:** n. di edizioni svolte in corso d'anno.

**Risultato atteso:** 1-2 edizioni/anno.

*NB. A seconda delle richieste dei Dipartimenti e delle UO, questo corso può essere realizzato con all'interno anche i contenuti del corso di cui al punto 1.*

- 5. Promuovere la segnalazione spontanea degli eventi e dei quasi eventi attraverso l'utilizzo delle schede informatizzate di incident reporting disponibili sulla intranet aziendale**



**Responsabile:** nucleo aziendale risk management

**Attività previste e tempi:** oltre alla formazione specifica residenziale di cui al punto precedente, formazione sul campo e incontri di sensibilizzazione nei reparti/dipartimenti.

**Indicatore:** n. complessivo di segnalazioni e n. di segnalazioni di near miss effettuate nel corso dell'anno attraverso gli strumenti informatici.

**Risultato atteso:** incremento n. segnalazioni (rispetto all'anno precedente).

**6. Realizzare un corso di formazione sugli strumenti e le tecniche di analisi degli eventi avversi**

**Responsabile:** nucleo aziendale risk management

**Attività previste e tempi:** definizione pacchetto formativo, svolgimento corsi di formazione.

**Indicatore:** n. di edizioni svolte in corso d'anno.

**Risultato atteso:** 1-2 edizioni/anno.

**7. Realizzare corsi di formazione residenziali/FAD sulla prevenzione e gestione delle cadute accidentali al fine di implementare le linee di indirizzo regionali**

**Responsabile:** Direzione Professioni Sanitarie

**Coinvolti:** nucleo aziendale risk management

**Attività previste e tempi:** definizione pacchetti formativi, svolgimento corsi di formazione.

**Indicatore:** per i corsi residenziali: n. edizioni svolte per anno; per il corso FAD: n. partecipanti.

**Risultato atteso:** per i corsi residenziali: 1-2 edizioni/anno; per il corso FAD: 50% degli operatori delle U.O. coinvolte nella applicazione delle linee di indirizzo.

**8. Diffondere le conoscenze sui nuovi approcci alla sicurezza delle cure e alle competenze non tecniche**

**Responsabile:** nucleo aziendale risk management

**Attività previste e tempi:** definizione pacchetto formativo, svolgimento corsi di formazione.

**Indicatore:** n. di edizioni svolte in corso d'anno.

**Risultato atteso:** 1 edizione/anno, a partire dal 2020.

**9. Supporto alle iniziative formative promosse in ambito dipartimentale o di U.O: sulle tematiche inerenti alla gestione del rischio clinico**

**Responsabile:** Direttore Dipartimento o U.O.

**Coinvolti:** nucleo aziendale risk management

**Attività previste e tempi:** collaborazione alla definizione pacchetti formativi e collaborazione allo svolgimento corsi di formazione.

**Indicatore:** n. di edizioni svolte in corso d'anno.

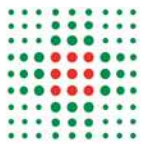
**Risultato atteso:** 1-2 edizioni/anno.

**10. Realizzare corsi di formazione specifici sulla prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza**

**Responsabile:** Comitato per il controllo del rischio infettivo

**Coinvolti:** nucleo aziendale risk management

**Attività previste e tempi:** definizione pacchetti formativi e svolgimento corsi di formazione sulle seguenti tematiche:



- disinfezione e sterilizzazione
- misure di controllo delle infezioni e delle colonizzazioni
- prevenzione delle infezioni del sito chirurgico
- gestione della sepsi materna (in collaborazione con Dip. Materno Infantile)

**Indicatore:** n. di edizioni svolte in corso d'anno, in rapporto alla programmazione specifica annuale

**Risultato atteso:** rispetto della programmazione annuale, che nel triennio toccherà i temi citati.

#### ***11. Organizzare Significant Event Audit (SEA) su eventi o quasi eventi***

**Responsabile:** nucleo aziendale risk management

**Coivolti:** Direttore e/o Coordinatore del reparto/servizio interessato.

**Attività previste e tempi:** formazione specifica residenziale e sul campo tramite l'effettuazione dell'analisi su eventi avversi o near miss ritenuti significativi.

**Indicatore:** n. di Significant Event Audit condotti in corso d'anno.

**Risultato atteso:** conduzione di SEA almeno su tutti gli eventi sentinella e i near miss ostetrici indicati dal protocollo dell'Istituto Superiore di Sanità.

#### ***12. Pianificare e condurre visite per la sicurezza all'interno dei reparti di degenza nell'ambito del progetto regionale VISITARE***

**Responsabile:** nucleo aziendale risk management

**Coinvolti:** referente SPP, DPS, DS, Qualità e Accreditamento.

**Attività previste e tempi:** visite per la sicurezza e pianificazione progetti di miglioramento.

**Indicatore:** n. di visite per la sicurezza effettuate.

**Risultato atteso:** 2 visite per la sicurezza/anno.

#### ***13. Promuovere la partecipazione dei pazienti ai processi di gestione del rischio clinico attraverso un maggior coinvolgimento del Comitato Consultivo Misto***

**Responsabile:** nucleo aziendale risk management

**Coinvolti:** Comitato Consultivo Misto.

**Attività previste e tempi:** incontri con il Comitato Consultivo Misto per presentare le strategie e i progetti di gestione del rischio clinico e per avviare un percorso di partecipazione e coinvolgimento degli stessi rappresentanti dei pazienti alle politiche aziendali

**Risultato atteso:** maggiore coinvolgimento dei pazienti alle strategie aziendali di gestione del rischio clinico attraverso il coinvolgimento dei rappresentanti del Comitato Consultivo Misto.

#### ***14. Promuovere la consapevolezza dei maschi adulti che desiderano sottoporsi al test PSA come screening per il tumore prostatico***

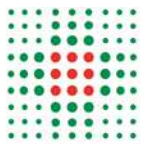
**Responsabile:** nucleo aziendale risk management, Direzione Sanitaria

**Coinvolti:** Direzione Sanitaria aziendale, Servizio di epidemiologia, Dipartimento Cure primarie, Direzione Medica Presidio Ospedaliero.

**Attività previste e tempi:** 2019: produzione di materiale informativo concordato con i Medici di Medicina Generale (MMG), per aumentare il livello di conoscenza dei vantaggi e degli svantaggi del test PSA utilizzato come strumento di screening. Entro il 2020: formazione dei MMG.

**Risultato atteso:** maggiore consapevolezza dei cittadini nella scelta di sottoporsi o meno a screening con PSA.





## **OG 7-11 Gestione del rischio infettivo**

### **1. Igiene delle mani**

**Responsabile:** CIO aziendale – Gruppo operativo infezioni, nucleo aziendale risk management

**Coinvolti:** Direzione Presidio Ospedaliero, Direzione infermieristica, Staff Comunicazione, Staff formazione, Governo clinico.

**Attività previste e tempi:**

- iniziative di formazione
- rinnovo grafico del materiale informativo e promozionale
- rilevazioni comportamentali in reparti a campione mediante scheda WHO;
- monitoraggio dei consumi dei prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani;
- diffusione di materiale informativo e promozionale rivolto ad operatori sanitari ed utenti;
- promozione dell'igiene delle mani nelle strutture residenziali per anziani, in coerenza con gli indirizzi regionali.

**Indicatori:**

- consumo di soluzione alcolica per l'igiene delle mani (litri/1000 giornate di degenza);
- adesione alle pratiche di igiene delle mani in reparti a campione (% adesione item previsti su scheda WHO).
- Numero iniziative formative.

**Risultati attesi:** incremento dell'uso di gel alcolico e delle percentuali di adesione misurate con osservazione diretta (scheda OMS). Standard minimo > 20 litri/1000 gg degenza. Almeno 3 edizioni iniziative formative nel 2019, 6 nel 2020 e 6 nel 2021.

### **2. Procedure di controllo del rischio infettivo**

**Responsabile:** CIO aziendale – Gruppo operativo infezioni, nucleo aziendale risk management

**Coinvolti:** Direzione Presidio Ospedaliero, Direzione infermieristica, Staff formazione, Governo clinico.

**Attività previste e tempi:** aggiornare ed uniformare le procedure di controllo del rischio infettivo.

**Indicatori:**

- elenco procedure redatte e aggiornate

**Risultato atteso:**

- unificazione di tutte le procedure ed i documenti di indirizzo inerenti il rischio infettivo presenti nelle due ex-Aziende (con eventuali specifiche locali);
- disponibilità di tutte le procedure aggiornate a non oltre i 5 anni precedenti.

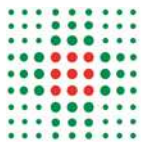
### **3. Prevenzione e sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico**

**Responsabile:** CIO aziendale – Gruppo operativo infezioni, nucleo aziendale risk management

**Coinvolti:** Direzione Presidio Ospedaliero, Direzione infermieristica, Servizio Accountability, Governo clinico, Laboratori analisi e di Microbiologia, Direzione Sanitaria, Servizio Tecnologie Informatiche e Telematiche

**Attività previste e tempi:**

- implementazione della rilevazione degli interventi monitorati secondo il flusso SiChER con gli applicativi informatici (EasySALO, Med'sOffice);
- implementazione della copertura della sorveglianza post-operatoria;



- utilizzo di check list, cartacee ed informatizzate, per monitorare la corretta preparazione del paziente sottoposto ad intervento chirurgico protesico;
- adozione di un documento sulle principali misure di controllo del rischio infettivo in chirurgia generale, per gli interventi maggiori sul colon e retto, riprese dalle linee guida regionali ed internazionali emanate nel 2017;
- adozione del progetto sulla normotermia peri-operatoria: rilevazione dei punti critici, definizione e adozione della procedura.

**Indicatori:**

- incremento della copertura degli interventi sorvegliati con SICHER;
- incremento del numero di schede di Med'sOffice dedicate alla sorveglianza nel post-operatorio compilate;
- n° check list per interventi protesici maggiori compilate;
- evidenza documentale adozione protocollo sulle principali misure di controllo del rischio infettivo in chirurgia generale e sulla normotermia.

**Risultati attesi:**

- rispetto del tasso di copertura della sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico > 75% (standard regionale);
- miglioramento della qualità del dato di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico raccolto nel post-operatorio;
- preparazione del paziente sottoposto ad intervento protesico maggiore come da indicazioni dello specifico protocollo;
- preparazione del paziente sottoposto a chirurgia maggiore del colon e del retto come da indicazioni dello specifico protocollo;
- implementazione della gestione della normotermia peri-operatoria.

#### **4. Sorveglianza degli Enterobatteri resistenti ai carbapenemi**

**Responsabile:** CIO aziendale – Gruppo operativo infezioni, nucleo aziendale risk management

**Coinvolti:** Direzione Presidio Ospedaliero, Direzione infermieristica, Governo clinico, Laboratori analisi e di Microbiologia, Direzione Sanitaria, Servizio Tecnologie Informatiche e Telematiche, Governo Clinico

**Attività previste e tempi:** mantenimento della sorveglianza come da indicazioni regionali in tutto il Presidio Ospedaliero

**Indicatori:** notifica dei casi di batteriemia da CPE come da indicazioni regionali e ministeriali

**Risultato atteso:** 100% batteriemie da CPE segnalate su SMI

#### **5. Emocolture**

**Responsabile:** Laboratorio di Microbiologia e Laboratorio Analisi di Guastalla

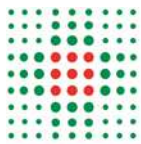
**Coinvolti:** Direzione Presidio Ospedaliero, Governo Clinico

**Attività previste e tempi:** monitoraggio epidemiologico delle emocolture e formazione degli operatori delle principali unità operative coinvolte

**Indicatori:** produzione annuale del report sulle emocolture

**Risultato atteso:** produzione annuale del report sulle emocolture.

#### **6. Antimicrobial stewardship**



**Responsabile:** CIO aziendale – Gruppo operativo antibiotici, nucleo aziendale risk management

**Coinvolti:** Direzione Presidio Ospedaliero, Governo Clinico, UO Malattie Infettive, Laboratorio di Microbiologia e Laboratorio Analisi di Guastalla, Dipartimento Farmaceutico.

**Attività previste e tempi:** prosecuzione della reportistica microbiologica in ospedale; prosecuzione restituzione dei dati di prescrizione farmaci antimicrobici sistemici in ospedale e sul territorio; lavori di gruppo multidisciplinari per revisione periodica protocolli di gestione e terapia empirica e schede farmaco, sia in ospedale che sul territorio. Consolidamento e ampliamento degli strumenti di prescrizione informatizzata di antimicrobici sistemici in ospedale; consolidamento e rinforzo dell'attività di stewardship intesa come consulenza specialistica infettivologica a discipline ospedaliere in ambito sia chirurgico sia medico; iniziative formative.

**Indicatori:** presenza report epidemiologici annuali dei Laboratori di microbiologia e di prescrizione di farmaci antimicrobici per uso sistemico in ospedale e nel territorio; elenco protocolli e schede farmaco redatte e aggiornate.

**Risultato atteso:** ottimizzare la gestione della terapia antimicrobica tra i professionisti, sia in ospedale sia nel territorio. Controllare e ridurre la diffusione dei ceppi batterici multiresistenti e preservare l'efficacia delle molecole antimicrobiche.

## **OG 12-14 Sicurezza del paziente chirurgico**

### **1. Verificare l'utilizzo della check list nelle U.O. di area chirurgica**

**Responsabile:** nucleo aziendale risk management

**Coinvolti:** referenti aziendali SOS.net.

**Attività previste e tempi:** effettuazione osservazioni sul corretto utilizzo della checklist in sala operatoria adottando gli strumenti già applicati nel progetto regionale OSSERVARE.

**Indicatori:** numero di osservazioni dirette effettuate in sala operatoria.

**Risultato atteso:** effettuazione di un campione di osservazioni dirette nei comparti operatori del Presidio Ospedaliero.

### **2. Consolidare l'utilizzo della check list nelle U.O. chirurgiche afferenti a tutti i comparti operatori del Presidio Ospedaliero**

**Responsabile:** nucleo aziendale risk management

**Coinvolti:** referenti aziendali SOS.net, Strutture chirurgiche afferenti ai C.O.

**Attività previste e tempi:** analisi delle criticità individuate attraverso le osservazioni dirette dell'utilizzo della checklist in sala operatoria e pianificazione azioni di miglioramento; analisi dei dati estrapolabili dal flusso informatizzato; predisposizione report periodi su livello di aderenza e qualità della compilazione e sulla tipologia e frequenza delle non conformità rilevate.

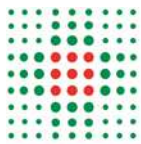
**Indicatori:** 1. % SI nel campo "check list" nella SDO per le procedure AHRQ4; 2. corrispondenza SSCL rispetto alla SDO.

**Risultato atteso:** 1: 90%; 2: 75%.

### **3. Adozione e/o aggiornamento di procedure per migliorare la sicurezza del paziente chirurgico, inclusa la procedura per la prevenzione del tromboembolismo venoso nel paziente chirurgico adulto**

**Responsabile:** nucleo aziendale risk management

**Coinvolti:** Strutture chirurgiche.



**Attività previste e tempi:** verifica delle procedure aziendali per la sicurezza del paziente chirurgico e successivo eventuale aggiornamento.

**Indicatori:** evidenza documentale.

**Risultato atteso:** aggiornamento delle procedure aziendali per la sicurezza del paziente chirurgico.

## **OG 15-18 Gestione clinica del farmaco**

### **1. Implementare una scheda strutturata aziendale per la ricognizione farmacologica**

**Responsabile:** nucleo aziendale risk management

**Coinvolti:** Servizio Farmacia, Servizio di Tecnologie Informatiche.

**Attività previste e tempi:** organizzazione di audit clinici al fine di verificare la modalità con cui viene effettuata la ricognizione farmacologica e il grado di aderenza alle raccomandazioni ministeriali e regionali; implementazione di una scheda strutturata per la ricognizione farmacologica (informatizzata per i reparti in cui è già in uso la cartella Matilde).

**Indicatori:** n. di reparti che utilizzano la scheda strutturata/totale dei reparti.

**Risultato atteso:** graduale introduzione della scheda strutturata.

### **2. Definizione di un progetto di sviluppo ed evoluzione dell'attuale sw di prescrizione e somministrazione informatizzata verso un nuovo prodotto (PSC2), che consenta di superare i limiti attualmente presenti e di favorire l'integrazione con la cartella clinica informatizzata (Matilde)**

**Responsabile:** Servizio Tecnologia Informatiche, Servizio Farmacia

**Coinvolti:** nucleo aziendale risk management

**Attività previste e tempi:** identificazione gruppo di lavoro, predisposizione progetto.

**Indicatori:** evidenza documentale.

**Risultato atteso:** definizione del progetto propedeutico allo sviluppo del nuovo sw.

### **3. Promuovere la farmacovigilanza e migliorare la sensibilizzazione degli operatori rispetto al sistema di segnalazione degli eventi avversi da farmaco (ADR)**

**Responsabile:** Dipartimento Farmaceutico, nucleo aziendale risk management

**Attività previste e tempi:** definizione di strategie per migliorare l'integrazione tra i sistemi di segnalazione (farmacovigilanza e incident reporting), formazione specifica

**Indicatori:** n. di segnalazioni ADR

**Risultato atteso:** incremento annuo del numero di segnalazioni ADR

### **4. Analizzare il fenomeno della corretta gestione delle forme farmaceutiche orali all'interno dei reparti ospedalieri**

**Responsabile:** Dipartimento Farmaceutico, nucleo aziendale risk management

**Attività previste e tempi:** predisposizione di un questionario ad hoc prendendo a riferimento la raccomandazione regionale sul tema, informatizzazione del questionario (intranet) e successiva somministrazione agli operatori, analisi dei risultati

**Indicatori:** % di operatori rispondenti al questionario

**Risultato atteso:** studio del fenomeno, valutazione stato dell'arte rispetto alle raccomandazioni regionali.

## **OG 19-21 Prevenzione, gestione e segnalazione delle cadute accidentali**

### **1. Implementazione del Piano Aziendale per la prevenzione delle cadute accidentali (PAPC)**

**Responsabile:** nucleo aziendale risk management, gruppo aziendale per l'applicazione delle linee di indirizzo regionali

**Attività previste e tempi:** nel corso del 2019 saranno progressivamente coinvolte le U.O. chirurgiche generali e specialistiche e nel 2020 le rimanenti U.O. degli ospedali aziendali.

**Indicatori:** N° degli operatori delle U.O. coinvolte che avrà completato la formazione aziendale.

**Risultato atteso:** sensibilizzazione degli operatori e implementazione del piano aziendale finalizzato alla prevenzione delle cadute accidentali.

## **2. *Miglioramento della qualità del flusso informativo relativo alla gestione delle cadute accidentali***

**Responsabile:** nucleo aziendale risk management, gruppo aziendale per l'applicazione delle linee di indirizzo regionali

**Attività previste e tempi:** armonizzazione dei contenuti delle schede, individuazione di un unico strumento informatico, definizione di un report con dati di processo ed esito sulla gestione delle cadute accidentali.

**Indicatori:** nuova scheda informatizzata e report sulla gestione delle cadute accidentali.

**Risultato atteso:** azzeramento delle segnalazioni cartacee a favore dell'utilizzo del sistema informatizzato aziendale, miglioramento della qualità del flusso informativo.

## **3. *Revisione/aggiornamento della procedura aziendale per la prevenzione delle cadute accidentali***

**Responsabile:** nucleo aziendale risk management, gruppo aziendale per l'applicazione delle linee di indirizzo regionali

**Attività previste e tempi:** revisione della procedura aziendale che tenga conto delle peculiarità dell'area chirurgica e aggiornamento alla luce dell'analisi degli indicatori.

**Indicatori:** evidenza documentale.

**Risultato atteso:** miglioramento del processo di prevenzione, gestione e segnalazione delle cadute accidentali.

## **OG 22-24 Sicurezza del processo di gestione della trasfusione di sangue ed emocomponenti**

### **1. *Aggiornamento della procedura aziendale per la gestione sicura del processo trasfusionale alla luce delle indicazioni dell'ultimo Decreto Ministeriale del 2 novembre 2015***

**Responsabile:** nucleo aziendale risk management.

**Coinvolti:** Comitato per il Buon Uso del Sangue (COBUS).

**Attività previste e tempi:** definizione di una unica procedura aziendale per la gestione del processo trasfusionale e superamento delle attuali procedure.

**Indicatori:** evidenza documentale.

**Risultato atteso:** armonizzare i comportamenti a livello del Presidio Ospedaliero attraverso l'adozione di una unica procedura aziendale.

### **2. *Formazione degli operatori sulla sicurezza in ambito trasfusionale***

**Responsabile:** nucleo aziendale risk management, Direttore Servizio Trasfusionale, Direttore Medicina Legale.

**Coinvolti:** Comitato per il Buon Uso del Sangue (COBUS).

**Attività previste e tempi:** eprosecuzione dei corsi di formazione sulla sicurezza trasfusionale sia nel 2019 che nel 2020.

**Indicatori:** n. di edizioni svolte in corso d'anno.

**Risultato atteso:** almeno 2 edizioni per il 2019 e 2 edizioni per il 2020.

3. ***Completamento della modalità di richiesta informatizzata di unità di sangue o emocomponenti e introduzione del controllo informatico al letto del malato***

**Responsabile:** Direttore Servizio Trasfusionale.

**Coinvolti:** Servizio Tecnologie Informatiche e Telematiche, nucleo aziendale risk management.

**Attività previste e tempi:** completamento del percorso di estensione della nuova modalità di richiesta informatizzata a tutti i reparti del Presidio Ospedaliero ed introduzione del controllo al letto del malato con lettore ottico in reparti pilota, valutazione risultati ed eventuale graduale diffusione agli altri reparti di degenza.

**Indicatori:** n. di richieste informatizzate/tot. richieste.

**Risultato atteso:** >90% dopo l'entrata a regime della nuova modalità di richiesta.

## **OG 25-26 Raccomandazioni ministeriali e regionali per la prevenzione degli eventi sentinella**

1. ***Aggiornamento e revisione procedure o documenti aziendali per ognuna delle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella***

**Responsabile:** nucleo aziendale risk management

**Attività previste e tempi:** unificazione, revisione e aggiornamento delle procedure delle due ex Aziende Sanitarie relative alle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza delle cure.

**Indicatori:** evidenza documentale.

**Risultato atteso:** unificazione e aggiornamento procedure per la prevenzione degli eventi sentinella e aderenza alle raccomandazioni ministeriali.

### **Sicurezza del percorso nascita**

2. ***Aggiornamento e revisione procedure e documenti relativi alle Raccomandazioni ministeriali n. 6 e n. 16***

**Responsabile:** Direttore Dipartimento Materno Infantile (PIAMI), nucleo aziendale risk management; Direzione Medica Presidio Ospedaliero

**Coinvolti:** referenti dipartimentali gestione del rischio

**Attività previste e tempi:** aggiornamento e revisione delle procedure.

**Indicatori:** evidenza documentale.

**Risultato atteso:** contenere gli eventi avversi e migliorare la qualità durante la gravidanza e nelle fasi di peripartum e postpartum.

3. ***Audit clinico per la verifica della aderenza alle procedure relative al trasporto assistito materno (STAM) e trasporto di emergenza neonatale (STEN)***

**Responsabile:** Direttore Dipartimento Materno Infantile (PIAMI), nucleo aziendale risk management

**Coinvolti:** Direzione Medica Ospedaliera, Punti Nascita della Provincia, SC Neonatologia, S.C. Ostetricia e Ginecologia

**Attività previste e tempi:** pianificazione dell'audit, raccolta ed analisi dei dati (1 audit entro il 2019 e 1 audit entro il 2020).

**Indicatori:** evidenza documentale.

**Risultato atteso:** miglioramento dell'adesione degli operatori alle procedure relative al trasporto assistito materno (STAM) e trasporto di emergenza neonatale (STEN).



#### 4. *Miglioramento della sicurezza delle cure in ambito ostetrico, ginecologico e pediatrico*

**Responsabile:** Direttore Dipartimento Materno Infantile (PIAMI), nucleo aziendale risk management

**Coinvolti:** referenti dipartimentali gestione del rischio, Direzione Medica Ospedaliera, Punti Nascita della Provincia, SC Neonatologia, S.C. Ostetricia e Ginecologia

**Attività previste e tempi:** nell'arco del biennio 2019-20 il gruppo aziendale per la sicurezza delle cure in ambito ostetrico e ginecologico ha programmato le seguenti attività: recepimento obiettivi indicati da Agenas: Emorragia Post Partum, Seps, Influenza, Ipertensione, Obesità; analisi di casi clinici rilevanti e/o inclusi nel protocollo Near Miss dell'ISS; applicazione dell'incident reporting; applicazione del Piano Nazionale Vaccini in riferimento alla gravidanza; aggiornamento delle procedure relative ai percorsi assistenziali sui profili di rischio; Programma formativo e informativo su rischio clinico, SEA-Significant Event Audit, gravidanza multiproblematica, vaccinazioni e gravidanza (prima, durante e post); conduzione di SEA su episodi critici; audit su gravidanza multiproblematica, Procreazione Medicalmente Assistita; simulazione di emergenze ostetriche e simulazione rianimazione neonatale.

**Indicatori:** evidenza documentale.

**Risultato atteso:** miglioramento della sicurezza in ambito ostetrico e ginecologico.

### OG 27-29 Gestione della documentazione sanitaria

#### 1. *Introduzione della nuova cartella informatizzata Matilde nei reparti di degenza del presidio Ospedaliero*

**Responsabile:** Servizio Tecnologie Informatiche e Telematiche, Direzione di Presidio Ospedaliero, nucleo aziendale risk management

**Attività previste e tempi:** attivazione della nuova cartella informatizzata Matilde nelle U.O. chirurgiche del Presidio Ospedaliero (I sem. 2019), nelle U.O. di area Oncologica del Presidio Ospedaliero (II sem. 2019), nelle U.O. di area ostetrico-ginecologica del Presidio Ospedaliero (I sem 2020), nelle U.O. di area medica e internistica del Presidio Ospedaliero (II sem 2020).

**Indicatori:** n. di pl di degenza ordinaria informatizzati/tot. pl degenza ordinaria.

**Risultato atteso:** implementazione della nuova cartella informatizzata nel 50% pl per il 2019 e nel 90% per il 2020.

#### 2. *Attività di verifica e controllo della corretta tenuta della documentazione sanitaria e qualità della compilazione della cartella clinica, secondo quanto previsto dalla DGR 1706/2009*

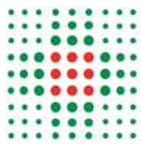
**Responsabile:** Ufficio Statistica e controllo cartelle cliniche, nucleo aziendale risk management

**Coinvolti:** Risk manager.

**Attività previste e tempi:** controllo qualità compilazione cartella clinica attraverso checklist della DGR 1706/2009.

**Indicatori:** n. di cartelle cliniche sottoposte a controllo attraverso checklist.

**Risultato atteso:** >500 cartelle/anno.



## 8.2 SICUREZZA DEGLI OPERATORI

### OG 30 Mantenere attive le strategie per il controllo del rischio biologico, occupazionale e ambientale

#### 1. *Monitoraggio procedura post esposizione infortunio a rischio infettivo*

**Responsabile:** RSPP, Medico Competente.

**Coinvolti:** procedura aziendale.

**Attività previste e tempi:** applicazione e monitoraggio della procedura per la gestione post-esposizione per infortunio a rischio infettivo (2019-2020);

**Indicatori:** calendario incontri.

**Risultato atteso:** applicazione della procedura.

#### 2. *Monitoraggio DM pungenti di sicurezza*

**Responsabile:** RSPP.

**Coinvolti:** Dipartimento Farmaceutico, Dipartimento Amministrativo.

**Attività previste e tempi:** costante monitoraggio dei DM pungenti di sicurezza, sia adottati, con conseguenti interventi di formazione e addestramento (2019-2021).

**Indicatori:** elenco DM pungenti di sicurezza aggiornato periodicamente.

**Risultato atteso:** disponibilità e corretto utilizzo dei DM pungenti di sicurezza.

#### 3. *Implementazione strategie per la prevenzione di malattie infettive prevenibili, inclusa l'influenza*

**Responsabile:** Medico Competente, Coordinatore Comitato Rischio infettivo.

**Coinvolti:** Servizio Prevenzione e Protezione, Sorveglianza sanitaria, Servizio Igiene e Sanità Pubblica, Direzione Sanitaria, Comitato Rischio infettivo, Area Rischio clinico.

**Attività previste e tempi:** applicazione della Deliberazione di Giunta Regionale RER n.351/2018 nei confronti dei lavoratori sanitari dipendenti e non dipendenti, con particolare attenzione agli appalti che introducono costantemente lavoratori nelle strutture sanitarie.

**Indicatori:** numero vaccinazioni erogate.

**Risultato atteso:** incremento copertura vaccinale negli operatori sanitari (lavoratori dipendenti e non dipendenti) e nei lavoratori degli appalti.

#### 4. *Progetto a budget finalizzato a mantenere attive le strategie per la gestione del rischio da movimentazione pazienti: "Up Grade SpoSo – Poletti".*

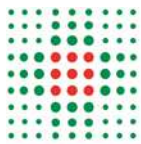
**Responsabile:** RSPP.

**Coinvolti:** Dipartimento Tecnico: Area Tecnica, S. Ingegneria Clinica; Dipartimento Riabilitativo e Neuromotorio; Direzione Professioni Sanitarie; Direzione Presidio Ospedaliero Provinciale

**Attività previste e tempi:** Disponibilità degli ausili minori in ogni reparto a rischio ASMN; Addestramento del personale: 2018. Aggiornare la formazione del personale esposto a MP in ASMN (programma 2018-2021); aumentare la presenza di sollevatori a binario nelle degenze, sostituire i letti elettrici obsoleti nel Presidio Ospedaliero Provinciale.

**Indicatori:** utilizzo del budget destinato (150.000€).

**Risultato atteso:** Sollevatori a binario installati nei reparti interessarti; Sostituzione letti elettrici obsoleti; presenza ausili minori nei reparti a rischio dell'ASMN.



## **OG 31 Promuovere la formazione sulla sicurezza del lavoro nell'organizzazione sanitaria**

### **1. Implementazione strategie per la prevenzione di malattie infettive prevenibili, inclusa l'influenza**

**Responsabile:** RSPP.

**Coinvolti:** Gestione Sviluppo Risorse Umane.

**Attività previste e tempi:** sviluppo di una offerta formativa coerente con gli obblighi normativi, con la valutazione dei rischi aziendale e con le richieste dei dipartimenti aziendali.

**Indicatori:** numero di lavoratori formati, numero di ore di formazione erogate.

**Risultato atteso:** rispetto degli obblighi normativi.

## **OG 32 Implementare strategie per contenere il rischio di atti di violenza a danno degli operatori**

### **1. Monitoraggio procedura di intervento psicologico precoce in contesti di emergenza urgenza**

**Responsabile:** RSPP, Direzione Sanitaria.

**Coinvolti:** procedura aziendale, Medico Competente.

**Attività previste e tempi:** applicazione e monitoraggio della procedura (2019-2020);

**Indicatori:** report annuale operatori trattati.

**Risultato atteso:** applicazione della procedura.

### **2. Offerta formativa specifica**

**Responsabile:** RSPP.

**Coinvolti:** Servizio Sviluppo Risorse Umane.

**Attività previste e tempi:** sviluppo di una offerta formativa coerente con gli obblighi normativi, con la valutazione dei rischi aziendale e con le richieste dei dipartimenti aziendali.

**Indicatori:** numero di lavoratori formati sul rischio specifico.

**Risultato atteso:** rispetto degli obblighi normativi.

## **8.3 GESTIONE PANDEMIA COVID-19**

### **OG 33 Descrivere le attività organizzative e clinico-assistenziali poste in essere nel primo semestre 2020**

#### **1. Raccolta e pubblicazione delle attività straordinarie realizzate dalle Unità Operative e dai Servizi**

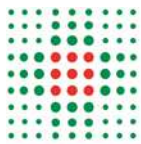
**Responsabile:** Risk manager

**Coinvolti:** Direzione Sanitaria; Staff Comunicazione; tutti i Dipartimenti clinici, amministrativi e tecnici

**Attività previste e tempi:** dicembre 2020

**Indicatori:** disponibilità del materiale sulla rete intranet aziendale

**Risultato atteso:** pubblicazione sulla rete intranet (con valutazione di ulteriore diffusione, anche tramite specifiche iniziative) del materiale raccolto.



**OG 34 Rendere disponibile la descrizione della riorganizzazione di percorsi e attività, in modo tale da rendere immediatamente fruibili le informazioni agli operatori stessi**

**1. Raccolta e pubblicazione sul portale intranet delle informazioni relative alla riorganizzazione delle singole attività**

**Responsabile:** Risk manager, Direzione Sanitaria.

**Coinvolti:** Staff Comunicazione; tutti i Dipartimenti clinici, amministrativi e tecnici

**Attività previste e tempi:** Raccolta del materiale prodotto dalle singole UO direttamente su griglia pubblicata sul portale intranet. Prima pubblicazione (provvisoria): settembre 2020; completamento della raccolta: novembre 2020.

**Indicatori:** disponibilità del materiale sulla rete intranet aziendale.

**Risultato atteso:** pubblicazione sulla rete intranet del materiale raccolto.

**OG 35 Adottare e aggiornare il Piano organizzativo di attivazione posti letto ospedali presidio ospedaliero in relazione all'epidemia covid-19**

**1. Piano organizzativo di attivazione posti letto ospedali presidio ospedaliero**

**Responsabile:** Direzione del Presidio Ospedaliero, Direzione Sanitaria.

**Coinvolti:** tutti i Dipartimenti ospedalieri; Risk manager

**Attività previste e tempi:** 2020-2021

**Indicatori:** disponibilità del Piano organizzativo, aggiornato secondo necessità.

**Risultato atteso:** disponibilità del Piano organizzativo.

**OG 36 Realizzare iniziative formative finalizzate alla gestione in sicurezza delle misure di controllo e terapeutico-assistenziali di covid-19**

**1. Realizzare iniziative formative specifiche per i Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera scelta, le USCA e per tutti i Dipartimenti dell'Azienda, inclusi quelli Amministrativo e Tecnico**

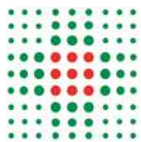
**Responsabile:** Risk manager; Direttore Struttura di Malattie Infettive

**Coinvolti:** referente aziendale rischio infettivo correlato all'assistenza, Struttura di Malattie Infettive, Servizio Prevenzione e Protezione, Staff Formazione

**Attività previste e tempi:** 2020

**Indicatori:** numero di iniziative realizzate, in presenza o in remoto

**Risultato atteso:** realizzazione di iniziative, anche non accreditate ECM, secondo le richieste e le necessità rilevate.



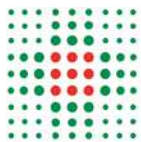
## 9. CONCLUSIONI

Costruire un “sistema sicuro” è certamente ed implicitamente un obiettivo costante del management aziendale e degli operatori della sanità.

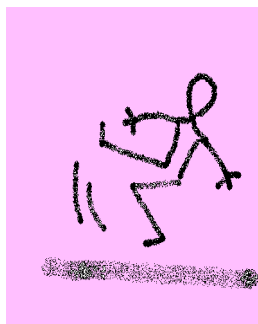
Non sempre esso si concretizza in una programmazione definita e strutturata, che superi l’episodicità degli eventi (formativi, procedurali, di audit) e che trasformi le iniziative in un piano diffuso, noto e partecipato.

La redazione di un Piano Programma non costituisce una priorità indotta solo da esigenze di sistematizzazione, ma ha l’obiettivo più alto e significativo di radicare una cultura di governo clinico, in generale, e di gestione del rischio e della sicurezza, nello specifico.

*Solo un’Azienda e dei Professionisti che sanno apprendere dai propri limiti e dai propri errori gli strumenti utili a migliorare la sicurezza sono in grado di esercitare responsabilmente quella funzione di tutela di un bene primario che i cittadini hanno loro affidato.*



## **PIANO AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLE CADUTE ACCIDENTALI (PAPC)**



### **PIANO PER LA SORVEGLIANZA E LA PREVENZIONE DELLE CADUTE 2019-2020**

Le cadute dei pazienti ricoverati in ospedale, in particolare per gli anziani, costituiscono un problema rilevante e sono tra i più comuni eventi avversi, dalle conseguenze anche molto gravi.

A partire dall'anno 2007, l'Azienda USL di Reggio Emilia ha definito un progetto per la sorveglianza e prevenzione delle cadute nelle strutture sanitarie, con l'obiettivo di contribuire a migliorare la sicurezza delle cure offerte ai pazienti. Nel corso del 2017 e 2018 si sono costituiti i presupposti per lo sviluppo di un progetto integrato per la sorveglianza e la prevenzione delle cadute.

#### **1. Obiettivi generali 2019-2020**

- Migliorare la qualità del sistema di monitoraggio e prevenzione delle cadute dei pazienti negli ospedali del Presidio;
- Aumentare il livello di sensibilizzazione degli operatori a prevenire e segnalare le cadute;
- Estendere a tutte le U.O. aziendali l'utilizzo di uno strumento multidimensionale per la valutazione del rischio di caduta dei pazienti e per la pianificazione delle azioni preventive;
- Unificare e stabilizzare il flusso informativo di segnalazione delle cadute;
- Migliorare l'efficienza e la fruibilità del flusso informativo di segnalazione delle cadute;
- Diffondere a tutte le UO la procedura aziendale (recepimento delle linee di indirizzo regionali);
- Monitorare il grado di applicazione delle raccomandazioni per la prevenzione delle cadute.

#### **2. Il Piano Aziendale Prevenzione Cadute (PAPC) è stato definito con il contributo di:**

- Direzione Sanitaria (Direttore Sanitario - D.ssa Cristina Marchesi, Direttore Presidio ospedaliero - Dott. Giorgio Mazzi, Direzione di Presidio Ospedaliero - Dott. Francesco Vercilli);



- Direzione Professioni Sanitarie (Direttore Direzione Professioni Sanitarie (DPS) – Dr.ssa Sandra Coriani, Direttore Direzione Professioni Sanitarie Presidio ospedaliero - Dr. Antonio Boccia, Direttore Direzione Professioni Sanitarie Rete Integrata - Dr.ssa Roberta Riccò, Dr. Roberto Caroli, Dr.ssa Cristina Pedroni);
- Staff Governo Clinico, Area Risk Management, (Direttore Dr. Roberto Grilli, Clinical Risk Manager Dr. Pietro Ragni, Dr. Stefano Mastrangelo);
- Medicina Legale (Direttore Dr. Giorgio Gualandri, Dr.ssa Antonia Nini, Dr. Erjon Radheshi);
- Servizio Prevenzione Protezione (Dr. Giovanni Morini);
- Area Formazione (Dr. Attilio Mattioli, Dr. Nicola Poletti, Dr.ssa Laura Magnani);
- Servizio Information Technology (Ing. Marco Foracchia).

### **3. Il gruppo di lavoro multiprofessionale aziendale è composto da:**

Campanini Isabella (Laboratorio Analisi Movimento - Dipartimento Riabilitazione), Caroli Roberto (Direzione Professioni Sanitarie), Davoli Maria Luisa (Direttore Geriatra - Dipartimento Neuromotorio), Fiocchi Alena (Fisiatra - Dipartimento Neuromotorio), Fiori Sabrina (Responsabile Professioni Sanitarie Dipartimento Medicina Specialistica), Franchi Luigi (Geriatra - Dipartimento Internistico); Galbero Lorella (Coordinatrice Lungodegenza Ospedale di Guastalla), Merlo Andrea (Ingegnere Dipartimento Neuromotorio), Pedroni Cristina (Direzione Professioni Sanitarie), Rancati Jacopo Matteo (Dirigente SPTA Professioni sanitarie dip. Neuromotorio), Salsi Monica (coordinatrice RSR - Dipartimento neuromotorio), Stefano Mastrangelo (Dirigente SPTA Governo clinico, coordinatore del gruppo).

### **4. Il registro delle cadute**

Il flusso informativo delle segnalazioni di caduta ha raggiunto una buona affidabilità e permette di ottenere una fotografia dettagliata della situazione ospedaliera e del trend degli ultimi anni. I dati permettono di generare un report complessivo, per Ospedale, per Dipartimento e per singola U.O.

Il report contiene i dati aggregati per U.O. relativi a: età del paziente, ora e luogo della caduta, dinamica, fattori concomitanti, attività svolte a seguito della caduta, esiti.

Nel 2017 si sono registrate 855 cadute su un totale di 389.124 giornate di degenza con un tasso grezzo complessivo pari al 2.2/1000 giornate di degenza. A queste si aggiungono 12 cadute in degenza psichiatrica e 6 di assistiti non degenti.

Si è registrata solo 1 caduta con esiti gravi, per la quale è stata inoltrata la segnalazione flusso SIMES eventi sentinella.

Nel corso del 2018 è stata modificata la scheda di segnalazione cadute al fine di armonizzare il sistema di segnalazione delle due ex aziende sanitarie. Il registro informatizzato sarà unificato nel corso del 2019 e saranno uniformate le modalità di raccolta dati e segnalazione cadute.

Nel corso del 2018 è proseguito lo sviluppo di un sistema di reporting automatico, che sarà completato nel 2019 e che permetterà di ottenere un feedback in tempo reale fruibile direttamente dalle unità operative.

## **5. Stratificazione delle U.O.**

I dati poliennali del registro cadute hanno permesso di profilare i contesti a maggiore rischio, in relazione alle variabili strutturali/cliniche dei pazienti. Sono considerate ad alto rischio di caduta le U.O. nelle quali il tasso di caduta annuale è pari o superiore a 3,5/1000 giornate di degenza (U.O. di Geriatria, Lungodegenza, Medicina, Riabilitazione Funzionale, SPDC). Queste U.O., nel biennio 2017-2018, sono state inserite con priorità nel programma aziendale di applicazione delle linee di indirizzo regionali.

## **6. Interventi per implementazione del Piano Aziendale Prevenzione delle Cadute**

### **6.1 Organizzativi**

Per favorire l'applicazione del PAPC, in particolare l'applicazione della procedura aziendale, è previsto il coinvolgimento della rete di referenti per la gestione del rischio clinico (in via di definizione) che svolgeranno funzioni di promozione, supervisione, monitoraggio, auditing, raccordo con il gruppo di riferimento aziendale.

### **6.2 Procedurali**

Nel corso del 2017 si è costituito un gruppo di lavoro multiprofessionale aziendale per l'analisi del documento regionale "Linee di indirizzo su prevenzione e gestione delle cadute in ospedale", al fine di individuare le possibili criticità applicative e proporre soluzioni.

Il gruppo aziendale, avvalendosi della collaborazione di professionisti esperti, ha definito una procedura allo scopo di definire e descrivere:

- modalità e strumento multidimensionale per la valutazione del rischio caduta dei pazienti in ospedale e per la pianificazione delle attività preventive, che nel corso del 2018 è stato informatizzato;
- modalità e strumenti per l'attivazione della consulenza fisiatrica e fisioterapica;
- strumenti per l'informazione e coinvolgimento del paziente/caregiver sulle azioni di prevenzione in previsione della dimissione a casa;
- modalità e strumenti per la valutazione dell'applicazione delle raccomandazioni;

- definizione del ruolo e delle attività dei facilitatori del progetto per le UU.OO. aderenti.

Il gruppo ha inoltre definito un tempogramma con identificazione di ulteriori unità operative coinvolte nell'applicazione della procedura per il biennio 2018-2019.

#### **6.2.1 Valutazione del grado di applicazione delle raccomandazioni**

Nel corso del 2017 è stata svolta attività di auditing nelle UU.OO. pilota individuate per valutare il grado di applicazione delle raccomandazioni. Nel corso del 2018-2019 l'attività di auditing sarà estesa ad ulteriori UU.OO. coinvolte nell'applicazione della procedura.

#### **6.3 Formativi**

Nel 2017 è stata condotta la formazione residenziale dei facilitatori per le UU.OO. pilota (5 medici, 6 coordinatori, 12 infermieri, 5 fisioterapisti, per un totale di 28 operatori). Il corso base FAD è stato inizialmente reso disponibile agli operatori delle UU.OO. pilota e successivamente, nel corso del 2018, a tutti i professionisti dell'Azienda.

Nel 2018 è proseguita, inoltre, l'attività formativa residenziale rivolta agli operatori delle UU.OO. incluse nel percorso.

#### **6.4 Strutturali/ambientali**

I Servizi Prevenzione Protezione e Ingegneria Clinica, con la collaborazione della Direzione Sanitaria, svolgono periodiche verifiche ambientali e strutturali sulla idoneità e sicurezza degli ambienti, anche nell'ottica della prevenzione del rischio cadute. Particolare attenzione viene rivolta alla verifica della sicurezza, efficienza e funzionalità delle superfici calpestabili, sistemi di chiamata, illuminazione, ausili e presidi. Tutti gli operatori sono sensibilizzati alla vigilanza e alla proattività nel riconoscere situazioni di pericolo, anche potenziale, per i pazienti e nell'attivare precocemente interventi di manutenzione o finalizzati a diminuire la probabilità di caduta.

Nell'ambito del progetto Regionale VisitaRE, le visite per la sicurezza effettuate nelle unità operative, hanno costituito e costituiscono ulteriori opportunità di verifica dell'applicazione delle raccomandazioni contenute nelle Linee di indirizzo, ivi comprese quelle relative alle componenti strutturali e ambientali.

#### **6.5 Informativi**

*Informazioni ai pazienti, familiari e caregivers*

Il precoce coinvolgimento del paziente, dei familiari e caregivers nella prevenzione delle cadute, fin dalla fase dell'assessment, attraverso la condivisione delle informazioni ed idonei interventi formativi è fortemente raccomandato.

Vengono inoltre fornite indicazioni riguardo ai sistemi di chiamata, illuminazione, ubicazione dei servizi, ecc.

In previsione del trasferimento del paziente in altra U.O. o di dimissione, i pazienti ricevono, insieme ai caregiver/familiari, una brochure contenente raccomandazioni di sicurezza e consigli di comportamento riguardanti i principali fattori di rischio intrinseci, farmacologici e ambientali per caduta.

Nel corso del 2018 l'impiego della brochure informativa e di poster è proseguita e sarà estesa nel biennio 2019-2020 a tutte le UU.OO. coinvolte nel progetto.

## **7. Interventi per l'implementazione delle Linee di indirizzo**

### **7.1 UU.OO. individuate per la sperimentazione**

Le unità operative individuate per la sperimentazione sono state:

- U.O. Geriatria e Lungodegenza Arcispedale S. Maria Nuova Reggio Emilia;
- U.O. Medicina e Lungodegenza Ospedale Castelnovo Monti;
- U.O. Lungodegenza Ospedale di Guastalla;
- U.O. Riabilitazione Motoria Ospedale Correggio.

Le ulteriori U.O. incluse nel percorso nell'anno 2018 sono state:

- U.O. Medicina Cardiovascolare ASMN;
- U.O. Medicina Gastroenterologica ASMN;
- U.O. Medicina Ospedale di Guastalla;
- U.O. Medicina e Lungodegenza Ospedale di Montecchio;
- U.O. Medicina e Lungodegenza Ospedale di Scandiano;
- U.O. Medicina Ospedale di Correggio.

Nel corso del 2019 saranno progressivamente incluse le U.O. chirurgiche generali e specialistiche e nel 2020 le rimanenti U.O. degli ospedali aziendali.

## **7.2 Responsabilità nella sperimentazione**

Direttore e coordinatore della U.O., referenti per la gestione del rischio clinico di U.O./Dipartimento, Responsabili delle Professioni Sanitarie e Direttore medico di stabilimento, con il supporto del gruppo operativo multidisciplinare aziendale.

## **7.3 Soggetti coinvolti**

Medici, infermieri/ostetriche, tecnici, terapisti e OSS della U.O., Staff governo clinico, SPP, STIT, DPS e DS.

## **7.4 Strumenti e buone pratiche adottate**

Formazione facilitatori, procedura aziendale prevenzione e gestione delle cadute, scheda informatizzata per la valutazione del rischio e pianificazione azioni preventive, scheda informatizzata per la segnalazione cadute, report di U.O., audit di processo sull'applicazione della procedura.

## **7.5 Tempi di realizzazione**

La sperimentazione nelle U.O. pilota è stata condotta nel corso del 2017 e I semestre 2018.

Le ulteriori attività indicate nel PAPC saranno sviluppate e realizzate nel triennio 2018-2020.

## **7.6 Indicatori**

N° degli operatori delle U.O. coinvolte che avrà completato la formazione FAD regionale;

N° dei pazienti target ( $\geq 65$  anni) delle U.O. coinvolte valutato per rischio cadute;

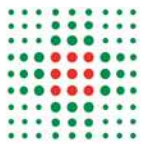
N° di U.O. coinvolte che effettueranno un audit procedurale sull'applicazione della procedura aziendale.

## **8. Criteri di selezione per individuare gli eventi caduta da analizzare e modalità di analisi degli stessi**

La RER, con nota prot. 106553 del 18/02/2018, avente per oggetto: "Criteri per la definizione dell'evento sentinella caduta di paziente ai fini della segnalazione alla Regione e al Ministero della Salute – Flusso SIMES" ha individuato i criteri per definire una caduta con esito grave.

I criteri con cui viene definito "esito grave" a seguito di caduta sono i seguenti:

- morte
- disabilità permanente
- coma
- trauma maggiore conseguente a caduta di paziente
- trasferimento ad unità semintensiva o intensiva
- necessità di intervento chirurgico a seguito di caduta



- rianimazione cardio-respiratoria.

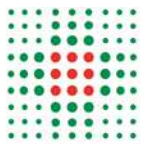
In caso di caduta con esiti gravi, si darà seguito all'unità di crisi (Rischio clinico/Medicina Legale, DS di stabilimento, RITD di riferimento, operatori) per effettuare l'analisi del caso attraverso lo strumento SEA (*Significant Event Audit*) e per definire le possibili azioni di miglioramento, che saranno anche riportate nella schede di segnalazione prevista dai flussi SIMES. Al termine della fase di analisi viene restituito un feedback strutturato alle UU.OO.

Potranno, inoltre, essere oggetto di analisi anche altri episodi di cadute accidentali (non rientranti tra gli eventi sentinella) che saranno individuati a seguito dell'analisi del database di segnalazioni.

**Allegati:**

- 1) Scheda valutazione rischio caduta e pianificazione azioni di prevenzione (SVA);
- 2) Tempogramma per l'implementazione del PAPC;
- 3) Brochure aziendale per i pazienti a rischio caduta da consegnare alla dimissione (integrazione ospedale-territorio).





## **PIANO PER LA PREVENZIONE DELLA VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI (PREVIOS)**



### **Premessa**

*La violenza nei luoghi di lavoro della sanità, definita dal National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH 2002) come “ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro”, è un fenomeno critico e in aumento (Bureau of labor statistics 2009), sul quale vi è una crescente consapevolezza sia da parte degli operatori sanitari che degli organi istituzionali. Questo fenomeno è in parte determinato da un cambiamento culturale negativo nei confronti degli operatori sanitari, considerati meno autorevoli che in passato, da un peggioramento delle condizioni socio economico-culturali dell’utenza, oltretutto dal ruolo dei mass media, in grado di amplificare la risonanza di episodi di presunta malpractice sanitaria.*

*L’aggressione del personale sanitario viene considerata un evento sentinella, cioè un evento avverso di particolare gravità. Il verificarsi di tali eventi, configura nell’ambiente di lavoro la presenza di una condizione di rischio e di vulnerabilità e indica la necessità di mettere in atto opportune misure di prevenzione e protezione dei lavoratori.*

*Il fenomeno delle aggressioni, verbali e fisiche, subite dagli operatori sanitari sul posto di lavoro è di grande rilevanza per le aziende sanitarie, a causa della crescente frequenza con cui si verifica e delle problematiche organizzative e dei costi sociali che comporta. Le conseguenze individuali delle aggressioni sul posto di lavoro sono sia di tipo fisico che di tipo psichico. Tali situazioni possono pregiudicare la salute dell’operatore, creando occasioni di forte stress da cui possono derivare patologie tra cui il disturbo post-traumatico da stress (Post-Traumatic Stress Disorder, PTS) e/o il burn out.*

*Il Ministero della salute (2008) e la regione Emilia-Romagna (2010) hanno prodotto raccomandazioni per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari.*

### **1. Finalità e obiettivi generali**

Il Piano Prevenzione Violenza a Danno degli Operatori Sanitari (PREVIOS) integra e sostituisce per gli aspetti specifici il Piano Programma Aziendale per la sicurezza delle cure, rientra nella tematica trattata dal capitolo 1.4 “Tutela della Salute e della Sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie” del DGR 919/2018 “Linee di Programmazione e finanziamento delle Aziende e degli enti del Servizio Sanitario Regionale per l’anno 2018”, conformemente alle raccomandazioni ministeriali n.8 “Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari” e relativa raccomandazione regionale del 2010.

Il PREVIOS presenta le seguenti finalità e obiettivi:

- conoscere e monitorare la situazione del fenomeno violenza a danno dei lavoratori in azienda, sanitari e non sanitari, al fine di migliorare la conoscenza degli strumenti di riduzione del rischio e attivare azioni per la riduzione dello stesso;
- promuovere una politica di contrasto verso atti di violenza, fisica e/o verbale, all'interno delle strutture dell'Azienda USL e assicurarsi che operatori, pazienti, visitatori siano a conoscenza di tale politica;

- implementare misure che consentano la riduzione delle condizioni di rischio (individuali, ambientali, organizzative) eventualmente presenti all'interno delle varie attività afferenti alle strutture dell'Azienda USL;
- accrescere le capacità degli operatori di valutazione, prevenzione e gestione degli episodi di violenza;
- sensibilizzare e incoraggiare il personale a segnalare prontamente gli episodi subiti, al fine di individuare le misure per ridurre o eliminare i rischi.

## **2. Responsabili della stesura del Piano e gruppo operativo multidisciplinare**

Funzione di Risk Management (dott. Pietro Ragni, dott. Stefano Mastrangelo), Servizio Prevenzione e Protezione (ing. Giovanni Morini), Servizio Accreditamento e Qualità (dott.ssa Dorella Costi), Direzione delle Professioni Sanitarie (dr. Roberto Caroli), Direzione Sanitaria (dott. Francesco Vercilli).

## **3. Flussi informativi**

I flussi informativi riguardano gli infortuni e le segnalazioni, e sono tra loro indipendenti.

**INFORTUNI:** gli infortuni per aggressione sono trattati al pari di tutti gli altri infortuni aziendali, cioè secondo la procedura aziendale specifica PR32 SGGP che prevede l'attivazione tra gli altri dell'infortunato, del suo responsabile diretto e del SPP al fine di una raccolta organica di dati e l'eventuale attivazione di misure di miglioramento.

Nel caso di infortunio, non è obbligatoria l'attivazione del percorso di segnalazione spontanea essendo obbligatoria la segnalazione richiesta dalla citata procedura aziendale. In fase di raccolta dei dati complessivi del fenomeno, i due flussi saranno opportunamente integrati.

### **SEGNALAZIONI:**

È stata definita a partire dal 2017 una specifica procedura riguardante la segnalazione e gestione degli episodi di violenza, con una scheda di segnalazione ad hoc sulla base della scheda regionale. La scheda specifica è stata utilizzata inizialmente dal personale dell'exAzienda Ospedaliera S. Maria Nuova, mentre il personale AUSL utilizzava per le segnalazioni, la scheda generale. A partire dal 1/1/2019 verrà adottata per tutte le sedi aziendali, la nuova scheda informatizzata dedicata.

La scheda di segnalazione presenta i seguenti campi:

- data e ora dell'accadimento
- luogo dell'accadimento
- unità operativa
- dati anagrafici di chi ha subito violenza (soggetto segnalante)
- dati anagrafici dell'aggressore (ove disponibili)
- tipo di aggressione (verbale, fisica, altro)
- eventuali mezzi utilizzati per l'aggressione
- descrizione dell'episodio
- fattori contribuenti all'accadimento

- entità dell'evento lesivo
- tipologia di lesione
- conseguenze dell'aggressione
- descrizione delle azioni attuate subito dopo l'evento
- soggetti (interni\esterni) informati dell'accadimento

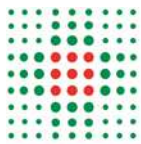
*Fig.1 Estratto scheda di segnalazione informatizzata – intranet aziendale*

Sede *	<input type="text"/>
Unità operativa	<input type="text"/>
Dipartimento/Direzione/Staff	<input type="text"/>
Data evento *	21/02/2019 <input type="text"/> 18: <input type="text"/> 00: <input type="text"/>
Luogo dell'evento *	<input checked="" type="radio"/> <input type="text"/> <input type="radio"/> Specificare un valore personalizzato: <input type="text"/>
Nome e cognome operatore aggredito *	<input type="text"/>
Sesso *	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Età	<input type="text"/>
Nome e cognome operatore segnalante	<input type="text"/>
	(se diverso dall'aggredito)
Dati anagrafici dell'aggressore	<input type="text"/>
	(ove disponibili)
L'aggressore è un paziente/familiare di paziente/visitatore/altro	<input type="text"/>
	(specificare)
Testimoni dell'episodio	<input checked="" type="radio"/> <input type="text"/> <input type="radio"/> Specificare un valore personalizzato: <input type="text"/>
Tipo di aggressione *	<input type="radio"/> Verbale <input type="radio"/> Fisica <input type="radio"/> Contro la proprietà <input checked="" type="radio"/> Specificare un valore personalizzato: <input type="text"/>

Con la compilazione on-line della scheda, viene inviata, in tempo reale, una notifica via e-mail a:

- Risk manager aziendale;
- Referente della DPS per il rischio clinico e le procedure assistenziali;
- Servizio Interaziendale Prevenzione e Protezione.

In caso di evento con danno l'operatore si rivolge al Triage di PS per essere accettato e valutato dal Medico di PS. Il Medico di Pronto Soccorso compila la denuncia di infortunio professionale (INAIL) per gli incidenti di tipo occupazionale.



### **Valutazione dell'episodio di violenza a danno dell'operatore e flussi informativi**

Il Risk manager, il Referente della DPS per il rischio clinico e il Referente del Servizio Interaziendale Prevenzione e Protezione analizzano congiuntamente la scheda di segnalazione dell'episodio di violenza a danno dell'operatore; effettuano quindi una valutazione riguardo alla presenza dei criteri per considerare l'episodio un "evento sentinella" per il flusso informativo SIMES verso la Regione e il Ministero della Salute.

Criteri per la segnalazione dell'episodio di violenza alla Regione come "evento sentinella" per il flusso informativo SIMES verso il Ministero della Salute:

- 1) mezzi utilizzati per l'aggressione: uso di corpi contundenti/armi
- 2) presenza di una componente razziale o sessuale
- 3) esito dell'aggressione/entità del danno:
  - a) ferita profonda
  - b) trauma maggiore
  - c) necessità di intervento chirurgico
  - d) ricovero in unità semintensiva o di terapia intensiva
  - e) disabilità permanente
  - f) coma
  - g) morte
  - h) le lesioni che hanno determinato una prognosi superiore ai 40 giorni; indipendentemente dalla prognosi, quelle lesioni che:
  - i) hanno messo in pericolo di vita il soggetto leso;
  - l) hanno provocato un indebolimento permanente di organo o senso;
  - m) hanno provocato la perdita di un senso, di un arto o dell'uso di un organo;
  - n) hanno causato uno sfregio (cicatrice visibile che altera i movimenti mimici) o una deformazione del volto.

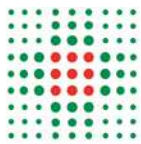
### **4. Contesti a maggiore rischio**

Rif. DO221 documento di valutazione dei rischi specifici: aggressività:

La aree a maggior rischio, da letteratura e dalla conoscenza dei fenomeni aziendali, sono :

- Dipartimento Emergenza-Urgenza, (Presidi di P.S.);
- Dipartimento di salute Mentale Dipendenze Patologiche (SPDC, Residenze e Semiresidenze, Centri di salute mentale, SERDP);
- Dipartimento di Sanità Pubblica, in particolare il Servizio di Medicina Legale;
- Reparti di degenza in genere;
- Servizio di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica);
- Front-Office CUP/SAUB/Portineria.

Per le aree citate non si ravvisa, al momento, la necessità di attivare misure specifiche ulteriori rispetto a quelle già in atto.



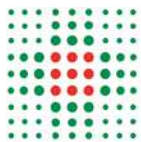
## 5. Attività ed interventi specifici

Le principali attività in essere per la riduzione del rischio di aggressione, oltre ai citati flussi informativi, sono le seguenti, come riportato nel coordinato documento di valutazione dei rischi DO221:

- in fase di valutazione dei progetti di ristrutturazione o nuova progettazione di edifici destinati alle attività aziendali, il SPP valuta gli aspetti strutturali, la disposizione dei locali e degli arredi, gli aspetti di segnaletica e informazione specifica per gli occupanti in modo tale da ridurre la probabilità di avere un lavoratore bloccato in un vicolo cieco a causa di una aggressione;
- i responsabili di attività percepite come a rischio di aggressione possono attivare procedure e sistemi di segnalazione finalizzati alla comunicazione precoce in caso di aggressività;
- servizi di guardiania finalizzati, tra gli altri scopi, a ridurre il rischio di aggressione su operatori aziendali;
- Procedura riguardante l'intervento psicologico precoce in contesti di emergenza-urgenza, che riguarda gli operatori in situazioni di stress post traumatico anche dovuto ad una aggressione;
- offerta formativa specifica quale aggiornamento sulla sicurezza del lavoro, finalizzata alla "De-escalation dell'aggressività", destinata a tutto il personale che ha rapporti con il pubblico, con i pazienti o familiari, che dal 2019 entra nell'offerta formativa stabile e strutturata con un numero di edizioni rilevante;
- iniziative formative finalizzate alla gestione del rapporto con l'utente in front-office, con evidenti ricadute positive dal punto di vista della gestione dell'aggressività;
- iniziative specifiche per la gestione dei pazienti psichiatrici o a doppia diagnosi, indispensabili per un adeguato contenimento del rischio trattato;
- iniziative finalizzate a migliorare l'aspetto di comunicazione all'utenza per il servizio di Continuità Assistenziale, al fine di evitare, ad esempio, che un utente poco informato possa intentare una aggressione finalizzata all'ottenimento diretto di psicofarmaci;
- per il Servizio di Continuità Assistenziale, interventi tecnici come il miglioramento del sistema di illuminazione della zona di ingresso al Servizio, la disponibilità di una via di fuga facilmente accessibile dal medico.

Inoltre, per l'Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia sono stati adottati ulteriori accorgimenti tecnici/organizzativi, tra cui:

- Centrale di Gestione delle Emergenze (attiva 24 ore su 24) presidiata da personale specializzato nel gestire emergenze di tipo tecnico e di ordine pubblico;
- presidio di guardie giurate di ronda in orario notturno;
- accanto al servizio attivo nelle ore notturne, è stato stipulato un contratto di vigilanza che prevede la possibilità di richiedere, a qualsiasi orario e a fronte di segnalazione, intervento di personale specializzato e Forze dell'Ordine;
- installazione, all'interno dell'Ospedale, di circa n.350 telecamere di sorveglianza, n. 600 fra sensori, contatti magnetici e barriere e circa n. 160 lettori di badge per controllo accessi, con allarmi remotizzati presso la Centrale di Gestione delle Emergenze;



- installazione presso l'area parcheggio 5 oltre a telecamere di sorveglianza, n. 2 colonnine di soccorso nel parcheggio ovest e n. 3 colonnine nei parcheggi est (dipendenti e utenti) che consentono agli operatori in pericolo di comunicare immediatamente con gli addetti della Centrale Emergenza;
- presenza presso il Pronto Soccorso dell'Azienda di un ufficio della Polizia di Stato e di uno specifico servizio di vigilanza nelle ore notturne.

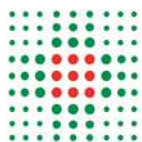
### **Interventi formativi**

Sono state realizzate varie edizioni del corso di formazione residenziale su “de-escalation” dell’aggressività” (2017 n° 3 edizioni con n° 60 partecipanti, 2018 n° 3 edizioni con n° 60 partecipanti). Corso che è entrato nell’offerta formativa strutturata a far tempo dal gennaio 2019.

### **Interventi informativi e comunicativi**

Sulla intranet aziendale, nella sezione dedicata alla Gestione del rischio Clinico sono indicate le modalità di segnalazione degli eventi sentinella che devono essere monitorati e tra le tipologie di eventi da notificare sono ricompresi gli "Atti di violenza a danno di operatore". Sulla intranet è inoltre disponibile la nuova scheda informatizzata di segnalazione di eventi di violenza a danno degli operatori.





## **SOGGETTI/STRUTTURE/SERVIZI COINVOLTI NELLA REDAZIONE DEL PIANO PROGRAMMA**

Risk Manager  
Nucleo aziendale risk management  
Governo Clinico  
Comitato aziendale Rischio infettivo  
Direzione delle Professioni Sanitarie  
Direzione Medica Ospedaliera  
Medicina Legale  
Servizio Farmacia  
Servizio Trasfusionale  
Servizio Tecnologie Informatiche e Telematiche  
Servizio Prevenzione e Protezione  
Dipartimento Materno Infantile

## **VERIFICA E VALIDAZIONE DEL PIANO PROGRAMMA**

Direttore Sanitario  
Collegio di Direzione

## **APPROVAZIONE DEL PIANO PROGRAMMA**

Direttore Generale

## **RESPONSABILE COORDINAMENTO DEL PIANO PROGRAMMA**

**Risk Manager**