



Piano Programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio 2019-2021

Marzo 2019

La Redazione del Piano è stata curata da:

Giovanna Campaniello Responsabile SSD Governo Clinico, Gestione del Rischio e coordinamento Qualità e Accreditamento
Antonella Dovani SSD Governo Clinico, Gestione del Rischio e coordinamento Qualità e Accreditamento

Hanno contribuito alla stesura delle Schede e dei relativi Obiettivi:

Andrea Belletti Responsabile SS Medicina Legale

Matteo Berghenti Responsabile SSD Ingegneria Clinica

Giovanni Bladelli Responsabile aziendale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza

Rita Buzzi Direttore SC Interaziendale Formazione e sviluppo Risorse Umane

Alessandro Formentini Direttore UO Immunoematologia e Medicina Trasfusionale

Tiziana Frusca Direttore UO Ostetricia e Ginecologia

Caterina Ghetti Direttore UO Fisica Sanitaria

Marina Lemmi Direttore Servizio Assistenziale

Michele Malanca Responsabile SS Trasversale Interaziendale Internal Auditing

Giuseppe Munacò Direttore Servizio di Protezione e Prevenzione Aziendale

Enrico Pigorini Direttore Servizio Attività Giuridico amministrativa

Sonia Sabatino Ufficio Relazioni con il Pubblico

Pietro Vitali Direttore Servizio di Medicina Preventiva, Igiene Ospedaliera e Sicurezza Igienico Sanitaria

Alessandra Zanardi Direttore Servizio Farmacia e Governo Clinico del Farmaco

Presentato in Collegio di Direzione il 08/04/2019

Indice

Premessa	5
Assetto organizzativo per la Gestione Rischio – Sicurezza delle cure	5
a) Il Direttore Sanitario	5
b) Il Collegio di Direzione	6
c) Il Risk Manager	6
d) Le Strutture Aziendali per la sicurezza (Board per la Sicurezza)	6
e) I Dipartimenti	7
Relazioni istituzionali di rilevanza per la sicurezza delle cure	7
Principi ispiratori e Strategia di riferimento	8
La Struttura del Piano della Sicurezza delle cure 2019-2021	8
a) Schede di sintesi specifiche sui principali processi di interesse della gestione del rischio	9
b) Matrice delle Responsabilità	11
c) Obiettivi Poliennali (2019–2021)	11
SCHEDA N. 1 - INCIDENT REPORTING	12
SCHEDA N. 2 - GESTIONE EVENTI SENTINELLA	13
SCHEDA N. 3 - GESTIONE SINISTRI – DATA BASE REGIONALE.....	14
SCHEDA N. 4 – SEGNALAZIONE DEI CITTADINI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO (URP)	15
SCHEDA N. 5 – FORMAZIONE E INFORMAZIONE PER LA SICUREZZA DELLE CURE	16
SCHEDA N. 6 - MONITORAGGIO DELLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI	17
SCHEDA N. 7 - RISCHIO CADUTE DEL PAZIENTE DEGENTE.....	18
SCHEDA N. 8 - CHECK LIST DI SALA OPERATORIA	19
SCHEDA N. 9 – IDENTIFICAZIONE CERTA DEL PAZIENTE.....	20
SCHEDA N.10 - SICUREZZA DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA IN AREA ONCOEMATOLOGICA	21
SCHEDA N. 11 - SICUREZZA SANGUE	22
SCHEDA N. 12 – MORTE MATERNA e NEAR MISS OSTETRICI	23
SCHEDA N. 13 - VIOLENZA CONTRO GLI OPERATORI	24
SCHEDA N. 14 - MONITORAGGIO CONTENZIONE	25
SCHEDA N. 15 - ALLONTANAMENTO DEL PAZIENTE DEGENTE	26
SCHEDA N. 16 - PREVENZIONE ULCERE DA PRESSIONE.....	27
SCHEDA N. 17 - DISPOSITIVOVIGILANZA.....	28
SCHEDA N. 18 - FARMACOVIGILANZA	29
SCHEDA N. 19 – SISTEMA INFORMATIVO RIS-PACS.....	30
SCHEDA N. 20 - INFORTUNI.....	31
SCHEDA N. 21 - MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI E DEI PAZIENTI	32
SCHEDA N. 22 - PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	33

SCHEDA N. 23 - PERCORSO ATTUATIVO DELLA CERTIFICABILITÀ	34
SCHEDA N. 24 - SICUREZZA AMBIENTALE SALE OPERATORIE E AMBULATORI CHIRURGICI	35
SCHEDA N. 25 - SICUREZZA AMBIENTALE CAMERE BIANCHE E LABORATORI.....	36
DI LAVORAZIONE E MANIPOLAZIONE CELLULE E TESSUTI UMANI	36
SCHEDA N. 26 - CONTROLLI DI QUALITÀ DELL'ACQUA DESTINATA AI TRATTAMENTI DIALITICI	37
SCHEDA N. 27 - PREVENZIONE E CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI	38
SCHEDA N. 28 - IGIENE DELLE MANI	40
SCHEDA N. 29 - SISTEMA DI SORVEGLIANZA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE) ..	41
SCHEDA N. 30 - SISTEMA DI SEGNALAZIONE RAPIDA DI EPIDEMIE ED EVENTI SENTINELLA.....	43
SCHEDA N. 31 – SORVEGLIANZA INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO (SICHER).....	45
SCHEDA N. 32 RADIOESPOSIZIONE.....	47
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEI PROCESSI.....	48
OBIETTIVI POLIENNALI (2019 – 2021) PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO	50

Premessa

La gestione del rischio clinico in sanità (clinical risk management) rappresenta l'insieme di molteplici interventi messi in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza dei pazienti.

La sicurezza è un requisito del sistema in cui sono determinanti la promozione degli interventi di prevenzione e trattamento del rischio che attengono alle attività cliniche in una logica di qualità e di governo clinico, la promozione di interventi per la sicurezza degli ambienti e dei lavoratori e il contesto organizzativo, sviluppato secondo il modello di Accreditamento delle strutture sanitarie a garanzia della qualità e appropriatezza delle prestazioni.

Solo una gestione integrata del rischio può portare a cambiamenti nella pratica clinica, promuovere la crescita di una cultura della sicurezza delle cure attenta e vicina sia al paziente che agli operatori, contribuire indirettamente ad una diminuzione dei costi delle prestazioni ed, infine, favorire la destinazione di risorse su interventi tesi a sviluppare organizzazioni e strutture sanitarie sicure ed efficienti.

Il sistema aziendale per la sicurezza delle cure e dei pazienti, in linea con le indicazioni regionali, prevede le numerose componenti che sono parte integrante del ciclo del clinical risk management, in continuità con gli obiettivi regionali e aziendali e in conseguenza ai risultati delineati all'interno delle relazioni consuntive annuali delle tematiche del Piano Programma Aziendale per la Gestione del Rischio 2016-2018.

Il Piano Programma per la Sicurezza delle Cure e la Gestione del Rischio 2019-2021 è quindi un piano integrato (sicurezza dei pazienti, operatori, ambienti e struttura organizzativa), che parte dalla valutazione delle attività per la sicurezza effettuate negli anni 2016-2018 e delinea gli obiettivi triennali 2019-2021.

Assetto organizzativo per la Gestione Rischio – Sicurezza delle cure

La gestione del rischio, componente essenziale della funzione di governo clinico, è un processo complesso che l'Azienda vuole rendere sistematico e sistemico ricomponendo in un modello integrato attività svolte in settori diversi, ma tutte finalizzate alla promozione della sicurezza di utenti e operatori. All'interno di questo modello le differenti competenze, cliniche, tecniche, medico-legali, legali, amministrative, vedono declinate le loro professionalità rispetto al perseguimento del comune obiettivo finale di una efficace safety governance aziendale.

L'organizzazione integrata delle diverse componenti della gestione del rischio viene definita dal Programma aziendale di gestione del rischio, adottato dal Direttore Generale su proposta del Collegio di Direzione e diretto dal Direttore Sanitario Aziendale.

Le attività relative al programma aziendale di gestione del rischio hanno nel Collegio di Direzione l'organo di governo e nelle UU.OO. la principale sede operativa e di gestione.

In linea con le Indicazioni Regionali sarà di seguito esplicitato l'assetto organizzativo aziendale per la Gestione Rischio - Sicurezza delle cure, prendendo in considerazione i seguenti elementi:

a) Il Direttore Sanitario

Il Direttore Sanitario coadiuva nell'esercizio delle proprie funzioni il Direttore Generale, in particolare svolgendo la funzione di integrazione e di raccordo interdipartimentale nell'ambito delle tematiche trattate dal Collegio di Direzione relative al governo clinico, accreditamento e gestione del rischio.

Il Direttore Sanitario coordina le funzioni di staff ad esso afferenti, garantendo l'attuazione del sistema aziendale per la gestione del rischio, che realizza la sua operatività a livello dipartimentale, nonché

l'esercizio delle funzioni relative alla responsabilità professionale e alla gestione del contenzioso (in collaborazione con i servizi della Direzione Amministrativa) (Rif. Atto Aziendale, 2014, pag. 15).

b) Il Collegio di Direzione

Il Collegio di Direzione (CdD) è l'organo di governo della gestione integrata del rischio e delle linee di attività in tema di governo clinico e propone il Programma aziendale di gestione del rischio adottato dal Direttore Generale (Rif. Atto Aziendale, 2014, pag. 14).

c) Il Risk Manager

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma dal 01/01/2011 ha formalizzato in staff alla Direzione Generale una apposita Struttura Semplice Dipartimentale, la SSD Governo Clinico, Gestione del Rischio e coordinamento Qualità e Accreditamento che presiede in modo integrato alla Gestione del Rischio, ai processi di Qualità, Governo Clinico e Accreditamento. In particolare le funzioni di Risk Manager sono assolute dal Responsabile della SSD coadiuvato dal Dirigente delle Professioni Sanitarie assegnato alla precitata Struttura.

La gestione del rischio, intesa come strumento sistemico di indagine e di controllo delle determinanti umane, organizzative e tecnologiche, degli eventi che possono verificarsi all'interno di sistemi complessi come quelli sanitari, si esplica attraverso:

- il monitoraggio e analisi degli eventi avversi (reporting & learning system)
- la definizione di azioni di miglioramento al fine di ridurre la "rischiosità" del sistema
- la diffusione di raccomandazioni e di strumenti operativi per la loro applicazione
- la verifica dell'applicazione delle raccomandazioni nazionali, regionali e aziendali
- le strategie di formazione/informazione
- la gestione degli aspetti assicurativi e medico legali del contenzioso.

I principali obiettivi perseguiti dal Risk Manager della SSD Governo Clinico sono i seguenti:

- Promuovere la cultura della sicurezza tra i professionisti
- Promuovere e dare supporto nella realizzazione delle attività annuali dei Dipartimenti
- Garantire il coordinamento per le attività inerenti la gestione del rischio
- Assicurare la collaborazione aziendale per la promozione dei progetti regionali
- Implementare i Data base aziendali e regionali per la gestione del rischio
- Gestire gli eventi-quasi eventi nei processi clinico assistenziali con i professionisti
- Gestire gli eventi sentinella e la "crisi", compresa la comunicazione con la RER e il Ministero
- Coordinare le attività rivolte alla ricerca delle cause radice degli eventi
- Proporre e supportare la ricerca e la definizione di modifiche organizzative per la prevenzione e la riduzione del rischio
- Supportare l'implementazione delle procedure e delle misure previste e redigere Buone Pratiche in linea con le Raccomandazioni Regionali/ Ministeriali
- Diffondere le Raccomandazioni, Buone Pratiche, Procedure e istruzioni operative
- Supportare i Dipartimenti nella realizzazione di Audit clinici
- Rendicontare le attività annuali per la gestione del rischio
- Elaborare nuove proposte e progetti di miglioramento
- Proporre il Piano annuale della Formazione per la gestione del rischio (parte integrante del Piano Annuale della Formazione)
- Metanalizzare i dati provenienti dai diversi data-base aziendali e dalle indagini svolte in azienda, sia svolte dalla SSD Governo Clinico, sia dalle altre strutture che a vario titolo si occupano di rischio.

d) Le Strutture Aziendali per la sicurezza (Board per la Sicurezza)

La Direzione Aziendale, a supporto delle attività strategiche e per sviluppare e sostenere alcune delle più importanti esigenze di coordinamento e standardizzazione dei processi, si avvale di strutture organizzative che sono parte integrante dell'organizzazione aziendale.

In tal senso, per la sicurezza delle cure, la Direzione si avvale della SSD Governo Clinico, Gestione del rischio e coordinamento Qualità e Accreditamento, delle Direzioni Tecniche Aziendali, delle Direzioni Operative Attuative, degli Uffici e Servizi di Staff alla Direzione Generale e delle Strutture che afferiscono al Datore di Lavoro.

Le principali Direzioni e Servizi interessati sono:

- Servizio di Medicina Preventiva, Igiene Ospedaliera, Sicurezza Igienico-Sanitaria
- SSD Governo clinico, gestione del rischio e coordinamento qualità e accreditamento
- Servizio di Farmacia e Governo Clinico del Farmaco
- SS Settore Medicina Legale
- Servizio Attività Giuridico Amministrativa
- Servizio Assistenziale
- Ufficio Relazioni con il Pubblico
- Servizio di Protezione e Prevenzione Aziendale
- Servizio Attività Tecniche e Logistiche
- Servizio di Ingegneria Clinica
- Servizio Informativo Aziendale
- Settore Alberghiero e servizi alla persona
- Settore Formazione e Aggiornamento.

Tutti gli interventi promossi dalla SSD Governo Clinico vengono pianificati e attuati mediante il coinvolgimento dei professionisti dell'Azienda, con l'attivazione di gruppi di lavoro multiprofessionali e multidisciplinari.

Per ogni argomento trattato, infatti, vengono individuate, di concerto con il Direttore Sanitario, le strutture e le professionalità aziendali che devono fare parte del gruppo di lavoro multiprofessionale.

Negli anni si sono quindi consolidati i rapporti professionali per la prevenzione dei rischi tra SSD Governo Clinico, Farmacia e Governo Clinico del Farmaco, Igiene Ospedaliera e Medicina Preventiva, SS Medicina Legale, Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale, Servizio Assistenziale, ma anche il rapporto con le UU.OO. dell'Azienda.

e) I Dipartimenti

Nei Dipartimenti, i riferimenti per la gestione del rischio sono i Direttori e i Coordinatori (Dirigenti e Preposti). Tale modello organizzativo è, inoltre, in linea con quello del Servizio di Igiene Ospedaliera, Medicina Preventiva e sicurezza igienico sanitaria e con quello del Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale, in modo da favorire una trattazione integrata della gestione delle varie tipologie di rischio. In tale logica, anche i professionisti dell'Azienda, su delega del Direttore e/o del Coordinatore, possono essere chiamati a partecipare ai tavoli di lavoro per la promozione della sicurezza delle cure.

Relazioni istituzionali di rilevanza per la sicurezza delle cure

Si riportano i principali Comitati e Gruppi di Lavoro Aziendali di rilevanza per la sicurezza delle cure in cui partecipa la SSD Governo Clinico, Gestione del rischio:

- Comitato Consultivo Misto – *Coordinamento: Ufficio Relazioni con il Pubblico*
- Comitato Valutazione Sinistri - *Coordinamento: SS Medicina Legale*
- Comitato Buon Uso del Sangue -*Coordinamento: UOC Igiene Ospedaliera*
- Gruppo di Lavoro Legionella -*Coordinamento: UOC Igiene Ospedaliera*
- Gruppo di Lavoro Ventilazione e condizionamento a contaminazione controllata (VCCC) - *Coordinamento UOC Igiene Ospedaliera*
- Gruppo Strategico (CIO) -*Coordinamento UOC Igiene Ospedaliera.*

Principi ispiratori e Strategia di riferimento

Il presente Piano è stato redatto seguendo le seguenti indicazioni Regionali e Aziendali:

- Linee di indirizzo per la elaborazione del Piano Programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie della Regione Emilia Romagna (marzo 2016)
- Piano Triennale delle Performance 2015-2017 – Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma
- Linee guida sul Sistema di misurazione e valutazione della performance dell’Organismo Indipendente di Valutazione della Regione Emilia Romagna
- Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018

Come indicato dalle Linee di indirizzo per la elaborazione del Piano Programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie della Regione Emilia Romagna (Direzione Generale cura della persona, salute e welfare, marzo 2016) il presente Piano vuole dare evidenza, descrivendoli sinteticamente, ai vari processi di gestione del rischio presenti in azienda.

Infatti, uno dei momenti fondamentali per individuare e raggiungere gli obiettivi correlati alla gestione del rischio è legato alla conoscenza e alla descrizione puntuale della “situazione di partenza” necessaria per poter procedere alla raccolta delle informazioni di interesse, attraverso una gestione integrata dei flussi informativi esistenti o di nuova istituzione.

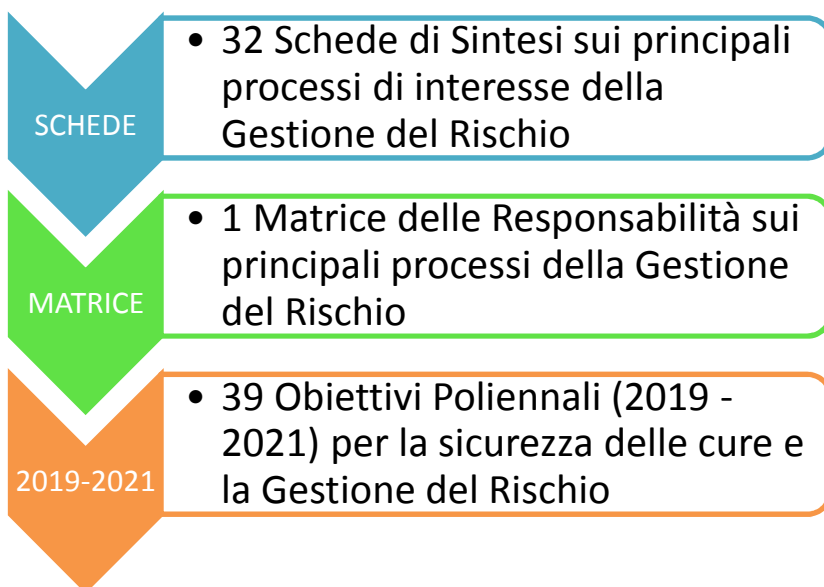
A livello regionale e locale sono presenti numerosi sistemi informativi e banche dati complete e costantemente aggiornate, è quindi essenziale che questo notevole patrimonio informativo sia mantenuto e ulteriormente sviluppato con una visione unitaria a supporto dei programmi di gestione del rischio e ai fini della descrizione e valutazione dell’assistenza.

Il sistema si è strutturato nel tempo e ha raggiunto una elevata complessità: da una parte ciò consente di avere già a disposizione fonti informative di ottima qualità, dall’altra richiede il superamento di ogni frammentarietà in una prospettiva unitaria.

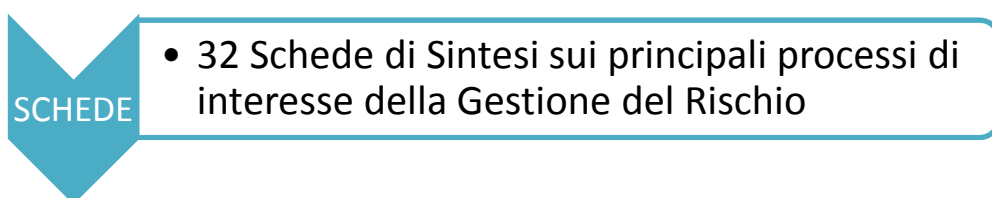
Per consolidare l’integrazione e la trasversalità vi è quindi la necessità di dare evidenza ai flussi informativi già attivi e consolidati e i flussi che necessitano di sviluppo e innovazione con l’obiettivo di consentire possibilità di link tra sistemi informativi sia per valutare gli esiti di interventi e dei programmi sia per consentire azioni coordinate a livello locale.

La Struttura del Piano della Sicurezza delle cure 2019-2021

Il Piano Programma della Sicurezza delle cure 2019-2021 si sviluppa in:



a) Schede di sintesi specifiche sui principali processi di interesse della gestione del rischio



Al fine di semplificare la lettura delle aree di intervento e fornire elementi di contesto Aziendali sono state elaborate 30 Schede specifiche per ogni processo di interesse della gestione del rischio, composte dalle seguenti voci:

Ambito di intervento: viene indicato il processo su cui si interviene per promuovere la sicurezza delle cure

Tipologia: viene indicata la tipologia di sicurezza che si intende promuovere: sicurezza dei pazienti, dei professionisti, dell'ambiente e della struttura

Normativa di riferimento: vengono indicate le principali fonti normative inerenti il processo trattato

Tematiche correlate: vengono indicate le principali tematiche con le quali vi è una correlazione più stretta

Responsabile Processo: viene indicato chi in Azienda coordina il processo

Descrizione del Flusso informativo: viene sinteticamente indicato e descritto il flusso informativo che sostiene il processo

Altri Flussi correlati: vengono indicati altri flussi aziendali da cui si possono evincere informazioni

Valutazione del rischio: vengono sinteticamente riportati alcuni elementi di valutazione dei dati aziendali o regionali sul processo

Interventi effettuati nel triennio 2016-2018: vengono esplicitate le principali attività realizzate nel triennio

Empowerment dei cittadini: viene dichiarato se e in che modo il cittadino informato su questo specifico rischio può essere parte attiva della sicurezza delle cure

Giudizio complessivo: sinteticamente si esprime una valutazione sul livello delle performance aziendali sullo specifico processo

Le Schede Specifiche per ogni processo della Dimensione dei Processi interni - Area di performance della Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico sono state suddivise in 6 Macroaree di seguito riportate:

CULTURA DELLA SICUREZZA

1. Incident Reporting
2. Eventi Sentinella
3. Gestione sinistri – data base regionale
4. Segnalazione dei cittadini per la gestione del rischio – (data base regionale URP)
5. Formazione – Informazione

RACCOMANDAZIONI AGENAS

6. Raccomandazioni per la sicurezza Agenas
7. Cadute del paziente degente
8. Check list di sala operatoria (SOS.net)
9. Identificazione certa del paziente
10. Sicurezza della terapia farmacologica in area oncoematologica
11. Sicurezza sangue - Eventi correlati all'uso del sangue Emovigilanza
12. Sistema di segnalazione delle morti materne e Near Miss Ostetrici
13. Violenza contro gli operatori

ALTRE RACCOMANDAZIONI SICUREZZA CURE

14. Contenzione
15. Allontanamento del paziente degente
16. Ulcere da pressione

ALTRE RACCOMANDAZIONI SICUREZZA FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI

17. Dispositivovigilanza
18. Farmacovigilanza
19. Sistema Informativo RIS-PACS

SALUTE E SICUREZZA DEGLI OPERATORI

20. Infortuni
21. Movimentazione manuale dei carichi e dei pazienti


ANTICORRUZIONE E PERCORSO ATTUATIVO CERTIFICABILITA'

22. Anticorruzione
23. Percorso Attuativo della certificabilità

IGIENE OSPEDALIERA E SICUREZZA IGIENICO AMBIENTALE


24. Sicurezza ambientale sale operatorie e ambulatori chirurgici
25. Sicurezza ambientale camere bianche e laboratori di lavorazione cellule e tessuti umani
26. Controlli di qualità dell'acqua destinata ai trattamenti dialitici
27. Prevenzione e controllo della Legionellosi
28. Igiene delle mani
29. Sistema di sorveglianza enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)
30. Sistema di segnalazione rapida di epidemie ed eventi sentinella
31. Sorveglianza infezioni del sito chirurgico (SICHER)
32. Radioesposizione

b) Matrice delle Responsabilità

• 1 Matrice delle Responsabilità sui principali processi della Gestione del Rischio

Al fine di meglio rappresentare il livello di coinvolgimento dei Direttori e dei Responsabili nella gestione dei vari processi di interesse della gestione del rischio viene redatta una sintetica Matrice delle Responsabilità.

c) Obiettivi Poliennali (2019–2021)

• 39 Obiettivi Poliennali (2019 -2021) per la sicurezza delle cure e la Gestione del Rischio

Per ogni Scheda, precedentemente descritta, per il triennio 2016-2018, vengono riportate in tabella Aree di interesse, Obiettivi Generali, Attività, Indicatori di risultato e Responsabile del coordinamento del Processo.

La redazione delle Schede di Processo, gli obiettivi triennali sono stati descritti con il supporto delle Direzioni, dei Servizi Aziendali e degli Uffici in staff alla Direzione.

La SSD Governo Clinico, gestione del rischio e coordinamento qualità e accreditamento ha la responsabilità del coordinamento complessivo della stesura del presente Piano Programma e del monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi secondo i tempi previsti nelle specifiche tabelle.

SCHEDA N. 1 - INCIDENT REPORTING

<i>Ambito di intervento</i>	Cultura della Sicurezza - Sistema di Segnalazione tramite scheda regionale Incident Reporting
<i>Tipologia</i>	Sicurezza dei professionisti, dei pazienti, della struttura
<i>Normativa di riferimento</i>	Dossier 250-2015 Qualcosa non ha funzionato: possiamo imparare? Il Sistema dell'Incident Reporting in Emilia Romagna 2012-2013. Dossier 231 -2012 Incident Reporting in Emilia Romagna-Stato dell'arte e sviluppi futuri. Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella: 5° Rapporto Ministero Salute. Incident Reporting in Emilia Romagna (aggiornamento 2015-2016).
<i>Tematiche correlate</i>	Raccomandazioni Ministeriali per la Sicurezza delle cure Eventi Sentinella
<i>Responsabile Processo</i>	SSD Governo Clinico, Gestione del Rischio e coordinamento Qualità e Accreditamento
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	Format Regionale Incident Reporting (IR) cartaceo e in formato word; compilazione a cura delle UU.OO.; Inserimento dei contenuti degli IR nel Data Base Regionale; Elaborazione del Report annuale e trasmissione alle UUOO – Dipartimenti e sua diffusione sulla Intranet Aziendale.
<i>Altri Flussi correlati</i>	Eventi Sentinella Infortuni (professionisti) Segnalazioni URP
<i>Valutazione del rischio</i>	Nel triennio 2016-2018 sono stati prodotti nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma 213 IR. Nel 2018 il flusso di IR segnalati dai Professionisti è stato di 64 Schede, di cui il 38% con esito minore (quasi eventi-eventi senza danno), 26 con esito medio. Come negli anni precedenti il ritardo di procedura diagnostica e l'inesattezza di pz/lato/sede si confermano tra le tipologie maggiormente rappresentate. Quasi nella totalità dei casi sono stati adottati azioni/accorgimenti successivi all'evento. L'Azienda mette a disposizione dei Professionisti analisi annuali degli accadimenti descritti tramite il Sistema di Segnalazione aziendale IR.
<i>Interventi effettuati nel triennio 2016-2018</i>	Sul tema della identificazione del paziente, nel 2017 si è proceduto ad un approfondimento sul livello di applicazione del sistema aziendale (Braccialetto identificativo paziente). L'analisi condotta con i Responsabili e/o Coordinatori permette di affermare che il braccialetto identificativo paziente è in uso per i pazienti che accedono alle seguenti strutture: Pronto Soccorso, Ricovero ordinario, Ricovero in Day-Surgery, Ambulatori (per effettuare trasfusione di emocomponenti). Le motivazioni principali dell'assenza del braccialetto identificativo (3.8%) sono legate alle condizioni del paziente (obesità, edema o lesioni/ferite agli arti, esigenza di posizionare un catetere venoso o arterioso, prelievo ematico in "zona" radiale, problemi cognitivi, bambini che lo rifiutano e se lo strappano, bambini prematuri). Nel corso del 2018 sono stati effettuati due corsi di formazione aperti a tutto il personale dipendente, accreditati ECM per mantenere alta l'attenzione su questo specifico tema. Le UU.OO. sono sempre state sostenute nell'analisi delle criticità e nell'attivazione delle azioni di miglioramento.
<i>Empowerment dei cittadini</i>	Il sistema di segnalazione Regionale IR prevede che il cittadino sia informato della criticità rappresentata.
<i>Giudizio complessivo</i>	Il Sistema di segnalazione Aziendale tramite IR è diffuso da anni in Azienda e le segnalazioni sono firmate direttamente dai professionisti a testimonianza dell'impegno degli stessi sull'attivazione di momenti di riflessione per l'individuazione di future azioni di miglioramento.

SCHEDA N. 2 - GESTIONE EVENTI SENTINELLA

<i>Ambito di intervento</i>	Gestione degli Eventi Sentinella (ES) per la minimizzazione del danno ai pazienti, ai professionisti e all'Azienda
<i>Tipologia</i>	Sicurezza dei pazienti, degli operatori e dell'azienda
<i>Normativa di riferimento</i>	Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella - Ministero della Salute Dossier 146-2006 "Gestione del rischio in Emilia-Romagna. 1999-2007". DGR n.1706 Individuazione di aree di miglioramento della qualità delle cure e integrazione delle politiche assicurative e di gestione del rischio 2009 Documento RER La Gestione degli Eventi Avversi nelle organizzazioni sanitarie della RER – 2014
<i>Tematiche correlate</i>	Raccomandazioni Ministeriali Eventi Sentinella Significant Event Audit Eventi mediatici Adempimenti LEA
<i>Responsabile</i> <i>Processo</i>	SSD Governo Clinico, Gestione del Rischio e coordinamento Qualità e Accreditamento
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	Flusso SIMES: Format Ministeriale Scheda A e Scheda B con le UU.OO. interessate e Invio alla RER per validazione e inserimento data base Ministero Elaborazione circolari per le UUOO – Dipartimenti. Diffusione di tutti i documenti sulla Intranet Aziendale
<i>Altri Flussi correlati</i>	Contenzioso - Sinistri Incident Reporting Cadute SISTRA
<i>Valutazione del rischio</i>	Il monitoraggio della Regione sugli ES nel periodo 2010-2015 evidenzia la nostra Azienda tra le Strutture che hanno dimostrato buona attenzione agli Eventi Sentinella e al sistema di segnalazione Regionale e Ministeriale (Flusso SIMES). Nel 2015 in Regione Emilia Romagna gli eventi maggiormente segnalati dalle Aziende sono stati: <ul style="list-style-type: none"> ▪ morte o grave danno per caduta di paziente (35.3%) ▪ strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richieda un successivo intervento o procedure (17.6%) ▪ suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale (17.6%) ▪ reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO (08.8%) ▪ violenza su operatore da parte di paziente (5.9%). Su tali tipologie di eventi la nostra Azienda, nel corso degli anni, ha elaborato procedure Aziendali, strumenti operativi e ha supportato i professionisti con momenti formativi specifici per aumentare la sicurezza delle cure, in linea con le Raccomandazioni Nazionali e Regionali.
<i>Interventi effettuati nel triennio 2016-2018</i>	Gli Eventi sentinella e gli Eventi mediatici, in linea con la Procedura Aziendale P017AOUPR Gestione Evento Critico, sono stati analizzati con i Direttori e Coordinatori delle UU.OO. interessate con il contributo dei Servizi e degli Staff della Direzione Aziendale. Sono stati effettuati Significant Event Audit come sistema di analisi delle cause e dei fattori determinanti o contribuenti l'evento. Per tutti i casi sono stati Il Flusso SIMES è stato alimentato.
<i>Empowerment dei cittadini</i>	Le Raccomandazioni del Ministero negli Eventi Sentinella prevedono attenzioni specifiche sulla comunicazione al paziente/familiare a seguito di evento avverso.
<i>Giudizio complessivo</i>	La gestione degli Eventi Sentinella ha evidenziato, in molti casi, una difficoltà nella individuazione di ulteriori azioni di miglioramento.

SCHEDA N. 3 - GESTIONE SINISTRI – DATA BASE REGIONALE

<i>Ambito di intervento</i>	Gestione e monitoraggio del fenomeno “med-mal” mediante utilizzo del data-base regionale
<i>Tipologia</i>	Sicurezza dei pazienti Sicurezza degli operatori
<i>Normativa di riferimento</i>	Determina della Direzione Generale Sanità n.4995 del 10 aprile 2014 “Relazione fra le Aziende Sanitarie sperimentatrici, Responsabile dell’attuazione del Programma Regionale e Nucleo Regionale di Valutazione”. Determina di Giunta Regionale n. 1889 del 24 novembre 2015 Gestione diretta dei sinistri in sanità. Individuazione di ulteriori aziende ammesse alla sperimentazione regionale”.
<i>Tematiche correlate</i>	Prevenzione degli eventi avversi potenzialmente produttivi di richiesta risarcitoria da parte dell’utenza Sicurezza dei pazienti Sicurezza degli operatori
<i>Responsabile</i> <i>Processo</i>	Responsabile SS Medicina Legale
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	Utilizzo del data base regionale. Debito informativo disciplinato dalla Determina della Direzione Generale Sanità n.4995 del 10 aprile 2014 “Relazione fra le Aziende Sanitarie sperimentatrici, Responsabile dell’attuazione del Programma Regionale e Nucleo Regionale di Valutazione” e successive integrazioni.
<i>Altri Flussi correlati</i>	URP (segnalazioni) Eventi Sentinella Incident Reporting
<i>Valutazione del rischio</i>	Dal sito web regionale è possibile accedere alla reportistica relativa alla gestione dei sinistri, aggiornata trimestralmente dalla RER, per le valutazioni dell’andamento Aziendale. Nel corso del 2016 sono pervenute in Azienda n. 111 domande di risarcimento del danno, tra cadute, med-mal e smarrimenti vari; nel 2017 le domande di risarcimento sono state n. 99; nel 2018 sono state n. 100 (con un decremento annuale stabile nel 2017 e 2018 sul 2016 del 5%). Nel 2018 i sinistri hanno come oggetto i pazienti nel 93.8% dei casi (dato in linea con la media regionale pari a 93.9%), gli operatori nel 4.1 % dei casi e nel 2.1% i visitatori. Il tasso di sinistrosità (su 10.000 ricoveri) è passato dal 12.01 del 2017 al 10.58 nel 2018. Tra le tipologie di prestazione nel 2018 si è rilevato che il 15% dei sinistri sono inerenti l’assistenza, il 18.6% la diagnosi, il 40.2% l’intervento, il 7% altro. <i>Fonte Banca dati Gestione Sinistri, Regione Emilia Romagna.</i>
<i>Interventi effettuati nel triennio 2016-2018</i>	L’Azienda ha istituito il Comitato Valutazione Sinistri con Del. n. 142 del 2007 Progetto Ministeriale “Gestione extragiudiziale del contenzioso nelle organizzazioni sanitarie”. Nel 2016 ha adeguato la composizione del CVS alle rinnovate esigenze di gestione diretta dei sinistri adottando la Del. n. 88 del 08/03/2016 Comitato Valutazione Sinistri (CVS)-Nomina composizione per i sinistri in regime di ritenzione totale del rischio. Il CVS ha partecipato alla revisione delle Istruzioni Operative definite con Del. n. 248 del 28/06/2016 “Gestione diretta delle richieste di risarcimento danni da responsabilità civile sanitaria”. L’ultima revisione del suddetto processo è stata adottata con deliberazione del Direttore generale n. 918 del 5 dicembre 2017. A seguito dell’entrata in vigore della Legge 24/2017 l’Azienda ha provveduto ad aggiornare con apposita delibera la n.918/2017 la procedura per la gestione dei sinistri in regime di ritenzione totale del rischio. Sono stati effettuati gli interventi formativi (Piano Formativo Aziendale) sia per la promozione della sicurezza delle cure che per la Formazione del personale ospedaliero sul tema della medical malpractice e risvolti gestionali nella ritenzione diretta del danno. E’ stato regolarmente implementato, come da indicazioni regionali, il data base regionale inerente i sinistri.
<i>Empowerment dei cittadini</i>	I cittadini sono parte attiva del processo.
<i>Giudizio complessivo</i>	L’attività di alimentazione del database regionale è cura della SS Medicina Legale e della Servizio Attività Giuridico Amministrativa.

SCHEDA N. 4 – SEGNALAZIONE DEI CITTADINI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO (URP)	
<i>Ambito di intervento</i>	Gestione delle segnalazioni dei cittadini su eventi e quasi eventi
<i>Tipologia</i>	Sicurezza dei pazienti, degli operatori e dell'azienda
<i>Normativa di riferimento</i>	Decreto Legislativo n. 29 del 1993 (abrogato dal D.lgs 165/2001), Legge 7 agosto 1990 n. 241. Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri 11 ottobre 1994 Legge n. 150 del 7 giugno 2000
<i>Tematiche correlate</i>	Incident Reporting Contenzioso Medico Legale Eventi mediatici
<i>Responsabile</i> <i>Processo</i>	Ufficio Relazioni con il Pubblico
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	Il sistema di gestione delle segnalazioni dei cittadini rappresenta una delle fonti informative che attengono al tema della gestione del rischio con la possibilità di registrare eventi di interesse e di indicare aree organizzative che necessitano di miglioramento. Gli Uffici Relazioni con il Pubblico (URP) registrano "eventi" e li definiscono "accadimenti o stati critici" oggetto della segnalazione. Fra questi la Gestione del Rischio intende acquisire gli eventi che riguardano la sicurezza del paziente. In questo senso il sistema informativo regionale per la gestione dei reclami (Data Base Regionale) consente di registrare gli eventi "flaggati per la gestione del rischio" che rappresentano una fonte di informazione per la gestione del rischio.
<i>Altri Flussi correlati</i>	Contenzioso - Sinistri Incident Reporting
<i>Valutazione del rischio</i>	Negli ultimi anni nelle Aziende della Regione ER le segnalazioni con flag "gestione del rischio" sono state circa 600 (pari al 3,4% delle segnalazioni). Nel corso degli anni il data base dei suggerimenti è stato via via migliorato non inserendo le segnalazioni di interesse medico legale in quanto rientrano nel data base dei sinistri. L'URP dell'Azienda ha quindi rilevato, come reclami di puro interesse per la gestione del rischio, n. 16 segnalazioni nel 2016, n. 11 segnalazioni nel 2017 e n. 22 segnalazioni nel 2018. A seguito delle segnalazioni sono state effettuate analisi specifiche che hanno portato all'individuazione di alcune azioni di miglioramento specifiche (rimozione discontinuità stradali, implementazione dell'illuminazione serale per ridurre il rischio cadute o altro).
<i>Interventi effettuati nel triennio 2016-2018</i>	Il Sistema Aziendale attuale è strutturato in modo che tutte le segnalazioni dei cittadini vengono analizzate e gestite dall'URP. Ogni singolo caso di interesse della gestione del rischio viene gestito dall'URP e dalla SSD Governo Clinico con i professionisti e i Responsabili Aziendali. Il coinvolgimento del cittadino nella sicurezza delle cure è stato ricercato attraverso il contributo del CCM dell'Azienda. Ogni anno vengono presentati al CCM i dati relativi alle segnalazioni dei cittadini. E' stata elaborata e adottata una nuova scheda per i suggerimenti per la qualità, la sicurezza e il miglioramento è stata presentata, condivisa in sede di CCM.
<i>Empowerment dei cittadini</i>	Gli URP lavorano con le dimensioni del "percepito" da parte del cittadino, le segnalazioni utili alla Gestione del Rischio vengono indicate dalla RER come quelle in cui vi è: "Percezione di un danno subito da un paziente, indipendentemente dal fatto che tale danno sia oggettivo o che per tale danno si richieda un risarcimento".
<i>Giudizio complessivo</i>	Il sistema di gestione delle segnalazioni dei cittadini è strutturato, monitorato e annualmente rendicontato.

SCHEDA N. 5 – FORMAZIONE E INFORMAZIONE PER LA SICUREZZA DELLE CURE

<i>Ambito di intervento</i>	Cultura della sicurezza delle cure: Formazione e Informazione
<i>Tipologia</i>	Sicurezza dei pazienti Sicurezza degli operatori Sicurezza organizzativa
<i>Normativa di riferimento</i>	Raccomandazioni Ministero della Salute, Raccomandazioni Regionali, Obiettivi di mandato delle Direzioni Aziendali Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella - Ministero della Salute
<i>Tematiche correlate</i>	Tutte le tematiche della gestione del rischio clinico per la sicurezza delle cure Qualità dell'assistenza Percorsi diagnostico terapeutici
<i>Responsabile Processo</i>	SSD Governo Clinico, Gestione del Rischio e coordinamento Qualità e Accreditamento; SC Interaziendale Formazione e Sviluppo Risorse Umane
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	Annualmente viene definito il Piano della Formazione della SSD per la sicurezza delle cure che va ad inserirsi nel Piano Formativo Aziendale. Ogni evento viene pianificato, accreditato, realizzato e rendicontato secondo le indicazioni del Settore Formazione e Aggiornamento aziendale. Tutta la documentazione relativa agli eventi formativi e agli strumenti aziendali per la gestione del rischio è pubblicata sul sito intranet aziendale, ciò al fine di garantirne la più ampia diffusione ai professionisti.
<i>Altri Flussi correlati</i>	Eventi Sentinella Incident Reporting Gestione del contenzioso
<i>Valutazione del rischio</i>	La maggior parte degli eventi formativi sulla sicurezza delle cure viene progettata, condivisa e attuata dalla SSD Governo Clinico con i Servizi Aziendali (SS Medico Legale, SC Governo Clinico del farmaco, SPPA, SC Igiene Ospedaliera, ecc.) al fine di integrare i rischi e proporre iniziative che prevedano una visione completa del tema trattato.
<i>Interventi effettuati nel triennio 2016-2018</i>	La formazione per la sicurezza delle cure viene programmata dalla SSD Governo Clinico e realizzata con il contributo dei servizi coinvolti per promuovere nuovi interventi, diffondere strumenti per la sicurezza delle cure e sviluppare la cultura della sicurezza nel rispetto delle indicazioni nazionali e regionali. Generalmente gli interventi formativi vengono realizzati con metodologia interattiva a piccoli gruppi, con simulazioni, analisi di casi e presentazione dei lavori dei gruppi multidisciplinari. La diffusione delle Buone pratiche e degli strumenti per la gestione del rischio vengono trasmessi con nota protocollata, ma vengono anche diffusi mediante l'aggiornamento del sito Intranet dedicato alla gestione del rischio: HOME>Direzione> Governo Clinico> Gestione del Rischio. Il Centro Stampa dell'Azienda collabora nella definizione grafica degli strumenti e nella realizzazione delle stampe per le UU.OO.
<i>Empowerment dei cittadini</i>	Alcuni strumenti della gestione del rischio sono stati espressamente realizzati per i cittadini, che devono essere parte attiva della sicurezza delle cure.
<i>Giudizio complessivo</i>	L'integrazione tra i Servizi che si occupano dei vari aspetti della sicurezza delle cure deve essere mantenuta e implementata, così come la diffusione delle Buone pratiche.

SCHEDA N. 6 - MONITORAGGIO DELLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI

<i>Ambito di intervento</i>	Cultura della sicurezza – Monitoraggio delle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza delle cure
<i>Tipologia</i>	Sicurezza dei pazienti Sicurezza degli operatori
<i>Normativa di riferimento</i>	Nell'ambito delle metodologie e degli strumenti del Governo Clinico e con l'obiettivo di "aumentare la consapevolezza del potenziale pericolo di alcuni eventi, indicando le azioni da intraprendere per prevenire gli eventi avversi" il Ministero della Salute, in collaborazione con esperti di Regioni e Province Autonome, è impegnato fin dal 2005 nella stesura e diffusione di "Raccomandazioni" per la prevenzione di eventi sentinella. Risultano ad oggi pubblicate dal Ministero della Salute (sezione del sito dedicata a qualità e sicurezza delle cure) diciotto Raccomandazioni. http://raccomandazioni.agenas.it/
<i>Tematiche correlate</i>	Adempimenti LEA Eventi Sentinella Incident Reporting Procedure Aziendali
<i>Responsabile Processo</i>	SSD Governo Clinico, Gestione del Rischio e coordinamento Qualità e Accreditamento
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	In collaborazione con il Ministero della Salute e con il Comitato Tecnico delle Regioni per la sicurezza del paziente, l'Agenas realizza annualmente il monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella. Annualmente sul sito AGENAS, previa identificazione, è possibile compilare il Monitoraggio delle Raccomandazioni per la sicurezza delle cure.
<i>Altri Flussi correlati</i>	Monitoraggio Regionale adempimenti LEA
<i>Valutazione del rischio</i>	L'Azienda promuove annualmente l'aggiornamento delle modalità operative inerenti le Raccomandazioni Ministeriali con il contributo dei professionisti. Le modalità di diffusione previste sono la trasmissione formale ai Direttori e Coordinatori, il Sito Intranet aziendale e la formazione.
<i>Interventi effettuati nel triennio 2016-2018</i>	Nel corso degli anni SSD Governo Clinico, Gestione del Rischio e coordinamento Qualità e Accreditamento (SSD) ha diffuso a tutte le Strutture le Raccomandazioni Ministeriali e Regionali, sia grazie alla trasmissione delle stesse che attraverso l'aggiornamento puntuale del sito Intranet alla sezione dedicata. Per la maggioranza delle Raccomandazioni, a supporto dei Professionisti delle Strutture, la SSD insieme ai Servizi Aziendali, ha reso disponibili ulteriori strumenti utili alla loro diffusione/applicazione (come fare per, checklist, procedure, schede di segnalazione e monitoraggio dei eventi/quasi eventi, formazione specifica ecc.). Annualmente, con il contributo dei professionisti, vengono aggiornate le modalità operative aziendali per la sicurezza delle cure, in linea con le indicazioni Ministeriali, Regionali e Aziendali.
<i>Empowerment dei cittadini</i>	Il Monitoraggio Agenas prevede per ogni Raccomandazione la verifica del coinvolgimento dei cittadini/ Associazioni di Volontariato.
<i>Giudizio complessivo</i>	L'Azienda ha un buon livello di adesione Aziendale alle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza delle cure.

SCHEDA N. 7 - RISCHIO CADUTE DEL PAZIENTE DEGENTE	
<i>Ambito di intervento</i>	Prevenzione delle cadute del paziente degente
<i>Tipologia</i>	Sicurezza dei pazienti
<i>Normativa di riferimento</i>	Raccomandazione Ministero della Salute n° 13 Prevenzione delle cadute del paziente Ricoverato - Anno 2012. Linee di Indirizzo sulla prevenzione e gestione delle cadute del paziente in ospedale Regione Emilia Romagna - Anno 2016.
<i>Tematiche correlate</i>	Contenzione Gestione Farmaci Movimentazione del paziente Allontanamento del Paziente degente Prevenzione del rischio Suicidio
<i>Responsabile</i>	SSD Governo Clinico, Gestione del Rischio e coordinamento Qualità e
<i>Processo</i>	Accreditamento
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	Format Aziendale “Scheda Caduta – Incident Reporting”; Compilazione a cura delle UU.OO.; Inserimento nel Data Base (Excell); Elaborazione del Report annuale e trasmissione alle UUOO – Dipartimenti; Diffusione di tutti i documenti sulla Intranet Aziendale.
<i>Altri Flussi correlati</i>	Eventi Sentinella Contenzioso – Sinistri Infortuni (professionisti)
<i>Valutazione del rischio</i>	La prevenzione delle cadute rappresenta un tema della gestione del rischio sul quale è alta l’attenzione a livello Nazionale e Regionale e aziendale. La SSD Governo Clinico annualmente diffonde annualmente un “Report Cadute” che descrive il “fenomeno caduta” nell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, rilevato mediante le schede di Segnalazione Caduta-Incident Reporting (Report Aziendale Cadute 2018). Dall’analisi dei dati del 2018 si evidenzia che nel il flusso di cadute segnalato dai professionisti è stato di 374 episodi di cui 145 femmine (40%), 224 maschi (60%). Le cadute si verificano più frequentemente dall’ottava alla nona decade di vita di entrambi i generi (71% del totale delle cadute). Le prime 24 ore dall’ingresso sono le più critiche per il rischio caduta. Le cadute avvengono nel 53% dei casi di notte, la maggior parte delle cadute si verifica nelle camere di degenza (77% dei casi) e nei bagni (21% dei casi). Nel 50% dei casi il paziente non riporta alcun danno e nel 48% un danno minore o moderato.
<i>Interventi effettuati nel triennio 2016-2018</i>	Nell’ultimo triennio l’Azienda, in linea con le Indicazioni regionali, ha aggiornato la Procedura aziendale per la prevenzione delle cadute, ha effettuato Audit Clinici (Geriatria, Chirurgia Toracica, Chirurgia Vascolare, Clinica e Terapia Medica, Clinica Pneumologica ed Endoscopia Toracica) e si è dotata di un proprio strumento di programmazione annuale delle attività: Piano Prevenzione Cadute in Ospedale (PAPC) in cui stati inseriti gli interventi Organizzativi, Procedurali, Formativi, Strutturali e Informativi da attuare nel corso dell’anno. Il PAPC è stato annualmente attuato e rendicontato. E i Professionisti sono stati supportati da un percorso formativo a distanza FAD. Le UU.OO. sono state supportate nella valutazione del rischio dei pazienti degenti mediante la messa a disposizione della scheda “Valutazione Multifattoriale e Multidisciplinare del Rischio Caduta e Pianificazione interventi integrati clinico-assistenziali per la prevenzione delle cadute nel paziente a rischio”, parte integrante della Procedura aziendale.
<i>Empowerment dei cittadini</i>	I pazienti e i visitatori dispongono di Poster e Brochure informative finalizzate alla prevenzione delle cadute del paziente degente e per il domicilio.
<i>Giudizio complessivo</i>	Il sistema aziendale per la prevenzione delle cadute è stato strutturato.

SCHEDA N. 8 - CHECK LIST DI SALA OPERATORIA	
<i>Ambito di intervento</i>	Sicurezza delle cure in Chirurgia
<i>Tipologia</i>	Sicurezza dei pazienti chirurgici
<i>Normativa di riferimento</i>	Raccomandazione Ministero della Salute n° 2 Prevenzione della ritenzione di garze strumenti o altro materiale chirurgico nel sito di intervento - Anno 2008 Raccomandazione Regione Emilia Romagna per la Sicurezza in Sala Operatoria – Anno 2010
<i>Tematiche correlate</i>	Infezioni ferita chirurgica Adempimenti LEA
<i>Responsabile Processo</i>	SSD Governo Clinico, Gestione del Rischio e coordinamento Qualità e Accreditamento
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	Format Regionale (SSCL) inserito nel registro operatorio informatizzato, compilazione SSCL A (e SSCL B per le non conformità del processo) a cura di tutte le UU.OO. di Chirurgia, estrazione trimestrale e invio in Regione a cura del Servizio Informativo Aziendale.
<i>Altri Flussi correlati</i>	SichER Eventi Sentinella Contenzioso – Sinistri SDO – Indicatori Insider
<i>Valutazione del rischio</i>	Il progetto SOS.net è stato introdotto presso le Chirurgie Generali e Specialistiche dell'AOUPR fin dal 2011. Tutte le UU.OO. di Chirurgia utilizzano la SSCL nella pratica chirurgica, ma con diverse percentuali di adesione. La SSCL rappresenta uno strumento validato per la prevenzione degli errori del processo chirurgico. La raccolta sistematica delle informazioni relative alla compilazione delle SSCL ha consentito di mantenere alta l'attenzione in queste aree critiche dell'organizzazione e conseguentemente di sviluppare di azioni mirate al miglioramento e al superamento di specifici problemi.
<i>Interventi effettuati nel triennio 2016-2018</i>	La RER, nel corso del 2016-2017, al fine di verificare l'adesione delle équipes chirurgiche alla corretta compilazione della SSCL, ha promosso attività di osservazione diretta dell'uso della checklist tramite il progetto OssERvare. Le osservazioni sono state svolte sia nel 2016-2017 che nel 2018 da dipendenti aziendali con competenze di sala operatoria nei Blocchi Operatori di chirurgia generale e ortopedia, per un totale di 50 osservazioni. In Azienda si è focalizzata l'attenzione in particolare sulle seguenti procedure: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Operare il paziente corretto e il sito corretto ▪ Gestire le vie aeree e la funzione respiratoria ▪ Prevenire il tromboembolismo postoperatorio. Nel corso del 2018 sono state strutturate le procedure aziendali che verranno diffuse nel corso del 2019. Sono stati condivisi con i professionisti in sede di budget obiettivi specifici sull'adesione al progetto SOS.net e si è intrapreso un percorso di ulteriore sensibilizzazione per mantenere alta l'attenzione sulla sicurezza del processo chirurgico.
<i>Empowerment dei cittadini</i>	I pazienti sono coinvolti attivamente nel processo per la sicurezza delle sale operatorie, anche in riferimento alla corretta identificazione del paziente.
<i>Giudizio complessivo</i>	Il sistema aziendale per la sicurezza delle attività chirurgiche è strutturato, ma può essere ulteriormente implementato nel grado di registrazione delle schede SOS.net sul software aziendale.

SCHEDA N. 9 – IDENTIFICAZIONE CERTA DEL PAZIENTE	
<i>Ambito di intervento</i>	Prevenzione degli errori di identificazione del paziente
<i>Tipologia</i>	Sicurezza dei pazienti
<i>Normativa di riferimento</i>	Raccomandazione Ministeriale n. 3 per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura Protocollo per il Monitoraggio Nazionale degli Eventi Sentinella. 2005 Ministero della Salute Delibera Giunta Regione Emilia Romagna n. 1706 del 9 novembre 2009
<i>Tematiche correlate</i>	Raccomandazioni Ministeriali Eventi Sentinella Significant Event Audit Eventi Sentinella
<i>Responsabile Processo</i>	SSD Governo Clinico, Gestione del Rischio e coordinamento Qualità e Accreditamento
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	Incident Reporting SIMES
<i>Altri Flussi correlati</i>	Contenzioso - Sinistri SISTRA
<i>Valutazione del rischio</i>	Le organizzazioni sanitarie sono istituzioni complesse, in cui avvengono ogni anno migliaia di interazioni tra il personale sanitario e i pazienti, spesso in tempi molto ristretti. In queste numerose interazioni la non corretta identificazione del paziente è uno dei problemi più frequenti: gli errori legati allo scambio di paziente sono possibili in relazione sia alla diagnosi sia alla terapia. Nel 2018 dal flusso Incident Reporting segnalati dai Professionisti, come negli anni precedenti, l'inesattezza di pz/lato/sede si conferma tra le tipologie maggiormente rappresentate. L'evento correlato all'identificazione è quindi un'area di grande attenzione sia per la sicurezza del paziente che per l'impatto sui media e sull'opinione pubblica.
<i>Interventi effettuati nel triennio 2016-2018</i>	Sul tema della identificazione del paziente, nel corso del 2017 si è proceduto ad un approfondimento sul livello di applicazione del sistema aziendale (Braccialetto identificativo paziente). L'analisi condotta con i Responsabili e/o Coordinatori permette di affermare che il braccialetto identificativo paziente è in uso per i pazienti che accedono alle seguenti strutture: Pronto Soccorso, Ricovero ordinario, Ricovero in Day Surgery, Ambulatori (per effettuare trasfusione di emocomponenti). Le motivazioni principali dell'assenza del braccialetto identificativo (3.8%) sono legate alle condizioni del paziente. E' in corso una sperimentazione per l'informatizzazione del processo di terapia farmacologica in alcune UU.OO. Nel 2018 è stato realizzato l'Open Safety Day per la promozione degli strumenti informativi Regionali e Aziendali per la sicurezza delle cure, tra i quali è stato distribuito il materiale per l'identificazione sicura del paziente. L'Azienda ha anche attivato un tavolo per la sicurezza dei processi chirurgici e si è impegnata ad implementare, con i propri professionisti, la procedura Operare il paziente corretto ed il sito corretto.
<i>Empowerment dei cittadini</i>	Il Cittadino informato è parte attiva nel processo di identificazione.
<i>Giudizio complessivo</i>	Il sistema aziendale per l'identificazione certa del paziente deve essere implementato in Azienda con sistemi informatici dedicati.

SCHEDA N.10 - SICUREZZA DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA IN AREA ONCOEMATOLOGICA

<i>Ambito di intervento</i>	Gestione clinica dei farmaci
<i>Tipologia</i>	Sicurezza dei pazienti
<i>Normativa di riferimento</i>	Documento Linee Guida per la sicurezza e la salute dei lavoratori esposti a chemioterapici antitumorali in ambiente sanitario, Gazzetta Ufficiale n. 236 Farmacopea Ufficiale XII edizione
<i>Tematiche correlate</i>	Sicurezza degli operatori, sostenibilità economica dei trattamenti farmacologici in area oncoematologica
<i>Responsabile</i>	Servizio di Farmacia e Governo Clinico del Farmaco
<i>Processo</i>	
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	AFO, Log80 (software di gestione dalla prescrizione alla somministrazione), CH4 (gestionale di erogazione beni sanitari), Registri AIFA, flussi FV e DMvigilanza
<i>Altri Flussi correlati</i>	Incident Reporting Eventi sentinella
<i>Valutazione del rischio</i>	N° Terapie allestite in UMaCA/anno: >70.000
<i>Interventi effettuati nel triennio 2016-2018</i>	Il Laboratorio di Farmacia Oncologica (UMaCA - Unità Manipolazione Chemioterapici Antitumorali) ha totalmente centralizzato la preparazione le terapie infusionali prescritte per il trattamento di patologie oncologiche, ematologiche e di malattie autoimmuni, registrando un'attività di oltre 70.000 terapie allestite. Dopo l'arruolamento dell'Oncoematologia Pediatrica (2013), nel 2016 si è realizzata la costituzione dell'UMaCA Provinciale che ha consentito all'Azienda AUSL di avvalersi di un modello operativo in grado di rispondere ai requisiti di qualità e sicurezza sopra espressi e già maturati nell'esperienza del laboratorio UMaCA. L'esperienza sviluppata in UMaCA è stata valutata come Buona Pratica (giudicata dall'Osservatorio Buone Pratiche - AGENAS, mediante le linee guida SQUIRE) e PaSQ (www.pasq.eu < http://www.pasq.eu >), condivisa tra i Paesi Europei. Dal 2018 è stato realizzato l'inserimento del Farmacista di Reparto in Oncologia Medica. Tra i suoi principali obiettivi vi sono: la presa in carico del paziente oncologico domiciliare attraverso l'analisi della appropriatezza prescrittiva, l'erogazione delle terapie orali domiciliari, il sostegno alle attività di FV, il supporto al clinico nella fase di prescrizione, promozione alla diffusione e adozione di linee guida e protocolli, promozione di percorsi integrati con l'assistenza territoriale, promozione della diffusione e applicazione delle raccomandazioni ministeriali sulla sicurezza dei farmaci. Il farmacista di reparto in particolare ha condiviso e validato con i clinici il database degli schemi prescrittivi EBM di terapia oncologica orale consentendo la totale tracciabilità delle terapie.
<i>Empowerment dei cittadini</i>	Aggiornamento del "Diario per il paziente" composto da: 1. opuscolo informativo specifico per ciascun farmaco oncologico orale 2. calendario per il monitoraggio della compliance e della tossicità L'opuscolo informativo pone l'attenzione sulle interazioni del medicinale con altri farmaci e alimenti, modalità di assunzione, principali effetti indesiderati.
<i>Giudizio complessivo</i>	Il sistema di governo del rischio in area oncoematologica è stato ampliato a tutta l'area provinciale per garantire qualità e sicurezza delle terapie infusionali. L'introduzione del farmacista di area oncoematologica ha consentito un ulteriore approfondimento dei temi del rischio clinico con risultati misurabili in termini di corretto monitoraggio dell'appropriatezza d'uso dei medicinali.

SCHEDA N. 11 - SICUREZZA SANGUE

<i>Ambito di intervento</i>	Promozione della Sicurezza del sangue – Prevenzione degli Eventi correlati all'uso del sangue emovigilanza
<i>Tipologia</i>	Sicurezza dei pazienti, degli operatori e dell'azienda
<i>Normativa di riferimento</i>	DM 2 novembre 2015 n.69 - Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti. Raccomandazioni per l'implementazione del Programma di Patient Blood Management - Applicazione in Chirurgia Ortopedica Maggiore Elettiva dell'Adulto (settembre 2015) Raccomandazione Ministero salute n.5 - 2008 - Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO
<i>Tematiche correlate</i>	Eventi Sentinella, Adempimenti LEA, Consenso informato, Comitato Buon Uso del sangue, Indentificazione del paziente
<i>Responsabile</i>	SSD Governo Clinico, Gestione del Rischio; UO Immunoematologia e Medicina Trasfusionale; Direzione Sanitaria e Comitato Buon Uso del Sangue
<i>Processo</i>	
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	Flusso SISTRA UO Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (IMT) Flusso SIMES Eventi Sentinella (SSD Governo Clinico) Diffusione di tutti i documenti sulla Intranet Aziendale
<i>Altri Flussi correlati</i>	Contenzioso - Sinistri Incident Reporting
<i>Valutazione del rischio</i>	Nel 2016 la UO IMT ha registrato e inserito nel sistema Sistra un solo caso di near miss (per scambio di paziente al momento del prelievo per test pre-trasfusionali). Nel 2017 i casi rilevati comprendono: 4 casi di near miss per scambio di paziente al momento del prelievo per test pre-trasfusionali; 1 caso di near miss per errore di identificazione della paziente (caso di omonimia con stessi nome, cognome e data di nascita); 1 caso di errore di emissione del braccialetto identificativo del paziente che accompagnava le sacche per la trasfusione da parte UO IMT. Nel 2018 i casi rilevati comprendono: 3 casi di near miss per scambio di paziente al momento del prelievo per test pre-trasfusionali; 2 casi di near miss per errore di distribuzione emocomponenti; 2 casi di near miss per errore di accettazione del paziente.
<i>Interventi effettuati nel triennio 2016-2018</i>	In applicazione del DM 2 novembre 2015, sono stati realizzati numerosi interventi per il miglioramento della sicurezza del processo trasfusionale: Estensione dell'utilizzo del Braccialetto Identificativo a tutti i pazienti ambulatoriali che effettuano una Trasfusione dei Sangue, Diffusione Procedura P038AOUPR Processo di identificazione del paziente attraverso braccialetto identificativo, Diffusione Procedura Aziendale P026AOUPR Trasfusione di emocomponenti, Monitoraggio Near Miss ed Eventi Avversi da Trasfusione. Sono stati gestiti tramite SEA gli eventi/quasi eventi (Near Miss) inerenti l'identificazione del paziente con l'UO IMT e i Professionisti interessati. Ogni anno l'Azienda organizza eventi formativi accreditati ECM specifici sul tema della Sicurezza del processo trasfusionale. Per supportare i professionisti nel processo della trasfusione è stata strutturata, sperimentata e diffusa una specifica scheda aziendale denominata "Scheda Trasfusione". Il percorso Aziendale è giudicato da AGENAS come Buona Pratica Agenas e Buona Pratica Europea (PaSQ, European Union Network for Patient Safety and Quality of Care).
<i>Empowerment dei cittadini</i>	Il cittadino è parte attiva del processo di donazione e di trasfusione.
<i>Giudizio complessivo</i>	L'impegno dell'Azienda e della UO IMT sull'Emovigilanza restano comunque quelli di sviluppare ulteriori interventi per promuovere la sicurezza del processo e mantenere alto il livello di attenzione di ogni Professionista su questo tema.

SCHEMA N. 12 – MORTE MATERNA e NEAR MISS OSTETRICI	
<i>Ambito di intervento</i>	Prevenzione dell'Evento Sentinella (ES) morte materna e Gestione dei Near Miss Ostetrici
<i>Tipologia</i>	Sicurezza dei pazienti, degli operatori e dell'azienda
<i>Normativa di riferimento</i>	Raccomandazione Ministero della Salute n. 6 (Morte materna o malattia grave legata al travaglio e/o parto) e Raccomandazione n. 16 (Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita); Progetto ISS di Sorveglianza della Mortalità Materna; Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella - Ministero della Salute; Progetto ISS Near Miss Ostetrici e Indicazioni RER; Del. Giunta Regionale Numero 919 del 18/06/2018 Regione Emilia-Romagna.
<i>Tematiche correlate</i>	Raccomandazioni Ministeriali Eventi Sentinella Significant Event Audit Adempimenti LEA
<i>Responsabile</i>	SSD Governo Clinico, Gestione del Rischio e coordinamento Qualità e Accreditamento – UO Ostetricia e Ginecologia
<i>Processo</i>	Notifica del Caso, SEA, Report Informativo RER.
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	Data Base Near Miss (Referente Aziendale UO Ostetricia e Ginecologia); SDO; Evento Sentinella.
<i>Altri Flussi correlati</i>	Eventi Sentinella; Near Miss Ostetrici.
<i>Valutazione del rischio</i>	La mortalità e la morbosità materna correlate al travaglio e o parto sono fenomeni sempre più rari nei paesi socialmente avanzati. Tuttavia, le indagini confidenziali e i comitati sulla mortalità materna, istituiti in diversi paesi europei, rilevano un'incidenza del fenomeno maggiore di quanto le notifiche volontarie riportino. Il Sistema di sorveglianza della mortalità materna (MM) è un progetto pilota attivo in 7 regioni (Veneto, Piemonte, Emilia Romagna, Toscana, Lazio, Campania e Sicilia) con il coordinamento dell'Istituto Superiore di Sanità. Migliorare la qualità della cura del paziente e la sicurezza in ambito ostetrico e perinatale deve essere un obiettivo e una responsabilità comune a tutti i professionisti. Per tale motivo la Regione Emilia Romagna e l'Istituto Superiore di Sanità hanno istituito diversi progetti per sorvegliare l'incidenza di alcune complicanze ostetriche, mettere a confronto strutture sanitarie diverse e porre degli standard minimi di qualità della cura. Dal 1 Novembre 2017 è iniziato uno studio prospettico population based, coordinato dalla Regione Lombardia, volto a rilevare ed analizzare 4 tipologie di Near Miss ostetrici: eclampsia, sepsi, embolia da liquido amniotico ed emoperitoneo spontaneo. Per ognuno di tali Near Miss è descritto il timing per il reclutamento dei casi, differente a seconda della complicanza ostetrica.
<i>Interventi effettuati nel triennio 2016-2018</i>	Incontri con il personale: La Sorveglianza della Mortalità Materna: progetto Pilota in Regioni del Nord, Centro e Sud Italia (2 edizioni). Monitoraggio del livello di applicazione della Raccomandazione a livello aziendale. Sono stati aggiornati i protocolli e le Istruzioni operative in linea con le Raccomandazioni Nazionali e Regionali. Avvio di incontri congiunti UO Ostetricia e Ginecologia e SSD Gestione del Rischio per effettuare Significant Event Audit in caso di Near Miss Ostetrici.
<i>Empowerment dei cittadini</i>	La prevenzione della morte materna è ovviamente un obiettivo di grande interesse e impegno della gestione del rischio che coinvolge tutti i professionisti della UO Ostetricia e Ginecologia, Il Servizio di Anestesia e Rianimazione e che prevede una presa in carico della donna nel percorso interaziendale del parto.
<i>Giudizio complessivo</i>	Il sistema aziendale per la prevenzione degli Eventi correlati al parto è stato strutturato e vengono effettuati approfondimenti multiprofessionali e multidisciplinari.

SCHEDA N. 13 - VIOLENZA CONTRO GLI OPERATORI

<i>Ambito di intervento</i>	Prevenzione atti di violenza
<i>Tipologia</i>	Sicurezza degli operatori
<i>Normativa di riferimento</i>	Raccomandazione Ministero della Salute n° 8 per Prevenire gli Atti di violenza a danno degli operatori sanitari; Indicazioni Regionali "Istruzioni Operative per la segnalazione e gestione degli episodi di violenza a danno degli operatori sanitari e degli eventi sentinella "Atto di violenza a danno degli Operatori" (Flusso SIMES del 24/05/2016); Indicazioni RER sulla Scheda di segnalazione e Indicazioni per la stesura del PREVIOS – 2018; DGR 919 del 18/06/2018 "Linee di programmazione e finanziamento alle Aziende – 2018.
<i>Tematiche correlate</i>	<p>Infortuni</p> <p>Contenzione</p> <p>Prevenzione del rischio Suicidio</p> <p>Incident Reporting</p> <p>Eventi Sentinella</p>
<i>Responsabile</i>	SSD Governo Clinico, Gestione del Rischio e coordinamento Qualità e Accreditamento; UO Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale
<i>Processo</i>	Modulo di segnalazione di episodi di aggressività e/o violenza da terzi a danno operatori; Eventi Sentinella (Flusso SIMES); Denuncia di infortunio
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	Infortuni (professionisti)
<i>Altri Flussi correlati</i>	<p>Eventi Sentinella</p> <p>Contenzioso - Sinistri</p>
<i>Valutazione del rischio</i>	<p>Nel flusso regionale degli Eventi Sentinella si evince che la violenza su operatore da parte di paziente è il secondo evento segnalato dalle Aziende della RER (14,2%). Negli anni 2013-2018 il numero di infortuni da aggressione contro gli operatori nelle denunce di infortunio è contenuto (n.6 casi 2013; n. 8 casi 2014; n.7 casi 2015;n 7 casi nel 2016; n5 casi nel 2017 n9 casi nel 2018) la gravità (riferibile alle giornate perse) è così ripartita (141 gg. 2013; n.105 gg. 2014; n.71 gg. 2015; n. 128 gg 2016;n.60 gg 2017; n99 gg. 2018); le aree a maggior rischio evidenziate nell'ultimo triennio sono il Pronto Soccorso (14 casi) e Area Medica e Geriatrica (10 casi).</p>
<i>Interventi effettuati nel triennio 2016-2018</i>	<p>E' stata aggiornata la Procedura Aziendale P020AOUPR Gestione Atti di Violenza contro gli operatori, secondo gli indirizzi regionali per scheda rilevazione eventi. Come da indicazioni pervenute dalla RER l'AOUPR ha aggiornato i nominativi del Gruppo Operativo Multidisciplinare Aziendale (GOMA) ed è stato elaborato e diffuso il PREVIOS "Piano Prevenzione Violenza a danno degli Operatori Sanitari". Sono stati istituiti corsi ad hoc indirizzati al personale che opera nell'ambito dell'Emergenza-Urgenza e del Pronto soccorso Pediatrico dal titolo "E se succedesse a me?" e successivamente "Perché comunicare".</p>
<i>Empowerment dei cittadini</i>	Il CCM è stato informato sulle iniziative aziendali inerenti la Raccomandazione Ministeriale per la prevenzione degli atti di violenza. La comunicazione, professionalmente impiegata, può essere strumento efficace di prevenzione della lite e può aiutare a gestire sul nascere alcune escalation aggressive del comportamento di utenza/familiari/caregiver, innescando così una compartecipazione consapevole al processo di cura.
<i>Giudizio complessivo</i>	Il sistema aziendale per la prevenzione della violenza è stato strutturato.

SCHEDA N. 14 - MONITORAGGIO CONTENZIONE

<i>Ambito di intervento</i>	Monitoraggio e riduzione della contenzione in ambito ospedaliero
<i>Tipologia</i>	Sicurezza dei pazienti Sicurezza degli operatori
<i>Normativa di riferimento</i>	DGR n. 1706/2009 Presidenza del Consiglio dei Ministri – Comitato Nazionale Bioetica: “la contenzione: problemi bioetici” 23/4/2015
<i>Tematiche correlate</i>	Gestione Farmaci Prevenzione delle cadute Movimentazione del paziente Allontanamento del Paziente Prevenzione del rischio Suicidio
<i>Responsabile</i>	Responsabile SS Medicina Legale
<i>Processo</i>	
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	Il format descrittivo è parte integrante della documentazione sanitaria e non è informatizzato.
<i>Altri Flussi correlati</i>	Eventi Sentinella – Incident Reporting Cadute Contenzioso - Sinistri Infortuni (professionisti)
<i>Valutazione del rischio</i>	Il monitoraggio del fenomeno è correlabile con il fenomeno cadute che ha dimostrato un incremento nel triennio 2016-2018 (2016= 0,94 cadute*1000 gg degenza; 2017= 0,75 cadute*1000 gg degenza e 2018= 1,15 cadute*1000 gg degenza). Il numero 14% dei pazienti vittima di cadute nel 2018 era stato sottoposto a contenzione. Nel 93% dei casi si trattava di spondine per il letto Nel corso del 2018 L’U.O. di Medicina Interna e Lungodegenza Critica è stata l’unità ospedaliera maggiormente segnalante con il 32%
<i>Interventi effettuati nel triennio 2016-2018</i>	Formazione del personale: Corso Aziendale “Il fenomeno cadute in Ospedale: si può fare di più?” (edizione del 2016) e successivamente il tema della contenzione è stato trattato sia come Gestione del Rischio con il corso aziendale “Gestione del Rischio: Le buone pratiche per la prevenzione della cadute in ospedale” del 2017 sia in ambito geriatrico riabilitativo nei corsi tenuti nel 2017 e 2018 dal titolo “Disturbi comportamentali in corso di demenza e stato confusionale acuto nell’anziano ospedalizzato”.
<i>Empowerment dei cittadini</i>	Coinvolgimento da parte degli operatori dei famigliari dei degenti rispetto all’eventuale necessità di contenzione ed illustrazione dei motivi della eventuale scelta di contenzione.
<i>Giudizio complessivo</i>	Il fenomeno contenzione è un problema particolarmente sentito nei reparti di geriatria e di medicina in rapporto alla tipologia di pazienti che evidenziano particolari necessità assistenziali. Il tema sarà oggetto di approfondimenti e di ulteriore implementazione.

SCHEDA N. 15 - ALLONTANAMENTO DEL PAZIENTE DEGENTE	
<i>Ambito di intervento</i>	Prevenzione dell'Allontanamento del paziente degente
<i>Tipologia</i>	Sicurezza dei pazienti
<i>Normativa di riferimento</i>	Linee di indirizzo Regione Emilia Romagna su Prevenzione e gestione dell'allontanamento del paziente preso in carico da strutture sanitarie - RER 2015 Procedura aziendale P013AOUOPR - 2018 Allontanamento del paziente degente Piano Provinciale per la ricerca delle Persone scomparse Prefettura di Parma - 2016
<i>Tematiche correlate</i>	Contenzione Prevenzione del rischio Suicidio Cadute Incident Reporting SDO
<i>Responsabile Processo</i>	SSD Governo Clinico, Gestione del Rischio e coordinamento Qualità e Accreditamento; Direzione Sanitaria; SPPA; Servizio Assistenziale; Logistica e Gestione Amministrativa Lavori Pubblici
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	Le UU.OO., i Servizi, la Direzione Sanitaria e la Direzione Assistenziale, in caso di allontanamento di paziente degente, applicano i contenuti della Procedura Aziendale P013AOUOPR Allontanamento del paziente, per l'organizzazione e l'effettuazione delle fasi della ricerca. Quando il paziente non viene rintracciato nelle varie fasi previste per la ricerca, il medico di Direzione, che ha coordinato la fase 2 della ricerca, invia copia della scheda di ricerca per l'allontanamento alla Prefettura, al Direttore Sanitario, alla SSD Governo Clinico che monitora il fenomeno in collaborazione con il Controllo di Gestione (dimissione del paziente codice A – episodio di allontanamento). La SSD Governo Clinico, trasmette ai Dipartimenti i dati dell'anno e pubblica sulla intranet tutto il materiale utile alle ricerche.
<i>Altri Flussi correlati</i>	SDO; Eventi Sentinella; Cadute; Incident Reporting
<i>Valutazione del rischio</i>	Il monitoraggio del fenomeno allontanamento, avviato nel 2013, ha mostrato nel periodo 2017-2018 un decremento dei casi di allontanamento complessivi di pazienti ricoverati nelle UU.OO. (2017=48 casi; 2018= 25 casi). I casi di allontanamento registrati nel Flusso SDO nel 2017 e 2018 sono stati 11. Il medico responsabile del paziente/di guardia, rileva dalla documentazione sanitaria la presenza di eventuali elementi predittivi di allontanamento, definisce le condizioni di Rischio del Paziente che si è allontanato sulla base della sua situazione clinica e delle condizioni climatiche esterne (All.1, pag.2, della Procedura P013-AOUOPR-Allontanamento del Paziente).
<i>Interventi effettuati nel triennio 2016-2018</i>	Partecipazione alla Stesura delle Linee di Indirizzo Regionali. Il Gruppo di lavoro Multiprofessionale precedentemente costituito, ha rivisitato la Procedura Aziendale P013AOUOPR Allontanamento del paziente (2018), ha elaborato un Poster per la prevenzione dell'allontanamento e la scheda di Ricerca, che sono stati inseriti come allegati nella procedura. Monitoraggio del fenomeno per le UU.OO. e Dipartimenti. Diffusione di tutti i documenti a tutti i Direttori e Coordinatori e inserimento sulla Intranet Aziendale.
<i>Empowerment dei cittadini</i>	I cittadini ricoverati vengono informati sui loro principali diritti e doveri e della necessità di comunicare al personale il temporaneo allontanamento dalla degenza.
<i>Giudizio complessivo</i>	Il sistema aziendale per la prevenzione dell'allontanamento del paziente degente é stato strutturato, ma può prevedere interventi ulteriori, grazie al lavoro sinergico con i Servizi Aziendali.

SCHEDA N. 16 - PREVENZIONE ULCERE DA PRESSIONE	
<i>Ambito di intervento</i>	Prevenzione e Trattamento Ulcere da pressione - Ambulatorio Vulnologico
<i>Tipologia</i>	Sicurezza dei pazienti
<i>Normativa di riferimento</i>	Raccomandazioni Ministero della Salute 2012
<i>Tematiche correlate</i>	<p>Ulcere cutanee da pressione</p> <p>Ulcere cutanee croniche a lente e difficile risoluzione</p> <p>Medicazioni avanzate, speciali e tecnologiche</p> <p>Terapia pressione negativa</p> <p>Presidi per la prevenzione delle lesioni da pressione</p> <p>Letti speciali per obesi e fluidizzati</p>
<i>Responsabile</i>	Direzione Servizio Assistenziale – Wound Care Nurse
<i>Processo</i>	
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	<p>Protocollo trattamento delle lesioni da pressione PDF</p> <p>Protocollo per la gestione delle medicazioni avanzate e speciali - Intranet- Applicativo dedicato richiesta materassi antidecubito- intranet</p> <p>Manuale ON WEB per conoscere ed accedere applicativo dedicato richiesta presidi antidecubito</p> <p>Audit Prevalenza delle lesioni da pressione</p> <p>Eventi formativi</p> <p>Attività di consulenza</p>
<i>Altri Flussi correlati</i>	<p>Prevalenza Lesioni da pressione- studio AISLeC-</p> <p>Terapia pressione negativa- Protocolli operativi</p>
<i>Valutazione del rischio</i>	Periodiche indagini di prevalenza delle lesioni da pressione al fine di misurare e monitorare l'insorgenza delle ulcere.
<i>Interventi effettuati nel triennio 2016-2018</i>	<p>Numerose attività di Consulenza vulnologica a livello Aziendale. Coinvolgimento e collaborazione con i professionisti anche a livello interaziendale.</p> <p>Eventi formativi sulla prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione rivolti a tutto il personale neoassunto (Infermieri, OSS) in collaborazione con i fisioterapisti.</p> <p>Rivisitazione brochure informative e riedizione procedura Aziendale</p> <p>Pianificazione Audit area medica e area chirurgica da realizzare entro il 2019</p>
<i>Empowerment dei cittadini</i>	Formazione dei pazienti e dei familiari/ <i>caregiver</i> sulla manutenzione delle medicazioni e controllo delle lesioni a domicilio tra un accesso e l'altro all'ambulatorio di Wound Care.
<i>Giudizio complessivo</i>	Il sistema aziendale è strutturato, ma può essere implementato per migliorare ulteriormente le competenze i e per dotare l'azienda di sistemi di monitoraggio informatizzati con integrazione degli interventi con l'Azienda territoriale.

SCHEDA N. 17 - DISPOSITIVO VIGILANZA

<i>Ambito di intervento</i>	Gestione clinica dei dispositivi medici
<i>Tipologia</i>	Sicurezza dei pazienti e operatori
<i>Normativa di riferimento</i>	Art. 11, D.Lgs. 507/92 “Attuazione della direttiva 90/385/CEE concernente il ravvicinamento della legislazione degli Stati membri relative ai DM impiantabili attivi”; Artt. 9 e 10, D.Lgs. 46/97 “Attuazione della direttiva 93/42/CEE, concernente i DM”; Art. 11, D.Lgs. 332/00 “Attuazione della direttiva 98/79/CE relativa ai dispositivi; Decreto 15 novembre 2005 (GU n.274 del 24 novembre 2005) D. Lgs. 37/10 “Attuazione della direttiva 2007/47/CE che modifica le direttive 90/385/CEE per il ravvicinamento delle legislazioni degli stati membri relative ai dispositivi medici impiantabili attivi, 93/42/CE concernente i dispositivi medici e 98/8/CE relativa all'immissione sul mercato dei biocidi.” CRDM:Linee di indirizzo in materia di vigilanza sui dispositivi medici, sui dispositivi medici impiantabili attivi e sui dispositivi medico-diagnostici in vitro (revisione Maggio 2013); Regolamento Dispositivi Medici (UE) 2017/745 (MDR) Regolamento IVD (IVDR) UE 2017/746
<i>Tematiche correlate</i>	Sicurezza dei campioni, Gestione degli avvisi di sicurezza e recall.
<i>Responsabile Processo</i>	Responsabili della DMvigilanza: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Servizio Ingegneria Clinica ▪ Servizio di Farmacia e Governo Clinico del Farmaco
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	La scheda ministeriale (Allegato 1) viene compilata dall'operatore che rileva l'evento, il RAVDM verifica per gli aspetti di competenza; viene trasmessa con PEC al Ministero Salute e on line alla RER; una copia viene trasmessa al produttore/distributore.
<i>Altri Flussi correlati</i>	Incident Reporting - Eventi sentinella
<i>Valutazione del rischio</i>	Il rischio è correlato alla possibile mancata segnalazione di incidente con conseguente ridotta conoscenza del profilo di sicurezza del DM. L'intervento è indirizzato a mantenere alto il livello di attenzione dei professionisti in materia di vigilanza sui DM attraverso eventi formativi, momenti di addestramento capillare a seguito dell'introduzione di nuovi DM, diffusione degli avvisi di sicurezza e recall resi disponibili dal Ministero della Salute. Nel 2018 sono state rilevate dal RAV di Farmacia 8 segnalazioni di Incidenti.
<i>Interventi effettuati nel triennio 2016-2018</i>	Nel corso del periodo di riferimento i percorsi nazionali e regionali di DMvigilanza sono stati rispettati. Sono state effettuate le attività di gestione dei campioni medici Classe I, IIa, IIb, III secondo la Procedura RER. E' stata elaborata e diffusa la periodica Newsletter di DMvigilanza trasmessa a tutti i professionisti area medica e comparto. E' stata programmata l'elaborazione del Report annuale di attività DMvigilanza. Nel 2018 il Servizio di Farmacia, nell'ambito delle attività promosse dal Dip.to Farmaceutico Interaziendale, ha attivato un Corso FAD di DMvigilanza (I Ed.) destinato a tutto il personale sanitario. Il Sito Intranet con informazioni su DM vigilanza viene sempre aggiornato. Nel 2018 sono state rilevate dal RAV del Servizio di Ingegneria Clinica 2 segnalazioni di mancato incidente
<i>Empowerment dei cittadini</i>	Il cittadino informato può essere parte attiva del processo.
<i>Giudizio complessivo</i>	Il sistema aziendale di dispositivovigilanza è definito e concorre alla sicurezza d'uso dei DM.

SCHEDA N. 18 - FARMACOVIGILANZA

<i>Ambito di intervento</i>	Valutazione continua di tutte le informazioni relative alla sicurezza dei farmaci con lo scopo di assicurare, per tutti i medicinali in commercio, un rapporto beneficio/rischio favorevole per la popolazione (www.agenziafarmaco.gov.it)
<i>Tipologia</i>	Sicurezza dei pazienti
<i>Normativa di riferimento</i>	Decreto Ministeriale 30 aprile 2015 , recepisce le direttive europee sulla farmacovigilanza (Direttive 2010/84/EU e 2012/26/UE) e successivi aggiornamenti
<i>Tematiche correlate</i>	Gestione Farmaci Incident reporting
<i>Responsabile</i>	Responsabile Aziendale di Farmacovigilanza del Servizio di Farmacia e Governo
<i>Processo</i>	Clinico del Farmaco
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	Gli operatori sanitari possono segnalare una sospetta reazione avversa secondo una delle seguenti modalità: 1.Direttamente online utilizzando la piattaforma VigiFarmaco; 2.Compilando la scheda di segnalazione (elettronica o cartacea) da inviare al Responsabile di Farmacovigilanza (RAFV) per gli adempimenti successivi. Elaborazione del report annuale di FV e sua diffusione: trasmissione alle UUOO, Dipartimenti, Direzione Aziendale ed al Centro Regionale di FV ed inserimento sulla Intranet Aziendale.
<i>Altri Flussi correlati</i>	Incident Reporting
<i>Valutazione del rischio</i>	Il rischio è correlato alla possibile sottosegnalazione delle ADRs con conseguente ridotta conoscenza del profilo di sicurezza del farmaco utilizzato nella “real life”. L’intervento è indirizzato a mantenere alto il livello di attenzione dei professionisti attraverso progetti di FV attiva e implementare le segnalazioni attraverso VigiFarmaco. Nel 2018 sono state rilevate 114 segnalazioni ADRs, di cui 101 inserite direttamente sulla piattaforma VigiFarmaco e le restanti 13 cartacee, archiviate su VigiFarmaco mediante la funzione “archivia cartaceo”.
<i>Interventi effettuati nel triennio 2016-2018</i>	Farmacovigilanza passiva: Annualmente il Servizio Farmacia elabora e trasmette a tutte le UU.OO. il Report di Farmacovigilanza riassuntivo delle segnalazioni delle sospette ADRs da farmaci in Azienda nell’anno trascorso. Farmacovigilanza attiva: Sono stati realizzati progetti di Farmacovigilanza attiva in: Pronto Soccorso (MEREAFaPS - Monitoraggio Epidemiologico di Reazioni ed Eventi Avversi da Farmaci in Pronto Soccorso); Oncoematologia e C.TM.O (POEM - Progetto regionale di Farmacovigilanza attiva in ambito Oncoematologico); Oncoematologia Pediatrica. Sono stati effettuati incontri periodici sul tema della FV e in particolare su quello della FV attiva, presso le seguenti strutture: UO Oncologia, UO Ematologia e Centro Trapianti di Midollo Osseo, UO Oncoematologia Pediatrica, UO Radiologia. Il Servizio di Farmacia–Settore Farmacovigilanza elabora e diffonde mensilmente la Newsletter di FV contenente i principali link delle Note Informative Importanti pubblicate mensilmente da FDA, Farmacovigilanza.eu, EMA. Nel 2018 nell’ambito delle attività promosse dal Dip.to Farmaceutico Interaziendale è stato effettuato un Corso di FV (I Ed.) destinato a tutto il personale sanitario.
<i>Empowerment dei cittadini</i>	Il Farmacista di Reparto nelle aree dell’oncologia e infettivologia consente una maggiore sensibilizzazione del cittadino/paziente verso la segnalazione spontanea di sospette reazioni avverse da farmaco contribuendo ulteriormente ad ampliare la conoscenza del medicinale e il rapporto rischio/beneficio nella real life.
<i>Giudizio complessivo</i>	Il Sistema Aziendale di FV garantisce la valutazione di tutte le informazioni relative alla sicurezza dei farmaci.

SCHEDA N. 19 – SISTEMA INFORMATIVO RIS-PACS

<i>Ambito di intervento</i>	Gestione Sistema Informativo RIS-PACS
<i>Tipologia</i>	Sicurezza dei pazienti e operatori
<i>Normativa di riferimento</i>	DGR 1706/09 Individuazione di aree di miglioramento della qualità delle cure e integrazione delle politiche assicurative e di gestione del rischio – Allegato 3 Sicurezza dei Sistemi RIS-PACS. Indicazioni per lo sviluppo di prassi e strategie nelle strutture sanitarie pubbliche e accreditate della Regione Emilia Romagna.
<i>Tematiche correlate</i>	Identificazione del paziente Eventi sentinella Contenzioso
<i>Responsabile Processo</i>	SSD Ingegneria Clinica
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	Questionario Sicurezza RIS PACS della Regione Emilia Romagna; monitoraggio annuale dello stato di avanzamento dell'applicazione del DGR 1706/09 a cura del SSD Ingegneria Clinica.
<i>Altri Flussi correlati</i>	Incident Reporting Eventi sentinella
<i>Valutazione del rischio</i>	La corretta gestione del Sistema RIS-PACS permette di ridurre la possibilità di errori di identificazione del paziente con successivi possibili errori diagnostico terapeutici, ma anche di errori di sede e lato con successivi possibili implicazioni diagnostico-terapeutici.
<i>Interventi effettuati nel triennio 2016-2018</i>	L'Azienda negli anni ha individuato con il Servizio di Ingegneria Clinica e i Direttori del Dipartimento Diagnostico gli Amministratori di Sistema e ha coordinato momenti di confronto e iniziative di formalizzazione dei processi. Nel corso del 2018, per una corretta integrazione nel tessuto informativo aziendale e regionale, sono state avviati aggiornamenti del sistema RIS PACS finalizzati ad uno sviluppo ed aggiornamento dei canali di integrazione informativa verso CUP, Order Entry, Repository Aziendale, SOLE, FSE e PARER.
<i>Empowerment dei cittadini</i>	Il cittadino informato può essere parte attiva del processo per quanto riguarda la corretta identificazione del paziente.
<i>Giudizio complessivo</i>	Il sistema RIS-PACS, anche a seguito delle rilevanti modifiche applicative, è meritevole di una sistematizzazione delle principali procedure aziendali.

SCHEDA N. 20 - INFORTUNI

<i>Ambito di intervento</i>	Fenomeno Infortunistico
<i>Tipologia</i>	Sicurezza Operatori
<i>Normativa di riferimento</i>	Norma UNI 7249 (Statistiche sugli infortuni sul lavoro) Decreto Leg.vo n.81/2008 e successive modifiche e integrazioni Linee guida per la Gestione degli Infortuni ed incidenti in un sistema di gestione per la sicurezza e la salute sui luoghi di lavoro – Anno 2008 - Regione Emilia Romagna
<i>Tematiche correlate</i>	Cadute dei pazienti Documentazione Sanitaria dipendenti Sicurezza beni mobili e immobili Contenziosi Violenza contro gli operatori Incident reporting
<i>Responsabile Processo</i>	Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	Infortunato, Preposto (sicurezza luogo di accadimento), Denuncia Infortunio (cartacea), Indagine cause e attivazione azioni correttive (eventuale sopralluogo SPPA), se necessario: percorso di assistenza cartella sanitaria e prevenzione profilassi sanitaria, trasmissione tempestiva dati INAIL (informatica), iter per riconoscimento infortunio ed eventuale risarcimento con relativa gestione regolamentata della assicurazione contro gli infortuni e strumenti di pagamento per la corresponsione di stipendi pensioni. Ricerca delle cause dell'infortunio e attuazione delle azioni correttive corrispondenti. Gestione dati per analisi statistiche finalizzate alla prevenzione degli infortuni.
<i>Altri Flussi correlati</i>	Comunicazione flussi telematici art. 54 T.U. 81 (INAIL) Trasmissione Data Base Regionale flussi informatici dati infortuni.
<i>Valutazione del rischio</i>	La statistica degli infortuni viene elaborata ogni anno ed evidenzia, in linea con i dati regionali, che il trend degli eventi infortuni è in decremento. Le cause più frequenti di infortuni sono riconducibili a: movimentazione dei pazienti infortuni di natura biologica infortuni in itinere Tra le modalità accadimento riferite a movimentazione, le "cadute" (scivolato, caduta in piano, piede in fallo) sono in diminuzione
<i>Interventi effettuati nel triennio 2016-2018</i>	Aggiornamento delle indicazioni aziendali per la denuncia di Infortunio da aggressioni Formazione ECM agli operatori a cura SPPA (movimentazione dei carichi, back school per le tecniche posturali ecc.). Procedura Aziendale P014AOUPR Incident reporting (per i quasi eventi inerenti gli infortuni).
<i>Empowerment dei cittadini</i>	Nelle UU.OO. viene distribuito ai familiari/caregiver il COMEFAREPER n. 9 Gestire la mobilitazione del paziente in sicurezza per una mobilitazione sicura al domicilio.
<i>Giudizio complessivo</i>	Il sistema aziendale per la prevenzione degli infortuni è stato strutturato, ma può prevedere interventi ulteriori, grazie al lavoro sinergico con i Servizi Aziendali.

SCHEDA N. 21 - MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI E DEI PAZIENTI

<i>Ambito intervento</i>	Gestione rischio da Movimentazione
<i>Tipologia</i>	Sicurezza Operatori
<i>Normativa di riferimento</i>	Titolo VI del Decreto legislativo 81/2008 dedicato Norme Tecniche serie ISO 11228 parti 1-2-3 Legge 635/1934, Legge 977/1967, Legge 1204/1971, D.Lgs. 626/1994, Legge 3 agosto 2007, n. 123 A art. 1
<i>Tematiche correlate</i>	Prevenzione sindrome allettamento Statistica Infortuni e prevenzione malattie professionali operatori Valutazione del rischio da movimentazione Acquisti di ausili ergonomici e degli ausili da movimentazione Formazione e addestramento sul Campo per corretto utilizzo dispositivi
<i>Responsabile</i>	Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione Aziendali
<i>Processo</i>	
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	Valutazione del rischio da movimentazione pazienti nelle Strutture con criticità mediante l'utilizzo del metodo New MAPO. Ricerca delle criticità in base alla frequenza di infortuni da movimentazione. Programmazione acquisto letti ergonomici e integrazione dispositivi da movimentazione in base alle criticità rilevate. Valutazione del paziente in base alla sua capacità motorie residue. Addestramento ad un corretto uso dei dispositivi a disposizione e delle manovre di movimentazione utili. Ulteriore intervento sull'operatore tramite corsi Back School per una corretta postura finalizzati a modificare lo stile di vita e di comportamento degli operatori.
<i>Altri Flussi correlati</i>	Monitoraggio a breve e a lungo termine sui risultati attesi e rilevati dagli operatori Trasmissione Data Base Regionale flussi informatici dati infortuni.
<i>Valutazione del rischio</i>	In base alla statistica degli infortuni che viene elaborata ogni anno si evidenzia che la causa più frequente di infortunio riconducibile alla movimentazione dei pazienti è riferibile allo "spostando e sollevando", anche se il fenomeno risulta in calo negli anni: 63 eventi con 2366 gg nel 2016 / 82 eventi con 3135 gg nel 2017/ 55 eventi con 1506 gg nel 2018.
<i>Interventi effettuati nel triennio 2016-2018</i>	Prosecuzione di un progetto di formazione sulla movimentazione dei pazienti e sulla prevenzione della sindrome da allettamento. Formazione ECM agli operatori a cura SPPA (movimentazione dei carichi, back school per le tecniche posturali ecc.). Acquisto a seguito di programmazione di ausili per la movimentazione pazienti in varie Unità Operative Integrazione di letti elettrici in alcune Unità Operative Procedura Aziendale P014AOUPR Incident reporting (per i quasi eventi inerenti gli infortuni).
<i>Empowerment dei cittadini</i>	Nelle UU.OO. viene distribuito ai caregiver il Come fare per ... n. 9 <i>Gestire la mobilitazione del paziente in sicurezza</i> (2014) per una mobilitazione sicura al domicilio.
<i>Giudizio complessivo</i>	In Azienda vi è un'estrema attenzione al fenomeno, ma si prosegue nel monitoraggio e nella formazione dedicata del personale dipendente, come strumento di prevenzione del rischio, anche in forma di retraining.

SCHEDA N. 22 - PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

<i>Ambito di intervento</i>	Prevenzione della corruzione e obblighi di trasparenza
<i>Tipologia</i>	Osservanza doveri ed obblighi di comportamento
<i>Normativa di riferimento</i>	Legge n. 190/2012 (prevenzione corruzione nella PA), decreto legislativo n.33/2013 (obblighi di trasparenza), DPR n. 62/2013 (Codice di Comportamento), legge n. 179/2017 (segnalazione illeciti), Piani Nazionali Anticorruzione
<i>Tematiche correlate</i>	Processo di gestione del rischio corruttivo Trasparenza (pubblicazioni e accesso civico) Conflitti di interesse e incompatibilità
<i>Responsabile Processo</i>	Responsabile interaziendale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza (RPCT)
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione 2019/2021 (con sezione Trasparenza)
<i>Altri Flussi correlati</i>	Relazione annuale del Responsabile aziendale su scheda ANAC Relazioni monitoraggio attività delle unità organizzative Scheda monitoraggio ANAC/OIV Trasparenza Documenti e informazioni in pubblicazione
<i>Valutazione del rischio</i>	Descrizione e valutazione dei rischi, all'interno del processo di gestione relativo, vengono rappresentati nella elaborazione delle misure adottate. La valutazione è effettuata secondo il sistema indicato nel Piano Nazionale Anticorruzione, articolato in ambiti ed indicatori di diversa rilevanza Evidenze su processi, rischi e misure sono contenute negli allegati 1 e 2 al Piano per la prevenzione della corruzione e la trasparenza 2019/2021
<i>Interventi effettuati nel triennio 2016-2018</i>	Elaborazione e diffusione documenti di pianificazione Elaborazione e diffusione nuovo Codice di Comportamento Analisi processi e individuazione di misure di prevenzione della corruzione col coinvolgimento necessario dei Servizi Monitoraggio del sistema relativo agli obblighi di pubblicazione Interventi di diffusione, informazione e formazione Monitoraggi periodici
<i>Empowerment dei cittadini</i>	Pubblicazione di dati, documenti ed informazioni Pubblicazione documenti di Pianificazione e Relazione annuale Pubblicazione di altra documentazione inerente, compresi quella riguardanti i momenti di formazione Accesso civico
<i>Giudizio complessivo</i>	Il Piano per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza, e le attività in essi indicate e tutte quelle connesse, sono in linea con le indicazioni normative ed il sistema dettato da ANAC

SCHEDA N. 23 - PERCORSO ATTUATIVO DELLA CERTIFICABILITÀ	
<i>Ambito di intervento</i>	Processo amministrativo-contabile
<i>Tipologia</i>	Qualità delle procedure amministrativo contabili per realizzare il sistema di certificabilità (qualità certificata).
<i>Normativa di riferimento</i>	Legge n. 266/2005; Patto per la Salute 2012-2014; D.M. 17 settembre 2012 che prevede la presentazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) D.M. 1 marzo 2013 che definisce i requisiti comuni dei PAC; DGR n. 865 del 24 giugno 2013; DGR n. 150 del 23 febbraio 2015
<i>Tematiche correlate</i>	Anticorruzione; Budget; Immobilizzazioni; Rimanenze; Crediti e Ricavi; Disponibilità liquide; Patrimonio netto, Debiti e costi.
<i>Responsabile Processo</i>	Responsabile Percorso Attuativo della Certificabilità.
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	Format Regionale cartaceo "Procedura Amministrativo contabile e Istruzioni Operative"; redazione a cura dei Servizi competenti. Supporto metodologico e verifica dell'applicazione delle Linee Guida Regionali a cura della Struttura Interaziendale di Internal Auditing. Validazione a cura della SSD Governo Clinico Qualità e Accreditamento. Diffusione sulla Intranet Aziendale
<i>Altri Flussi correlati</i>	Funzione di Controllo Interno (sistema di Audit); standard organizzativi e procedurali; trasparenza, anticorruzione e diffusione delle informazioni; formazione e diffusione della cultura del controllo interno.
<i>Valutazione del rischio</i>	Il PAC è definito nell'Aggiornamento al 2015 del Piano Nazionale Anticorruzione quale <i>"fondamentale strumento di controllo e di riduzione del rischio di frode amministrativo-contabile in sanità"</i> . La proposta è quella di partire da una più profonda conoscenza dei fenomeni; guardare alle buone pratiche esistenti; mettere a punto interventi selettivi per agire sulle cause; riconoscere il valore che ogni soggetto può fornire per contrastare le inefficienze, a partire da cittadini e dai professionisti.
<i>Interventi effettuati nel triennio 2016-2018</i>	Nel corso del triennio si è proceduto al progressivo perfezionamento delle procedure aziendali redatte in accordo con le disposizioni contenute nella normativa Ministeriale e nei Decreti della Regione ER in materia di Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC); migliorando ulteriormente i sistemi di rilevazione e di controllo, rafforzando ed uniformando le procedure amministrative, informative, contabili e di controllo interno, anche in vista dell'avvio del nuovo sistema informativo regionale per la Gestione dell'Area Amministrativo Contabile (GAAC). Nell'anno 2017 si è concluso il Percorso Attuativo della Certificabilità nel rispetto delle azioni e della tempistica previste dall'allegato 1 alla DGR n. 150/2015 superando con giudizio positivo le Revisioni Limitate effettuate dai Collegi Sindacali. Sono state recepite le osservazioni e i suggerimenti del Collegio Sindacale formulati in occasione delle revisioni Limitate effettuate nel corso del 2016 e del 2017 attraverso una pianificazione delle azioni di miglioramento, coordinamento dei processi e tempistica di realizzazione con tutti i Servizi coinvolti. Gli assegnatari delle azioni di miglioramento sono impegnati nella chiusura delle attività entro la scadenza stabilita.
<i>Empowerment dei cittadini</i>	La realizzazione del programma di lavoro previsto dal "Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC)" dei dati e dei bilanci delle aziende e degli enti del SSN rappresenta un fondamentale strumento di controllo e di riduzione del rischio di frode amministrativo-contabile in sanità quindi rappresenta una garanzia di legalità per il cittadino.
<i>Giudizio complessivo</i>	La realizzazione del programma di lavoro previsto dal "Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC)" entra come strumento utile nella P.A. finalizzato al raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci delle Aziende Sanitarie costituendo un supporto per la governance dei processi e offrendo un prezioso contributo alla valutazione del sistema di governo strategico e operativo assumendo un atteggiamento proattivo per il suo miglioramento continuo.

SCHEDA N. 24 - SICUREZZA AMBIENTALE SALE OPERATORIE E AMBULATORI CHIRURGICI

<i>Ambito di intervento</i>	Prevenzione rischio infettivo
<i>Tipologia</i>	Sicurezza ambientale
<i>Normativa di riferimento</i>	UNI EN ISO 14644:2015; UNI EN ISO14698:2004; UNI EN ISO 11425:2011; ISPESL 2009 "Linee Guida sugli Standard di Sicurezza e di Igiene del Lavoro nel Reparto Operatorio"; Circolare Regionale PG/2012/188026 del 31.07.2012; INAIL 2010 Il monitoraggio microbiologico negli ambienti di lavoro - Campionamento ed analisi; D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.
<i>Tematiche correlate</i>	Autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie Accreditamento delle strutture sanitarie Igiene ambientale Infezioni ospedaliere Infezione ferita chirurgica SlcHER
<i>Responsabile</i>	UOC Igiene Ospedaliera, medicina preventiva e sicurezza igienico sanitaria
<i>Processo</i>	
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	Valutazione annuale microbiologica e particellare delle Sale Operatorie e degli Ambulatori Chirurgici I monitoraggi sono effettuati dal Laboratorio di Aerobiologia della Università degli Studi di Parma, sulla base di una programmazione annuale messa a punto dall'UO Igiene Ospedaliera tramite la Posizione Organizzativa "Presidio aspetti di Sicurezza Igienico Ambientale", che valuta gli esiti di classificazione ISO ottenuti, li trasmette alle UU.OO. e definisce le eventuali azioni di miglioramento da mettere in campo, a carico del SATL e/o delle UU.OO. e/o del Settore Aziendale che segue il servizio appaltato di pulizia. Elaborazione ed invio a tutte le UU.OO. ed agli stakeholder di un Report annuale, diffusione di tutti i documenti a tutte alle Strutture Organizzative coinvolte, inserimento, per agevole consultazione, sullo specifico sito WED della Intranet Aziendale
<i>Altri Flussi correlati</i>	Infezione ferita chirurgica SlcHER Infezioni ospedaliere Autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie Accreditamento delle strutture sanitarie Igiene ambientale
<i>Valutazione del rischio: dati principali aziendali</i>	I monitoraggi ambientali vengono eseguiti in condizioni di "at rest", cioè con i locali vuoti, ma pronti per essere utilizzati, in concomitanza con il cambio annuale dei filtri assoluti dell'impianto VCCC e l'esecuzione di interventi di manutenzione strutturale. Annualmente sono verificati n. 50 locali: N. 32 Sale Operatorie in 13 Comparti Operatori, N. 2 Sale Angiografiche, N. 3 Sale Cardiologia Interventistica (Emodinamica ed Elettrofisiologia), N. 10 Ambulatori Chirurgici, N. 1 Ambulatorio endoscopia urologica, N. 2 Ambulatorio endoscopia toracica. Nel triennio 2016-2018, sono stati svolti N. 160 monitoraggi particellari e N. 165 monitoraggi microbiologici. Tutti gli ambienti sono stati classificati conformemente a quanto previsto dalle Norme, ciascuno in funzione della tipologia di attività assistenziale svolta.
<i>Interventi effettuati nel triennio 2016-2018</i>	Coordinamento del Gruppo di Lavoro aziendale Ventilazione e Condizionamento a Contaminazione Controllata (VCCC) a cura dell'UOC Igiene Ospedaliera. Definizione programma annuale degli interventi e loro realizzazione. Gestione dei casi di non conformità ed individuazione azioni di miglioramento. Elaborazione del Report annuale e diffusione di tutti i documenti sulla Intranet Aziendale
<i>Empowerment dei cittadini</i>	Non è previsto il coinvolgimento dei pazienti e caregiver.
<i>Giudizio complessivo</i>	Il sistema aziendale di sicurezza ambientale coinvolge tutte le sale operatorie e gli ambulatori chirurgici è pianificato, agito e rendicontato annualmente.

SCHEDA N. 25 - SICUREZZA AMBIENTALE CAMERE BIANCHE E LABORATORI DI LAVORAZIONE E MANIPOLAZIONE CELLULE E TESSUTI UMANI	
<i>Ambito di intervento</i>	Prevenzione rischio infettivo
<i>Tipologia</i>	Sicurezza ambientale dei Laboratori destinati a lavorazione e manipolazione cellule e tessuti umani (PMA, Laboratorio CSE) Laboratori destinati all'allestimento di preparazioni farmaceutiche (UMaCA, Radiofarmacia e Preparazione parenterali TIN) e Centrale di Sterilizzazione
<i>Normativa di riferimento</i>	Ministero della Sanità - Linee Guida per la sicurezza e la salute dei lavoratori esposti a chemioterapici antiblastici in ambiente sanitario – 1999; UNI EN ISO 14644-3 Camere bianche ed ambienti associati controllati – Metodi di prova 2006; European Commission EC Guide to good manufacturing practice (GMP) – Revision to Annex 1: Airborne Particle Counting 2008; Farmacopea Ufficiale Italiana XII Edizione Norme Buona Preparazione 2009; INAIL Il monitoraggio microbiologico negli ambienti di lavoro - Campionamento ed analisi 2010; CDC Guideline for preventing opportunistic infections among haemopoietic stem cell transplant recipients 2000; Legge 19 febbraio 2004 n. 40; DLgs 6 novembre 2007, n. 191; DLgs 25 gennaio 2010, n. 16; DLgs 30 maggio 2012, n. 85; D.G.R. 8 luglio 2013 n. 927; National Service Health Technical Memorandum 2025 2007; Linee Guida sull'attività di Sterilizzazione nelle Strutture Sanitarie 2010; D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.
<i>Tematiche correlate</i>	Autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie, Accreditamento delle strutture sanitarie, Igiene ambientale, Infezioni ospedaliere
<i>Responsabile</i>	UOC Igiene Ospedaliera, medicina preventiva e sicurezza igienico sanitaria
<i>Processo</i>	
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	Valutazione semestrale microbiologica e particellare dei locali soggetti alle Norme previste per le camere bianche e dei laboratori destinati alla lavorazione e manipolazione di cellule e tessuti umani. I monitoraggi sono effettuati dal Laboratorio di Aerobiologia della Università degli Studi di Parma, sulla base di una programmazione annuale messa a punto dall'UO Igiene Ospedaliera tramite la Posizione Organizzativa "Presidio aspetti di Sicurezza Igienico Ambientale", che valuta gli esiti dei controlli, li trasmette alle UU.OO. e definisce le eventuali azioni di miglioramento da mettere in campo, a carico del SATL e/o delle UU.OO. e/o del Settore Aziendale che segue il servizio appaltato di pulizia. Gli esiti dei controlli effettuati, così come il Report annuale, sono puntualmente inoltrati a tutte le UU.OO. coinvolte ed agli stakeholder. Tutti i documenti sono regolarmente inoltrati a tutte alle Strutture Organizzative interessate e, per agevolarne la consultazione, sono inseriti sullo specifico sito WEB della Intranet Aziendale.
<i>Altri Flussi correlati</i>	Infezioni ospedaliere
<i>Valutazione del rischio:</i>	L'attività viene svolta sulla scorta della Normativa: GMP Revision to Annex 1: Airborne Particle Counting 2008.
<i>dati principali aziendali</i>	Nel triennio 2016-2018 sono stati verificati semestralmente in condizioni di "at rest" (locali pronti per essere utilizzati, in assenza di personale), ed in "operational" (locali in attività o in alcuni casi, in attività simulata) le camere bianche e i laboratori per la lavorazione di cellule e tessuti umani, comprese le cappe/isolatori presenti delle seguenti strutture: Centro Procreazione Medicalmente Assistita, Laboratorio Cellule Staminali, Unità di Manipolazione Chemioterapici Antiblastici, Centrale di Sterilizzazione, Locale Preparazione Parenterali della Terapia Intensiva Neonatale, Centro Trasfusionale e Radiofarmacia. Ogni semestre vengono verificati n. 27 ambienti e n. 14 cappe/isolatori a flusso unidirezionale, per un totale di n. 251 monitoraggi particellari e n. 278 monitoraggi microbiologici, svolti nel triennio 2015-2018. A seguito delle indagini ambientali, tutti gli ambienti sono stati classificati conformemente a quanto previsto dalle Normative vigenti in funzione della tipologia di attività assistenziale svolta.
<i>Interventi effettuati nel triennio 2016-2018</i>	Coordinamento del Gruppo di Lavoro aziendale Ventilazione e Condizionamento a Contaminazione Controllata (VCCC) a cura dell' UOC Igiene Ospedaliera. Definizione programma annuale degli interventi e loro realizzazione. Gestione dei casi di non conformità ed individuazione azioni di miglioramento. Revisione Procedura Aziendale P044 AOUPR Monitoraggi Particellari e Microbiologici Ambientali del Laboratorio Ematologia E CTMO – 2018. Procedura Aziendale P045AOUPR Monitoraggi Particellari e Microbiologici Ambientali dei Locali del Centro di Procreazione Medicalmente Assistita – 2016. Procedura Aziendale P047AOUPR Monitoraggi Particellari e Microbiologici dell'Isolatore e del Locale adibiti ad allestimento delle Preparazioni per Nutrizione Parenterale della TIN – 2016. Elaborazione del Report annuale e diffusione di tutti i documenti sulla Intranet Aziendale
<i>Empowerment dei cittadini</i>	Non è previsto il coinvolgimento dei pazienti e caregiver.
<i>Giudizio complessivo</i>	Il sistema aziendale di sicurezza ambientale coinvolge tutte le camere bianche e i laboratori è pianificato, agito e rendicontato annualmente.

SCHEDA N. 26 - CONTROLLI DI QUALITA' DELL'ACQUA DESTINATA AI TRATTAMENTI DIALITICI

<i>Ambito di intervento</i>	Prevenzione rischio infettivo
<i>Tipologia</i>	Sicurezza del paziente
<i>Normativa di riferimento</i>	Linee guida (SIN) su acque e soluzioni di dialisi Giornale di nefrologia/ anno 22 n° 3, 2005 European Pharmacopoeia Water for diluting haemodialysis solutions 1992. Manuale Operativo per CWP 100 modello WRO ROHH - HCIT12538 Rev 02.2012. Gambro 2012. D.Lgs. n° 31 del 02/02/2001 - Attuazione della direttiva 98/83/CE relativa alla qualità delle acque destinate al consumo umano. Gazz. Uff. Suppl. Ordin. n° 52 del 03/03/2001
<i>Tematiche correlate</i>	Autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie Accreditamento delle strutture sanitarie Igiene ambientale Controlli e attività di manutenzione apparecchiature e sistema di trattamento dell'acqua Infezioni ospedaliere
<i>Responsabile</i>	UOC Igiene Ospedaliera, medicina preventiva e sicurezza igienico sanitaria
<i>Processo</i>	
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	La valutazione periodica della qualità dell'acqua destinata ai trattamenti dialitici viene effettuata su tutto il percorso di produzione dell'acqua: all'ingresso dell'Ospedale dall'acquedotto cittadino, in uscita dal sistema pretrattamento, in uscita dalla biosmosi, in uscita dall'anello di distribuzione. I monitoraggi microbiologici dell'acqua vengono effettuati dall'Unità di Sanità Pubblica dell'Università degli Studi di Parma, mentre i monitoraggi chimici dall'ARPA - Sezione Provinciale di Reggio Emilia. L'attività viene svolta in base ad una programmazione annuale predisposta in collaborazione con i Direttori delle UU.OO. Nefrologia e Clinica ed Immunologia Medica.
<i>Altri Flussi correlati</i>	Infezioni ospedaliere
<i>Valutazione del rischio: dati principali aziendali</i>	Nel trimestre 2016-2018, i controlli di qualità effettuati hanno evidenziato che tutti i parametri chimici e microbiologici dell'acqua sono conformi ai valori soglia indicati dal S.I.N.. Non vi sono evidenze di eventi avversi sui pazienti sottoposti a emodialisi correlabili a livelli qualitativi non idonei del dialisato. Durante i controlli sono stati rispettati tutti gli indicatori previsti dalla procedura, che è stata revisionata nell'Aprile 2019 per quanto riguarda le frequenze di monitoraggio.
<i>Interventi effettuati nel triennio 2016-2018</i>	Il Coordinamento del Gruppo di lavoro aziendale per la programmazione dei controlli di qualità dell'acqua per trattamenti dialitici è a carico della UOC Igiene Ospedaliera. Nel corso del triennio è stato validato e quindi definito il profilo di funzionamento del nuovo impianto a servizio del Reparto di Emodialisi inaugurato nel 2015 presso l'ALA Sud. Il programma e la realizzazione dei monitoraggi è stato realizzato con scadenza annuale anche sulla scorta di eventuali non conformità e delle conseguenti azioni di miglioramento da porre in atto. Annualmente viene prodotto un Report che è inoltrato a tutte le UU.OO. coinvolte ed agli stakeholder. Tutti i documenti sono puntualmente inoltrati a tutte alle Strutture Organizzative interessate e, per agevolarne la consultazione, sono inseriti sullo specifico sito WEB della Intranet Aziendale.
<i>Empowerment dei cittadini</i>	Non è previsto il coinvolgimento dei pazienti e caregiver.
<i>Giudizio complessivo</i>	Il sistema aziendale sulla qualità dell'acqua destinata ai trattamenti dialitici è pianificato, agito e rendicontato annualmente.

SCHEDA N. 27 - PREVENZIONE E CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI

<i>Ambito di intervento</i>	Prevenzione rischio infettivo: prevenzione e controllo della Legionellosi
<i>Tipologia</i>	Sicurezza pazienti e operatori
<i>Normativa di riferimento</i>	<p>Presidenza del Consiglio dei Ministri - Linee Guida Nazionali per la Prevenzione e il controllo della Legionellosi (Maggio 2015).</p> <p>DGR 12 Giugno 2017, n. 828 - Approvazione Linee Guida Regionali per la sorveglianza e il controllo della Legionellosi.</p> <p>Valutazione del Rischio - Sorveglianza e controllo Legionellosi nelle Strutture Sanitarie delle Aziende della Regione Emilia Romagna 2013.</p> <p>Technical Document - Operating procedures - ECDC – European Legionnaires Disease Surveillance Network (ELDSNet) 2012.</p> <p>EWGLI Technical Guidelines for the investigation, control and prevention of travel associated Legionnaires Disease - European Working Group for Legionella Infection 2011.</p> <p>Il monitoraggio microbiologico negli ambienti di lavoro - INAIL 2010.</p> <p>D.lgs. 9 aprile 2008, n. 81 Testo Unico sulla Salute e Sicurezza sul Lavoro.</p>
<i>Tematiche correlate</i>	<p>Autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie</p> <p>Accreditamento delle Strutture Sanitarie</p> <p>Igiene ambientale</p> <p>Infezioni Nosocomiali sia Assistenziali che Occupazionali</p>
<i>Responsabile</i>	UOC Igiene Ospedaliera, Medicina Preventiva e Sicurezza Igienico
<i>Processo</i>	
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	<p>La prevenzione e il controllo della Legionellosi ha come obiettivo fondamentale quello di assicurare adeguati standard di sicurezza igienica agli utenti ricoverati e agli operatori, in base alla valutazione del rischio correlato.</p> <p>La tematica è affrontata in modo multidisciplinare e multiprofessionale, intervenendo in diversi ambiti: clinico, assistenziale ed ambientale.</p> <p>La prevenzione ed il controllo pertanto si attuano attraverso la messa in campo di molteplici azioni, quali:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. corretta gestione delle procedure clinico-assistenziali che possono aumentare il rischio (aerosolterapia, ossigeno terapia, ecc.); 2. disinfezione e sterilizzazione dopo l'uso di tutte le attrezzature per l'assistenza respiratoria oppure uso di materiali monouso sterili; 3. esecuzione di test diagnostici (coltura dell'escreato, ricerca dell'antigene di Legionella nell'urina) su tutti i soggetti ricoverati per polmonite al fine di individuare precocemente eventuali casi; 4. monitoraggio periodico della contaminazione microbica degli impianti; 5. controllo delle temperature dell'acqua: acqua calda sopra ai 50°C ed acqua fredda sotto ai 20°C; 6. impiego di trattamenti biocidi volti ad ostacolare la crescita di alghe, protozoi e altri batteri che possono costituire nutrimento per la legionella; 7. vigilanza sulle attività di manutenzione periodica degli impianti idrici da parte del Gestore degli stessi; 8. flussaggio quotidiano di tutti i terminali idrici, con particolare riguardo a quelli dedicati ad attività sanitaria (camere di degenza anche non occupate, servizi igienici, punti lavaggio mani, medicazioni, ambulatori, ecc.), al fine di favorire il ricircolo dell'acqua nell'impianto idrico ed evitare il ristagno della stessa all'interno delle tubature; 9. decalcificazione, disinfezione e sostituzione all'occorrenza, dei frangiflusso di tutti i miscelatori e soffioni/diffusori per doccia, in modo da evitare la formazione di incrostazioni di calcare, che possono favorire la colonizzazione microbica dei rubinetti; 10. Impiego continuativo dei filtri antibatterici per terminale idrico, <u>ove necessari da DVR</u>.

<i>Altri Flussi correlati</i>	Sorveglianza delle polmoniti
<i>Valutazione del rischio</i>	Nel triennio 2016-2018 non si sono verificati casi di legionellosi di origine nosocomiale a dimostrazione del fatto che le attività di prevenzione e controllo realizzate sono state adeguate. Nel corso del 2016 è iniziata la stesura della revisione della Valutazione del rischio e durante il 2018 è stata completata la revisione della parte relativa agli aspetti igienici.
<i>Interventi effettuati nel triennio 2016-2018</i>	<p>Durante il triennio si è riunito con cadenza quadrimestrale il Gruppo Multidisciplinare Gestione Rischio Legionella Aziendale, coordinato dall'UO Igiene ospedaliera e Medicina Preventiva.</p> <p>E' regolarmente continuata a livello aziendale la procedura di Sorveglianza e controllo delle polmoniti nosocomiali (nessun caso). L'esecuzione dei monitoraggi microbiologici sulla rete idrica aziendale si è dispiegata regolarmente secondo la programmazione annuale. A tale riguardo, nel triennio sono stati effettuati n. 538 campionamenti su acqua calda, acqua fredda e torri evaporative, sono stati controllati tutti i Padiglioni aziendali, sono state effettuati n. 22 interventi di bonifica.</p> <p>È regolarmente proseguito il coordinamento e controllo delle attività relative al cottimo fiduciario per la fornitura, l'installazione e la gestione dei filtri monouso antibatterici per terminali idrici, installati presso le UU.OO. aziendali valutate a maggior rischio. Nel triennio sono stati sostituiti n. 9892 filtri su n. 578 punti.</p> <p>E' proseguita l'incentivazione al flussaggio di tutti i terminali idrici aziendali. In tutti i settori d'intervento è proseguita la gestione dei casi di non conformità e l'individuazione di azioni di miglioramento. A tutte le UU.OO. ed agli stakeholder è stato prodotto di un Report annuale, la diffusione di tutti i documenti a tutte alle Strutture Organizzative coinvolte</p> <p>E' stata avviata la revisione del documento aziendale di valutazione del rischio per le strutture, secondo la metodologia predisposta dalla RER (terminata la valutazione relativa agli aspetti clinico-assistenziali, in corso la valutazione tecnico-impiantistica di competenza SAT.</p> <p>Sono stati svolti eventi Formativi propedeutici alla nuova valutazione secondo la metodologia predisposta dalla Regione Emilia Romagna. la produzione del Documento è prevista per il 2019.</p>
<i>Empowerment dei cittadini</i>	Il coinvolgimento dei pazienti e caregiver è previsto nei reparti in cui sono presenti i filtri monouso antibatterici per terminali idrici.
<i>Giudizio complessivo</i>	Il sistema aziendale di sicurezza ambientale coinvolge tutte le UU.OO. dell'Azienda è pianificato, agito e rendicontato annualmente.

SCHEDA N. 28 - IGIENE DELLE MANI

<i>Ambito di intervento</i>	Prevenzione e controllo del rischio infettivo Sicurezza delle cure
<i>Tipologia</i>	Sicurezza dei pazienti e degli operatori
<i>Normativa di riferimento</i>	Regione Emilia Romagna - Dossier 203-2011 "Buone pratiche infermieristiche per il controllo delle infezioni nelle Unità di Terapia Intensiva" 2011 Regione Emilia Romagna – Memo 7 – Igiene delle mani 2011 Regione Emilia Romagna – Compendio delle principali misure per la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza - 2010 OMS - Progetto "Sfida Globale per la sicurezza del Paziente – Cure pulite sono cure più sicure" 2006 Regione Emilia Romagna – Dossier 123- 2006 "Epidemie di Infezioni correlate all'assistenza. Sorveglianza e controllo" 2006 CDC: "Draft Guidelines for Isolation Precaution: Preventing Transmission of Infections Agents in Healthcare Settings – Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) 2004
<i>Tematiche correlate</i>	Sorveglianza delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA). Rischio Biologico.
<i>Responsabile</i>	UOC Igiene Ospedaliera, Medicina Preventiva e sicurezza igienico sanitaria
<i>Processo</i>	
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	Nell'ambito della Campagna mondiale promossa dall'OMS per la Sicurezza del Paziente, che include anche il Progetto "Cure pulite sono cure più sicure", anche in AOUPR è stato avviato un percorso per promuovere e mantenere viva l'attenzione dei Professionisti, a tutti i livelli ed in tutti i contesti di cura, sulla corretta adesione all'igiene delle mani. Dal 2014 tutte le UU.OO. procedono all'autovalutazione trimestrale tramite la SCHEDA AUTOCONTROLLO IGIENE DELLE MANI, volta ad analizzare le componenti gestionali ed organizzative legate all'Igiene delle mani e la conseguente individuazione dei problemi chiave che necessitano di attenzione e miglioramento. La Scheda è compilata con frequenza trimestrale dai Preposti di UO, che verificano il livello di compliance dell'UO sulla pratica di igiene delle mani, copia della stessa è trasmessa all'UOC Igiene Ospedaliera per le valutazioni di competenza e l'analisi delle azioni di miglioramento da mettere in campo a livello aziendale.
<i>Altri Flussi correlati</i>	Accreditamento delle Strutture
<i>Valutazione del rischio</i>	La responsabilità ad effettuare una corretta Igiene delle mani spetta a tutti i Professionisti sanitari che effettuano procedure assistenziali. È pertanto necessario considerare tale procedura come parte integrante del dovere e della pratica professionale di ciascun operatore durante l'abituale routine assistenziale. L'indicatore impiegato per valutare la frequenza di adesione degli operatori all'igiene delle mani è quello individuato dalla RER: quantità di detergente o gel/soluzione idroalcolica per l'igiene delle mani utilizzato per 1.000 gg degenza.
<i>Interventi effettuati nel triennio 2016-2018</i>	Nel corso del triennio è stato sviluppato il Progetto Igiene delle Mani, che ha visto l'effettuazione di diverse iniziative: <ul style="list-style-type: none"> • SCHEDA AUTOCONTROLLO IGIENE DELLE MANI • Audit Osservazionali condotti secondo la metodologia codificata OMS nelle Terapie Intensive e in area pediatrica. • Sorveglianza dei dati di consumo di gel idroalcolico che ha avuto negli anni un aumento dei consumi. • Diffusione a livello aziendale di tutta la documentazione sul tema Igiene delle Mani è diffusa sulla pagina Intranet dell'UOC Igiene Ospedaliera. • Pianificazione di sopralluoghi mirati all'interno di tutte le strutture aziendali per la verifica degli aspetti logistico-organizzativi legati all'Igiene delle mani.
<i>Empowerment dei cittadini</i>	Come da Procedura Aziendale P041AOUPR Igiene delle mani, nelle UU.OO. sono distribuiti specifici poster informativi (modello OMS), utili anche per l'effettuazione di debita educazione sanitaria sulla tematica ai pazienti e ai visitatori.
<i>Giudizio complessivo</i>	Il trend dell'Indicatore Regionale "Quantità di detergente o gel/soluzione idroalcolica per il lavaggio o l'antisepsi delle mani utilizzato per 1.000 giorni-paziente" è in aumento (12 litri /1000 gg degenza – Anno 2015).

SCHEDA N. 29 - SISTEMA DI SORVEGLIANZA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE)

<i>Ambito di intervento</i>	Sorveglianza e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)
<i>Tipologia</i>	Prevenzione e controllo del rischio infettivo - Sicurezza dei pazienti
<i>Normativa di riferimento</i>	<p><i>Indicazioni pratiche e protocolli operativi per la diagnosi, la sorveglianza ed il controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie</i> (Aggiornamento/revisione Febbraio 2017).</p> <p>Ministero della Salute: circolare DGPRE 4968 – P – 26/02/2013 – <i>Sorveglianza e controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi</i> – con acclusa la scheda di segnalazione delle batteriemie sostenute da <i>Kl. pneumoniae</i> ed <i>E. coli</i> CPE</p> <p>Piano Regionale della Prevenzione 2015 – 2018 – Obiettivo 6.12 – Sistemi di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza.</p> <p><i>Indicazioni per il controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi nelle Unità di Riabilitazione</i> – Febbraio 2012</p>
<i>Tematiche correlate</i>	<p>Sorveglianza delle epidemie e degli eventi sentinella</p> <p>Sorveglianza delle batteriemie sostenute da CPE (<i>Klebsiella pneumoniae</i> ed <i>Escherichia coli</i>)</p> <p>Monitoraggio dell'antibiotico-resistenza ed uso appropriato degli antibiotici</p>
<i>Responsabile</i>	UOC Igiene Ospedaliera, Medicina Preventiva e sicurezza igienico sanitaria
<i>Processo</i>	
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	<p>UOC Microbiologia: identifica sul materiale biologico la presenza di enterobatteri resistenti ai carbapenemi e produttori di carbapenemasi (CPE); invia il referto al reparto ed alla Segreteria della UOC Igiene Ospedaliera e Medicina Preventiva.</p> <p>UOC Igiene Ospedaliera, Medicina Preventiva: registra quotidianamente le segnalazioni di CPE pervenute su apposito data base; trasmette tempestivamente il referto comprensivo della caratterizzazione fenotipica tramite fax alla UO interessata; effettua telefonata al Personale Sanitario del Reparto comunicando la positività per CPE e chiedendo conferma dell'avvenuta messa in atto delle misure di isolamento previste, compresa l'attivazione della sorveglianza attiva dei contatti, ove previsto; invia il referto anche con nota protocollata.</p> <p>Il riscontro di batteriemia sostenuta da CPE da luogo a rilevazione dei dati su apposita scheda, che viene inserita in SMI (sistema regionale informatizzato di sorveglianza delle malattie infettive). Analogamente, sempre tramite SMI, ha l'obbligo di segnalazione di profili di resistenza inusuale. Trasmette in Regione, a cadenza mensile, i dati di prevalenza/incidenza degli isolati aziendali suddivisi per microrganismo e matrice; a cadenza annuale, predispone ed invia reportistica ai reparti.</p> <p>Unità Operativa: dispone l'applicazione immediata delle misure di isolamento previste nei casi di specie (Scheda Isolamento n. 7); informa gli operatori sanitari/figure coinvolte nella gestione del paziente riguardo la necessità di porre in atto misure igienico-preventive; avvia la sorveglianza attiva dei "contatti" di caso; mantiene traccia delle attività svolte; nel caso il paziente non fosse più presente presso la U.O., informa tempestivamente della positività del referto la struttura di trasferimento, contattando telefonicamente i Referenti e inviando copia dell'esito dell'indagine microbiologica.</p>
<i>Altri Flussi correlati</i>	Sorveglianza Malattie Infettive (SMI) – Flusso LAB
<i>Valutazione del rischio</i>	<p>La diffusione di enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE) rappresenta un'importante problema di Sanità Pubblica. Sono particolarmente insidiosi perché resistenti agli antibiotici, in grado di diffondersi rapidamente e causare infezioni difficilmente trattabili (letalità elevata in pazienti con infezioni gravi).</p> <p>Nel triennio 2016 – 2018 l'andamento in Azienda è stato il seguente:</p> <p>2016: 297 segnalazioni, di cui il 96% <i>Klebsiella pneumoniae</i>, un 2% di <i>Escherichia coli</i> ed un 2% altri enterobatteri. Si sono riscontrate 26 batteriemie, per la quasi totalità sostenute da <i>Klebsiella pneumoniae</i>, tranne 1 da <i>Escherichia coli</i>.</p> <p>2017: 381 segnalazioni, di cui il 97% <i>Klebsiella pneumoniae</i>, 1,5% di <i>Escherichia coli</i> ed 1,5% di altri enterobatteri. Le batteriemie sono state 36 in totale, sostenute prevalentemente da <i>Klebsiella pneumoniae</i> e, in un unico caso, da <i>Serratia marcescens</i>.</p> <p>2018: 341 segnalazioni di CPE, di cui il 95% <i>Klebsiella pneumoniae</i>, un 3% di <i>Escherichia coli</i> ed un 2% altri enterobatteri. Le batteriemie sono state 26 in totale, di cui 23 sostenute da <i>K. pneumoniae</i>, 2 da <i>Escherichia coli</i> e 1 da <i>Enterobacter cloacae</i>.</p> <p>Obiettivo prioritario è l'identificazione precoce dei casi e di eventuali cluster epidemici. I Direttori e Preposti delle UU.OO. sono responsabili della tempestiva messa in atto delle misure igienico-</p>

	<p>preventive previste in caso di pazienti colonizzati/infetti e anche delle soluzioni organizzativo-assistenziali per contrastarne la diffusione (isolamento per coorte in caso di più pazienti coinvolti, separazione spaziale, ecc.). Di rilevanza strategica la responsabilizzazione dei Clinici nell'individuazione dei pazienti a rischio già all'ingresso in ospedale (pazienti con recenti ricoveri, sottoposti ad interventi di chirurgia maggiore, provenienti da centri riabilitativi o da strutture socio-sanitarie, ecc.) da sottoporre a <i>screening</i> al ricovero e in isolamento preventivo fino all'arrivo dell'esito del test.</p> <p>Particolarmente importante anche l'attività di controllo e verifica delle misure d'isolamento, effettuate sia come autocontrollo interno sia come verifiche da parte della UOC Igiene Ospedaliera e Medicina Preventiva.</p>
Interventi effettuati nel triennio 2016-2018	<p>Diffusione dell'aggiornamento del documento regionale "Indicazioni pratiche e protocolli operativi per la diagnosi, la sorveglianza ed il controllo delle CPE nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie – Febbraio 2017).</p> <p>Monitoraggio e mappatura delle CPE in ambito aziendale.</p> <p>Rilevazione delle batteriemie sostenute da <i>Klebsiella pneumoniae</i> ed <i>Escherichia coli</i> CPE e caricamento in SISEPS-SMI.</p> <p>Verifiche interne sull'adesione alle misure igienico-preventive ed attività di supporto ai Reparti.</p> <p>Aggiornamento delle procedure "Gestione dei pazienti infetti/colonizzati da CPE" e "Il flusso informativo CPE"</p>
Empowerment dei cittadini	<p>Per migliorare la comunicazione e gli interventi di educazione sanitaria a pazienti/familiari/care givers, sono stati diffusi specifici opuscoli informativi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) "Rischio infezioni non abbassiamo la guardia" in cui sono contenute informazioni sui comportamenti da adottare per prevenire le infezioni da microrganismi resistenti agli antibiotici in ambito ospedalieri 2) FAQ – Domande e risposte per pazienti portatori di microrganismi multi-farmacoresistenti e per chi li assiste che escono dall'ospedale e rientrano a domicilio 3) FAQ – Domane e risposte per pazienti portatori di microrganismi multi-farmacoresistenti che escono dall'ospedale e vanno in una struttura residenziale.
Giudizio complessivo	<p>Buon livello di implementazione delle indicazioni generali. Permangono alcune criticità legate alla gestione dell'isolamento funzionale e all'iter procedurale per la sorveglianza attiva (screening all'ingresso ed isolamento preventivo dei soggetti a rischio; completamento dei controlli su caso indice e contatti).</p>

SCHEDA N. 30 - SISTEMA DI SEGNALAZIONE RAPIDA DI EPIDEMIE ED EVENTI SENTINELLA	
Ambito di intervento	Sorveglianza e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)
Tipologia	Prevenzione e controllo del rischio infettivo - Sicurezza dei pazienti
Normativa di riferimento	<p>RER - DGR 186/2005 Attivazione "Sistema di segnalazione rapida delle epidemie ed eventi sentinella nelle Strutture Sanitarie e nella popolazione in generale"</p> <p>RER - Determina n. 1925 16.02.2006 "Approvazione del documento che disciplina il sistema di segnalazione rapida di eventi epidemici ed eventi sentinella nelle strutture sanitarie e nella popolazione in generale", istituito con DGR 186/2005</p> <p>RER Dossier 123/2006 "Epidemie di infezioni correlate all'assistenza sanitaria e controllo". Progetto CCM "Sicurezza del paziente in rischio infettivo. Documento di indirizzo "Sorveglianza dei patogeni sentinella" (Ottobre 2008).</p> <p>Raccomandazione del Consiglio d'Europa "Sicurezza del paziente, inclusa la prevenzione ed il controllo delle ICA" (2009)</p> <p>RER – ASSR – CCM Compendio delle principali misure per la prevenzione ed il controllo delle ICA" – 2010</p> <p>DGR 318/2013 "Linee di indirizzo alle Aziende per la gestione del rischio infettivo: Infezioni correlate all'assistenza (ICA) ed uso responsabile degli antibiotici (ATB)</p> <p>RER - Piano della Prevenzione 2015 – 2018</p> <p>RER – DGR 1021 del 2.07.2018 – Recepimento del documento Piano Nazionale di contrasto all'antibiotico-resistenza 2017-2020.</p>
Tematiche correlate	<p>SISEPS – Sistema informatizzato Sorveglianza Malattie Infettive (SMI)</p> <p>Sorveglianza e controllo delle CPE (Enterobatteri Produttori di Carbapenemasi)</p> <p>Rischio occupazionale</p> <p>Monitoraggio dell'antibiotico-resistenza ed utilizzo appropriato degli antibiotici</p>
Responsabile	UOC Igiene Ospedaliera, Medicina Preventiva e sicurezza igienico sanitaria
Processo	
Descrizione del Flusso informativo	<p>UOC Microbiologia: identifica la specie microbica ed invia il referto (oltre all'antibiogramma, è evidenziata l'eventuale resistenza agli antibiotici - es.: ESBL, VRE, MRSA); invia la segnalazione di "alert-organism" al Direttore della UO coinvolta e al Direttore della UOC Igiene Ospedaliera, Medicina Preventiva e Sicurezza Igienico Sanitaria.</p> <p>Unità Operativa: dispone l'adozione delle misure igienico-preventive e verifica che le stesse siano mantenute a tutti i livelli; cura il passaggio dell'informativa ai reparti di trasferimento, ove il paziente non sia più presente; effettua il monitoraggio interno delle segnalazioni pervenute.</p> <p>UOC Igiene Ospedaliera e Medicina Preventiva: aggiorna e cura il data entry delle segnalazioni; supporta le UU.OO./SSD per i casi di particolare rilevanza e/o valutazione di ulteriori indagini microbiologiche; effettua controlli sulle cartelle cliniche dei pazienti con riscontro positivo su sangue; analizza ed elabora i dati realizzando reportistica periodica destinata alle UU.OO./Servizi; segnala microrganismi con profili di resistenza inusuale utilizzando la piattaforma SISEPS/SMI.</p>
Altri Flussi correlati	SISEPS - SMI – Sorveglianza Malattie Infettive; Sorveglianza e controllo CPE; Monitoraggio infortuni a rischio biologico; Flusso LAB
Valutazione del rischio	<p>Obiettivo prioritario di un sistema di sorveglianza delle ICA è l'identificazione tempestiva delle epidemie e dei singoli casi di infezione sostenuti da microrganismi definiti "sentinella" che per le loro caratteristiche epidemiologiche hanno una maggiore probabilità di diffondersi nei contesti assistenziali (es: <i>C. difficile</i>, germi MDR, ecc.).</p> <p>Responsabilità delle UU.OO. è di porre in atto le misure igienico-preventive previste in caso di pazienti con malattia infettiva accertata/sospetta o colonizzati/infetti da microrganismi multifarmaco-resistenti, individuando anche le soluzioni organizzativo-assistenziali più appropriate per contrastarne la diffusione (coorte, separazione spaziale, ecc.).</p> <p>E' prevista attività di verifica e controllo dell'implementazione delle indicazioni fornite e interventi mirati, con eventuale indagine epidemiologica, in caso di cluster epidemici.</p>

<i>Interventi effettuati nel triennio 2016-2018</i>	<p>Mantenimento del monitoraggio e della mappatura delle specie microbiche <i>alert</i> e diffusione di reportistica, suddivisa per Dipartimento e con i dati sull'andamento delle specie microbiche oggetto di sorveglianza dal 2015 al 2017 per singola UU.OO/SSD</p> <p>Monitoraggio delle batteriemie sostenute da MDR e diffusione della reportistica periodica con l'andamento per singola specie microbica. Controlli sulle segnalazioni pervenute con rilevazione dati su apposita scheda.</p> <p>Diffusione reportistica sull'andamento degli enterobatteri produttori di beta-lattamasi a spettro esteso (ESBL) ed indicazioni sulla gestione dei pazienti infetti/colonizzati.</p> <p>Potenziamento dell'attività di controllo per la verifica dell'adesione alle misure igienico-preventive implementate nei singoli contesti assistenziali.</p>
<i>Empowerment dei cittadini</i>	<p>Per migliorare la comunicazione e gli interventi di educazione sanitaria a pazienti/familiari/care givers, sono disponibili specifici opuscoli informativi (es. "<i>Clostridium difficile – prevenzione del contagio</i>", "<i>Rischio infezioni non abbassiamo la guardia</i>") in cui sono contenute informazioni sui comportamenti da adottare per prevenire le infezioni da microrganismi resistenti agli antibiotici in ambito ospedaliero.</p>
<i>Giudizio complessivo</i>	<p>Il sistema di sorveglianza è attivo. Alcuni limiti dovuti alla mancanza di adeguati supporti informatici, in grado di migliorare il sistema di segnalazione <i>alert</i>, identificare tempestivamente cluster ed eventi epidemici. Disponibilità periodica di reportistica che descrive l'epidemiologia locale, mantenendo alta l'attenzione dei Professionisti.</p>

SCHEDA N. 31 – SORVEGLIANZA INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO (SICHER)	
<i>Ambito di intervento</i>	Sorveglianza delle Infezioni Associate all'Assistenza (ICA)
<i>Tipologia</i>	Sorveglianza del rischio infettivo e sicurezza dei pazienti sottoposti a procedura chirurgica
<i>Normativa di riferimento</i>	<p>GU Unione Europea – Raccomandazione del 9.06.2009 sulla sicurezza dei pazienti comprese la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza.</p> <p>Ministero della Salute “Manuale di formazione sul governo clinico: la sicurezza dei pazienti e degli operatori”– 2012.</p> <p>DGR 318/2013 “Linee di indirizzo alle Aziende sanitarie per la gestione del rischio infettivo: infezioni correlate all'assistenza e uso responsabile di antibiotici”.</p> <p>CCM – Centro Controllo Malattie – ASS-RER – Sistema Nazionale di Sorveglianza delle Infezioni del Sito Chirurgico (SNICH) – Aggiornamento Dicembre 2011</p> <p>Piano Regionale Prevenzione 2015 – 2018</p> <p>Circolare n. 18/2016 – Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare – Specifiche per la gestione della check list di Sala Operatoria e Infezione del Sito Chirurgico (SICHER) – Anno 2017</p> <p>ASS-RER 2016 – Linee Guida “Flusso SICHER” Versione 1.0 del 21.01.2016</p> <p>DGR n. 1173 del 25.07.2016 – Adozione del piano programma 2016 – 2018 dell'ASS-RER ed approvazione della relazione annuale 2015 e della relazione 2011-2015 Prevenzione dell'antibiotico-resistenza e delle infezioni in ambito nosocomiale</p> <p>DGR1021 del 2.07.2018 Recepimento del Documento “Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico-resistenza (PNCAR) 2017-2020</p>
<i>Tematiche correlate</i>	<p>Sicurezza Sale Operatorie (SOS.net)</p> <p>Accreditamento delle strutture chirurgiche</p> <p>Sorveglianza delle Infezioni Correlate all'Assistenza</p>
<i>Responsabile</i>	UOC Igiene Ospedaliera, Medicina Preventiva e Sicurezza Igienico Sanitaria
<i>Processo</i>	
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	<p>Il protocollo prevede la sorveglianza dei pazienti sottoposti ad una delle categorie di intervento proposta dall'NHSN statunitense, che raggruppa procedure chirurgicamente simili.</p> <p>UU.OO/SSD Chirurgie Generali e Specialistiche: registrazione dei dati sui controlli della ferita e successiva chiusura delle schede terminato il periodo di follow-up (30 giorni interventi non protesici / 90 giorni interventi protesici), tramite l'applicativo Ormaweb sezione “Sorveglianza Infezioni”.</p> <p>UOC Igiene Ospedaliera, Medicina Preventiva e Sicurezza Igienico-Sanitaria: definisce gli aspetti organizzativi, svolge attività di coordinamento/tutoraggio, effettua il controllo delle schede e i controlli di qualità sui dati (verifica cartelle cliniche, incrocio con altri dati provenienti da altri flussi (SDO, LAB, MDR, ecc.), analizza e diffonde la reportistica periodica.</p> <p>Servizio Informativo Aziendale: estrae i dati a cadenza semestrale e li invia in Regione tramite caricamento in GAF (Gestione Accoglienza Flussi) nel rispetto delle tempistiche previsti. E' referente per l'eventuale recupero delle informazioni su schede con errori/dati mancanti inviate dalla Regione.</p> <p>ASSR-RER: svolge attività di coordinamento delle Aziende Sanitarie, cura ed invia la reportistica periodica alle singole aziende. I dati in forma aggregata vengono inviati al Sistema Nazionale di Sorveglianza delle Infezioni del Sito chirurgico (SNICH), coordinato dal CCM (Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie) del Ministero della Salute e, successivamente, all'ECDC (<i>European Centre for Diseases Prevention and Control</i>) per alimentare il sistema di sorveglianza europeo.</p>
<i>Altri Flussi correlati</i>	SDO, LAB, SOS.net, Eventi Sentinella, Profilassi antibiotica in chirurgia, Sorveglianza batteriemie,

<i>Valutazione del rischio</i>	<p>Nel 2016 viene cambiato l'applicativo di Registro Operatorio, con l'attuale sistema <i>Ormaweb</i>. La Regione, a fine 2016, apporta un'importante modifica sul progetto SiChER, che viene reingegnerizzato e collegato alla SDO. Il SIA, procede all'adeguamento secondo le specifiche regionali. Emerge un problema in fase di estrazione/caricamento dei dati con il nuovo sistema, che non ha reso possibile l'invio dei dati relativi al secondo semestre.</p> <p>Anno 2016 solo primi mesi (gen-mag): 2469 interventi non protesici e 771 interventi protesici, per una copertura del 29%. Per quanto riguarda i dati presenti in <i>Ormaweb</i>, ma non elaborati per mancato invio, sono stati sorvegliati ulteriori 2750 interventi.</p> <p>Anno 2017: sorvegliati 4590 interventi chirurgici, con una copertura 42,9%. Per diverse categorie di intervento i tassi risultano in linea con quelli regionali. Solo per due categorie, Chirurgia del Colon ed Emiorraffa, sono stati rilevati tassi maggiori rispetto all'atteso.</p> <p>Anno 2018 (primo semestre) sorvegliati 2105 procedure, copertura 38.3%. La sorveglianza degli interventi 2018 è terminata lo scorso 31 marzo 2019. I dati sono in fase di controllo e verranno inviati in RER a fine maggio 2019. I tassi di infezione rilevati nel primo semestre, risultano in linea con quelli regionali.</p> <p>Responsabili della sorveglianza sono il Direttore ed i Medici delle UU.OO. Chirurgiche. Si sottolinea diversità sostanziali nella performance delle singole UU.OO.: diverse articolazioni raggiungono il 100% di interventi sorvegliati, in altre è realizzata solo parzialmente, in alcune non realizzata.</p>
<i>Interventi effettuati nel triennio 2016-2018</i>	<p>Partecipazione agli incontri di coordinamento regionale</p> <p>Collaborazione con le altre articolazioni aziendali ed adeguamento alle indicazioni operative richieste dal flusso regionale.</p> <p>Corsi formativi ai Professionisti sul nuovo applicativo <i>Ormaweb</i>.</p> <p>Attività di tutoraggio sul sistema di sorveglianza e l'utilizzo dell'applicativo durante l'attività di rilevazione.</p> <p>Controllo ed analisi periodica dei dati con diffusione Reportistica annuale per i Dipartimenti disponibile anche sul sito intranet nella pagina web Igiene Ospedaliera.</p> <p>Diffusione Dossier Regionale 261/2017 <i>"Prevenzione delle Infezioni del Sito Chirurgico"</i> e del documento di indirizzo regionale <i>"Infezioni di protesi articolari: percorso diagnostico ed indicazioni per la profilassi antibiotica"</i> entrambi del luglio 2017</p> <p>Elaborazione e diffusione del documento Aziendale <i>"Linee Guida Aziendali di Profilassi Antibiotica in Chirurgia"</i> del marzo 2017</p> <p>Stesura/revisione della procedura aziendale.</p>
<i>Empowerment dei cittadini</i>	<p>E' stata prevista l'effettuazione della telefonata ai pazienti sottoposti ad intervento chirurgico in sorveglianza, nel 10-20% circa delle procedure effettuate. L'operazione oltre che positiva per l'immagine aziendale, permette di aumentare in modo significativo la quota degli interventi sorvegliati.</p>
<i>Giudizio complessivo</i>	<p>Il sistema SiChER è abbastanza diffuso con variabili significative, per quanto riguarda l'adesione, tra le diverse UU.OO. Lo standard regionale (almeno 75% di interventi sorvegliati) per l'Azienda non è stato ancora raggiunto. Sono previsti una serie di interventi in modo da aumentare la quota di procedure sorvegliate (telefonata ai pazienti, chiusura automatica delle schede compilate ma non chiuse, ecc.), prevedendo anche sistemi di incentivazione per le UU.OO. chirurgiche che raggiungono migliori performance.</p> <p>In linea con le indicazioni regionali, per migliorare la qualità del dato, è stato previsto di effettuare periodicamente controlli sulle cartelle dei pazienti sottoposti ad intervento, incrociando i dati provenienti da altri flussi – SDO (codice infezione), LAB referti microbiologici (t. ferita/materiale biotico/materiale protesico/ecc.), per individuare la presenza di potenziali ISC.</p>

SCHEDA N. 32 RADIOESPOSIZIONE

<i>Ambito di intervento</i>	Cultura della Sicurezza – Prevenzione della radioesposizione dell'operatore e del paziente
<i>Tipologia</i>	Sicurezza dei professionisti, dei pazienti dell'azienda
<i>Normativa di riferimento</i>	Dlg. 230/95 e s.m.i. Dlgs 187/00, Euratom 59/13
<i>Tematiche correlate</i>	Ottimizzazione della dose al paziente nelle pratiche radiologiche, standardizzazione della pratica con raggi X
<i>Responsabile Processo</i>	Servizio di Fisica Sanitaria
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	Monitoraggio delle dosi da radiazioni ricevute dai lavoratori radioesposti attraverso il servizio dosimetrico gestito dal Servizio di Fisica Sanitaria, valutazione del rischio da esposizione a radiazioni ionizzanti, monitoraggio degli ambienti e delle attrezzature, database delle dosi da radiazioni ricevute dai pazienti in procedure TAC, angiografiche e di mammografia clinica.
<i>Altri Flussi correlati</i>	Gara Aven (Parma Capofila) per l'acquisizione di dispositivi di protezione individuali anti-X
<i>Valutazione del rischio</i>	L'uso delle radiazioni ionizzanti in ambito diagnostico è sempre più diffuso e presuppone l'impiego di attrezzature sofisticate e complesse, è fondamentale governare il processo al fine di minimizzare la dose ricevuta al paziente ed all'operatore erogando solo il quantitativo di radiazioni necessario ad avere una diagnosi e limitando il più possibile la probabilità di sviluppare tumori radioindotti.
<i>Interventi effettuati nel triennio 2016-2018</i>	<p>Gruppo di lavoro Esperti Qualificati dell'Aven, guidato da Parma, con predisposizione di linee guida e d'indirizzo operativo comune.</p> <p>Elaborazione delle valutazioni del rischio per tutte le unità operative coinvolte con l'utilizzo dei raggi X.</p> <p>Formazione del personale attraverso corsi FAD, frontali, congressi del personale che opera con le radiazioni ionizzanti a tutti i livelli.</p> <p>Redazione di numerosi lavori presentati a corsi e congressi e pubblicati su riviste internazionali:</p> <p><i>Definition of local diagnostic reference levels in a radiology department using a dose tracking software. C Ghetti, O Ortenzia, F Palleri, M Sireus, Radiation protection dosimetry 175 (1), 38-45</i></p> <p><i>Radiation dose reduction in myocardial perfusion imaging single-photon emission computed tomography/computed tomography using a dose-tracking software</i></p> <p><i>G Serrelli, L Ruffini, O Ortenzia, C Cidda, C Lazzara, C Ghetti, Nuclear medicine communications 39 (10), 894-900)</i></p>
<i>Empowerment dei cittadini</i>	Il cittadino che viene sottoposto ad esame radiologico presso la nostra Azienda può richiedere la valutazione personalizzata della dose ricevuta presso il Servizio di Fisica Sanitaria.
<i>Giudizio complessivo</i>	La nostra Azienda è tra le strutture che hanno mostrato una grande attenzione ai temi della radioprotezione e che hanno promosso a livello locale, ma non solo, attività di sensibilizzazione degli operatori del settore insieme ad un monitoraggio puntuale e costante delle dosi di operatori e pazienti.

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEI PROCESSI																					
N° SCHEDA	SERVIZI AZIENDALI COINVOLTI																				
	GCGR	SPPA	IO	FS	SGRU	ML	IC	DSA	DS	FGCF	URP	LEG	SIMT	SIA	OG	SA	RPCT	SATL	PAC	DIR	COO
1 INCIDENT REPORTING	R	C	C	C		C	C	C	C	C			C	C	C					C	C
2 EVENTI SENTINELLA	R	C	C	C		C	C	C	C	C			C	C	C					C	C
3 GESTIONE SINISTRI	C					R			C		C	R*								C	C
4 SEGNALAZIONI CITTADINI	C					C			C		R									C	C
5 FORMAZIONE	R	C	C	C		C	C	C	C	C		C	C	C	C					C	C
6 RACC. AGENAS	R	C	C				C		C	C			C		C					C	C
7 CADUTE	R	C				C		C	C											C	C
8 SOS.NET	R		C					C	C					C						C	C
9 IDENTIFICAZIONE PZ	R					C	C	C	C	C			C	C						C	C
10 FARMACI ONCOLOGICI	C	C	C						C	R										C	C
11 SANGUE	R*		R*			C		C	R*				R*							C	C
12 MORTI MATERNE	C					C		C	C						R					C	C
13 VIOLENZA OPERATORI	R	C			C			C	C							C				C	C
14 CONTENZIONE	C					R		C	C											C	C
15 ALLONTANAMENTO	R*	C				C		R*	R*							C		C		C	C
16 ULCERE PRESSIONE	C							R	C											C	C
17 DISPOSITIVOVIGILANZA	C						R		C	R										C	C
18 FARMACOVIGILANZA	C								C	R										C	C
19 SISTEMA RIS-PACS	C						R	C	C											C	C
20 INFORTUNI	C	R			R*			C	C											C	C
21 MOVIMENTAZIONE	C	R						C	C											C	C
22 ANTICORRUZIONE	C	C	C		C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C		R			C	C
23 PAC	C																		R	C	C
24 SALE OPERATORIE	C		R				C	C	C									C		C	C
25 CAMERE BIANCHE	C		R				C	C	C									C		C	C
26 DIALISI	C		R				C		C									C		C	C
27 LEGIONELLA	C		R					C	C									C		C	C
28 IGIENE MANI	C		R					C	C											C	C
29 CPE	C		R					C	C											C	C
30 EVENTI SENTINELLA INF.	C		R					C	C											C	C
31 SICHER	C		R					C	C					C						C	C
32 Radioesposizione			C	R					C											C	C

LEGENDA ABBREVIAZIONI

COO	Coordinatori	SA	Servizio Alberghiero
DIR	Direttori	SATL	Servizio Attività Tecniche
DS	Direttore Sanitario	RU	Servizio Gestione Risorse Umane
DSA	Direttore Servizio Assistenziale	SIMT	UO Servizio Immunoematologia e Medicina Trasfusionale
GCF	Farmacia e Governo Clinico del Farmaco	SIA	Servizio Informativo Aziendale
GCGR	Governo Clinico, Gestione del Rischio e coordinamento Qualità e Accreditamento	LEG	Servizio Legale
IO	Igiene Ospedaliera, medicina preventiva e sicurezza igienico sanitaria	SPPA	Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale
IC	Ingegneria Clinica	ML	SS Medicina Legale
OG	Ostetricia e Ginecologia	URP	Ufficio Relazioni con il Pubblico
PAC	Responsabile Percorso Attuativo della Certificabilità	RPCT	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza
FS	Fisica Sanitaria		

OBIETTIVI POLIENNALI (2019 – 2021) PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO					
N°	Aree di interesse	Obiettivi Generali	Attività	Indicatori di risultato	Responsabile
1	Sicurezza pazienti, sicurezza operatori	Cultura della sicurezza mediante sistema di segnalazione Incident Reporting	1. Mantenimento del Sistema di Segnalazione degli Eventi e Quasi Eventi in linea con le indicazioni regionali e ministeriali	Rendicontazione annuale delle attività effettuate	SSD Governo Clinico
2	Sicurezza pazienti, sicurezza operatori e azienda	Gestione degli Eventi Sentinella per la limitazione del danno e la definizione di azioni di miglioramento	2. Mantenimento del Sistema Aziendale per la gestione degli Eventi Critici, in linea con le indicazioni regionali e ministeriali	Rendicontazione annuale delle attività effettuate	SSD Governo Clinico
3	Sicurezza pazienti e sicurezza operatori	Gestione Sinistri	3. Mantenimento della gestione diretta dei sinistri	Rendicontazione annuale delle attività effettuate	SS Medicina Legale Servizio Attività Giuridico Amministrativa
4	Sicurezza pazienti e sicurezza operatori	Segnalazioni dei cittadini per la gestione del rischio	4. Mantenimento del sistema aziendale gestione delle segnalazioni di interesse della gestione del rischio	Rendicontazione annuale	Responsabile Ufficio Relazioni con il Pubblico
5	Sicurezza pazienti, sicurezza operatori e azienda	Cultura della sicurezza: Formazione Informazione sicurezza delle cure	5. Redazione annuale Piano Formazione Sicurezza delle Cure	Evidenza Annuale	SSD Governo Clinico
6	Sicurezza pazienti, sicurezza operatori e azienda	Cultura della sicurezza: Monitoraggio Raccomandazioni Ministeriali AGENAS	6. Mantenimento del Monitoraggio Annuale e implementazione delle Raccomandazioni mediante l'inserimento degli allegati	Evidenza monitoraggio	SSD Governo Clinico

OBIETTIVI POLIENNALI (2019 – 2021) PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO

N°	Aree di interesse	Obiettivi Generali	Attività	Indicatori di risultato	Responsabile
7	Sicurezza pazienti	Prevenzione dei rischio caduta nei pazienti degenti	7. Mantenimento del Sistema Aziendale per la prevenzione delle cadute dei pazienti degenti e suo aggiornamento, in linea con le indicazioni regionali e ministeriali	Rendicontazione annuale delle attività effettuate	SSD Governo Clinico
8	Sicurezza pazienti	Sicurezza dei processi Chirurgici Check List di sala operatoria	8. Mantenimento del Sistema Aziendale per la sicurezza delle attività chirurgiche e implementazione dell'utilizzo dell'SOS.net in Chirurgia d'elezione, in linea con le indicazioni regionali e ministeriali	Rendicontazione annuale delle attività effettuate	SSD Governo Clinico
9	Sicurezza pazienti	Prevenzione degli errori di Identificazione del paziente	9. Mantenimento del Sistema Aziendale per la identificazione sicura del paziente mediante il Bracciale Identificativo	Rendicontazione annuale delle attività effettuate	SSD Governo Clinico
10	Sicurezza pazienti sicurezza operatori	Sicurezza della terapia farmacologica in area oncoematologica	10. Ampliamento del Progetto di UMaCA provinciale	Rendicontazione annuale delle attività effettuate	Servizio di Farmacia e Governo Clinico del Farmaco
11	Sicurezza pazienti, sicurezza operatori e azienda	Promozione della Sicurezza del sangue – Prevenzione degli Eventi correlati all'uso del sangue emovigilanza	11. Mantenimento del sistema aziendale per la sicurezza del sangue in linea con il DM 2/11/2015 n.69 - Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti	Rendicontazione annuale delle attività effettuate	SSD Governo Clinico; UO Immunoematologia e Medicina Trasfusionale; Direzione Sanitaria e COBUS
12	Sicurezza pazienti, sicurezza operatori e azienda	Prevenzione dell'Evento Sentinella (ES) Morte materna e Gestione Near Miss Ostetrici	12. Implementazione del Sistema di gestione e segnalazione dei Near Miss Ostetrici	Evidenza documentale	SSD Governo Clinico UO Ostetricia e Ginecologia
13	Sicurezza operatori	Prevenzione atti di violenza contro gli operatori	13. Mantenimento del Sistema Aziendale per la prevenzione degli atti di violenza contro gli operatori in linea con le indicazioni regionali e ministeriali	Rendicontazione annuale delle attività effettuate	SPPA; SSD Governo Clinico

OBIETTIVI POLIENNALI (2019 – 2021) PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO					
N°	Aree di interesse	Obiettivi Generali	Attività	Indicatori di risultato	Responsabile
14	Sicurezza pazienti sicurezza operatori	Monitoraggio e riduzione della contenzione in ambito ospedaliero	14. Perfezionamento del sistema di monitoraggio del fenomeno contenzione, in particolare nei reparti geriatrici e di lungo degenza	Rendicontazione annuale delle attività effettuate	Struttura Semplice Medicina Legale
15	Sicurezza pazienti	Prevenzione dell'allontanamento dei pazienti degenti	15. Mantenimento del Sistema Aziendale per la gestione dell'allontanamento	Rendicontazione annuale delle attività effettuate	SSD Governo Clinico
16	Sicurezza pazienti	Prevenzione e Trattamento Ulcere da pressione	16. Mantenimento del Sistema Aziendale per la prevenzione delle Ulcere da Pressione e suo aggiornamento, in linea con le indicazioni regionali e ministeriali	Rendicontazione annuale delle attività effettuate	Direttore Servizio Assistenziale
17	Sicurezza pazienti Sicurezza operatori	Gestione clinica dei dispositivi medici	17. Mantenimento del sistema aziendale di DMvigilanza in linea con le indicazioni regionali/nazionali 18. Azioni di sensibilizzazione/formazione su DMvigilanza	Rendicontazione regionale annuale delle segnalazioni di DMvigilanza	Responsabili della DM vigilanza
18	Sicurezza pazienti	Farmaco vigilanza	19. Mantenimento Sistema Aziendale per la valutazione continua delle informazioni sulla sicurezza farmaci	Rendicontazione annuale delle attività effettuate (report annuale di FV)	Responsabile Aziendale di Farmacovigilanza del Servizio di Farmacia e Governo Clinico del Farmaco
19	Sicurezza pazienti Sicurezza operatori	Gestione Sistema Informativo RIS-PACS	20. Sistematizzazione del Sistema Informativo RIS-PACS in linea con le indicazioni regionali/nazionali	Rendicontazione regionale annuale	SSD Ingegneria Clinica
20	Sicurezza operatori	Prevenzione del fenomeno infortunistico	21. Mantenimento del Sistema aziendale per la Prevenzione del fenomeno infortunistico e suo aggiornamento	Relazione annuale sul fenomeno e sulle attività effettuate	SPPA
21	Sicurezza operatori	Rischio da Movimentazione	22. Mantenimento del Sistema aziendale per la Prevenzione del fenomeno infortunistico da movimentazione e suo aggiornamento	Relazione annuale sul fenomeno e sulle attività effettuate	SPPA

OBIETTIVI POLIENNALI (2019 – 2021) PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO

N°	Aree di interesse	Obiettivi Generali	Attività	Indicatori di risultato	Responsabile
22	Osservanza doveri ed obblighi di comportamento	Prevenzione della corruzione e trasparenza	23. Promozione cultura della legalità mediante informazione /formazione 24. Progettazione, attuazione e aggiornamento dei sistemi aziendali di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione 25. Attenzione e sensibilizzazione su Codice di Comportamento e conflitti di interesse	Relazione annuale (art. 1, comma 14, legge n. 190/2012)	Responsabile aziendale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza
23	Processo amministrativo-contabile	Qualità delle procedure amm.vo-contabili per realizzare il sistema di certificabilità (qualità certificata)	26. Attivazione di un sistema di Internal Auditing 27. Armonizzazione contabile 28. Valutazione straordinaria delle Procedure Amministrativo-Contabili 29. Certificazione dei bilanci 30. Interazione con il Collegio Sindacale e Partnership con Internal Audit	Rendicontazione annuale delle attività effettuate	Responsabile Percorso Attuativo della Certificabilità
24	Sicurezza operatori sicurezza ambientale	Sicurezza Ambientale sale operatorie e ambulatori chirurgici	31. Mantenimento del Sistema Aziendale di verifica delle condizioni igieniche e di classificazione delle sale operatorie e degli ambulatori chirurgici, in linea con le normative nazionali e regionali	Rendicontazione annuale delle attività effettuate	UOC Igiene Ospedaliera, medicina preventiva e sicurezza igienico sanitaria
25	Sicurezza operatori sicurezza ambientale	Sicurezza ambientale e delle preparazioni di laboratorio (cellule staminali, embrioni, chemioterapici ecc.) e centrale sterilizzazione	32. Mantenimento del Sistema Aziendale di verifica delle condizioni igieniche e di classificazione delle camere bianche e dei laboratori di lavorazione cellule e tessuti umani in linea con le normative europee, nazionali e regionali.	Rendicontazione annuale delle attività effettuate	UOC Igiene Ospedaliera, medicina preventiva e sicurezza igienico sanitaria
26	Sicurezza paziente	Prevenzione rischio infettivo mediante la certificazione di qualità dell'acqua destinata ai trattamenti dialitici	33. Mantenimento del Sistema Aziendale sulla qualità dell'acqua destinata ai trattamenti dialitici, in linea con le normative nazionali e regionali.	Rendicontazione annuale delle attività effettuate	UOC Igiene Ospedaliera, medicina preventiva e sicurezza igienico sanitaria

OBIETTIVI POLIENNALI (2019 – 2021) PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO

N°	Aree di interesse	Obiettivi Generali	Attività	Indicatori di risultato	Responsabile
27	Sicurezza paziente sicurezza operatori	Prevenzione rischio infettivo: prevenzione e il controllo della Legionellosi	34. Mantenimento del Sistema Aziendale di prevenzione e il controllo della Legionellosi, in linea con le normative nazionali e regionali.	Rendicontazione annuale delle attività effettuate	UOC Igiene Ospedaliera, medicina preventiva e sicurezza igienico sanitaria
28	Sicurezza pazienti sicurezza operatori	Prevenzione e controllo del rischio infettivo: igiene delle mani	35. Mantenimento del sistema Aziendale per la promozione e l'aderenza all'Igiene delle Mani.	Rendicontazione annuale delle attività effettuate	UOC Igiene Ospedaliera, medicina preventiva e sicurezza igienico sanitaria
29	Sicurezza pazienti	Sistema di sorveglianza enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)	36. Mantenimento e sviluppo del sistema sorveglianza e controllo delle CPE	Rendicontazione annuale delle attività effettuate	UOC Igiene Ospedaliera, Medicina Preventiva e sicurezza igienico sanitaria
30	Sicurezza pazienti	Sistema di segnalazione rapida di epidemie ed eventi sentinella	37. Mantenimento ed implementazione di azioni volte a migliorare l'attuale sistema di sorveglianza e monitoraggio delle epidemie ed eventi sentinella	Rendicontazione annuale delle attività effettuate	UOC Igiene Ospedaliera, Medicina Preventiva e sicurezza igienico sanitaria
31	Sicurezza pazienti	Sistema di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico SICHER	38. Mantenimento e implementazione del sistema SiChER di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico	Rendicontazione annuale delle attività effettuate	UOC Igiene Ospedaliera, Medicina Preventiva e sicurezza igienico sanitaria
32	Sicurezza dei professionisti dei pazienti dell'azienda	Prevenzione della Radioesposizione dell'operatore e del paziente	39. Mantenimento del Sistema aziendale sulla prevenzione della Radioesposizione	Rendicontazione annuale delle attività effettuate	UO Fisica Sanitaria