

Relazione annuale sugli accadimenti relativi alla Sicurezza delle Cure e alle relative azioni di miglioramento

(ex art. 2 comma 5 Legge 8 marzo 2017, n. 24)

PREMESSA

La legge 8 marzo 2017, n. 24 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”, all’articolo 2 prevede che le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie predispongano una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi, sulle loro cause e sulle conseguenti iniziative messe in atto; è prevista, inoltre, a pubblicazione della medesima relazione sul sito internet della struttura sanitaria.

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

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

Si comprende, pertanto, che lo spirito che anima tali dettati normativi è quello di contemperare tutte le esigenze: promuovere la sicurezza delle organizzazioni, garantendo la trasparenza nei confronti del cittadino (attraverso la pubblicazione nel proprio sito internet della presente relazione e anche dei dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell’ultimo quinquennio) e orientando proprio la disponibilità dei dati alla rappresentazione dell’impegno che le stesse organizzazioni spendono per la sicurezza ed il miglioramento.

La relazione annuale deve, quindi, contenere le “conseguenti iniziative messe in atto” predisposte e attuate successivamente all’analisi delle cause degli accadimenti connessi alla sicurezza delle cure, che rappresentano quindi (specialmente in caso di near miss, eventi senza danno o con basso danno) delle opportunità di apprendimento per il miglioramento e l’incremento del livello di sicurezza.

L'impegno per la sicurezza, profuso dalle organizzazioni sanitarie regionali, passa quindi non soltanto dalla rilevazione degli "eventi avversi", ma soprattutto dallo sforzo e dalla propensione alla "misurazione della sicurezza delle cure" e all'utilizzo delle fonti informative da cui attingere le informazioni.

Vi sono, infatti, ampie evidenze sul fatto che le organizzazioni più affidabili sono quelle che mettono al centro della loro attenzione la misurazione e il monitoraggio della sicurezza.

La questione centrale riguarda, di fatto, l'impegnativo tema dell'individuazione di tutti gli incidenti/accadimenti significativi per la sicurezza delle cure e di tutte quelle informazioni che possono essere utilizzate per attuare azioni che aumentino il livello di sicurezza nelle organizzazioni sanitarie.

Non deve sfuggire, infatti, che la rilevazione degli eventi è embricata dal legislatore con l'analisi degli stessi per individuarne le cause e, soprattutto, per la predisposizione di iniziative conseguenti finalizzate ad evitarne il riaccadimento. Risulta, quindi, chiaro che la prospettiva evocata e che rappresenta l'elemento centrale è quella della prevenzione e del miglioramento.

La misurazione della sicurezza del paziente non è, tuttavia, semplice e richiede accuratezza ed estrema competenza nell'interpretazione dei risultati. E' certo, come riportato unanimemente dalla letteratura internazionale e nazionale, che non è corretta la misurazione della sicurezza delle organizzazioni sanitarie sui dati derivanti dall'utilizzo di un solo strumento di rilevazione, potendo lo stesso dar luogo a palesi distorsioni.

Tutti gli studi su questo tema giungono, infatti, alle medesime conclusioni già efficacemente sintetizzate da Sun¹:

"[...] i vari metodi sono complementari, e non alternativi, offrendo differenti livelli di informazioni qualitative e quantitative sulla sicurezza delle cure;

[...] le organizzazioni sanitarie dovrebbero utilizzare un ampio portfolio di metodi di rilevazione per identificare i problemi relativi alla sicurezza del paziente e successivamente sintetizzare i dati raccolti in una immagine sufficientemente esaustiva;

[...] la composizione del portfolio dipenderà dalla tipologia di problemi di sicurezza che l'organizzazione ritiene maggiormente rilevanti e dalle risorse disponibili per la gestione del rischio."

¹ Sun F. Chapter 36. Monitoring Patient Safety Problems (NEW). In Shekelle PG, Wachter RM, Pronovost PJ, et al. (editors). Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices. Comparative Effectiveness Review No. 211. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, March 2013.

Le organizzazioni sanitarie possono già adesso disporre di un ampio insieme di metodi, strumenti e fonti informative per l'identificazione, l'analisi e il monitoraggio di eventi relativi alla sicurezza del paziente e delle cure.

In riferimento all'attuale contesto italiano, si può considerare almeno un set minimo di fonti sulla sicurezza², come nucleo informativo essenziale, che ogni organizzazione sanitaria dovrebbe presidiare; sono fonti informative già esistenti ed usualmente utilizzate per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio riconducibili a sistemi di segnalazione attiva (alcuni di questi obbligatori) da parte degli operatori sanitari (incident reporting, farmacovigilanza, dispositivivigilanza, emovigilanza, etc.) e altri che fanno riferimento a sistemi di segnalazione attiva da parte dei cittadini (ad esempio reclami e sinistri).

Lo scopo finale del considerare una molteplicità di fonti informative è il tentativo di costruire quello che il Kaveh Shojania, dell'Università di Toronto, ha chiamato **"The Elephant of Patient Safety"**. Nel suo articolo pubblicato nel 2010 (*The Elephant of Patient Safety: What You See Depends on How You Look*) viene citato un antico racconto indiano in cui sei uomini ciechi riferiscono immagini diverse del medesimo elefante, paragonandolo a un soffietto, a un muro, a un albero, a una lancia, a una fune o a un serpente, sulla base della parte dell'animale con cui ciascuno ha avuto contatto.



In maniera simile, secondo l'autore, in una organizzazione sanitaria l'immagine della sicurezza del paziente dipende dal metodo utilizzato per realizzarla e dall'integrazione tra le diverse "visuali", indispensabili per realizzare una rappresentazione quanto più possibile completa.

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

Sono, inoltre, importanti anche le informazioni relative all'attività svolta nelle aziende per la prevenzione dei rischi e in particolare quelle realizzate, in coerenza con gli indirizzi forniti da Ministero della Salute ed Agenas, per la applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali e lo sviluppo delle Pratiche per la Sicurezza del paziente.

² Rispetto alla rappresentazione dei dati relativi agli eventi sentinella, si tenga conto del fatto che il Decreto 11 dicembre 2009 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità" all'articolo 7 sulla diffusione dei dati afferma che le informazioni desunte dai flussi informativi SIMES sono diffuse con modalità aggregate dall'Osservatorio nazionale degli eventi sentinella e dall'Osservatorio nazionale sui sinistri e polizza assicurative, sentito il Comitato tecnico delle Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano per la sicurezza del paziente.

La raccolta e rappresentazione di informazioni relative anche alle attività messe in campo per promuovere la sicurezza, fornendo una fotografia anche della parte positiva della sicurezza, contribuiscono a dare una visione sistemica del fenomeno, più fedele alle attività svolte nei contesti di cura reali.

Si rappresenta tuttavia che, stante l'emergenza sanitaria in corso relativa alla diffusione dell'infezione da SARS-COV2 e all'impegno dei professionisti per fronteggiarla, non è stato ancora possibile consolidare i dati relativi ad alcuni flussi informativi di interesse (scheda n. 2 reclami/suggerimenti URP di interesse per la gestione del rischio e scheda n. 7 governo del rischio infettivo, che riportano pertanto i dati relativi al 2018).

IL CONTESTO AZIENDALE

L'Azienda USL di Modena (AUSL) nasce nel 1994 dalla fusione di sei Unità Sanitarie Locali. Il territorio su cui l'Azienda USL di Modena svolge le proprie attività istituzionali coincide con quello della Provincia di Modena: una superficie di 2690 Km², suddivisa in 47 Comuni. La popolazione provinciale ha raggiunto le 703.203 unità (al 1° gennaio 2018). L'Azienda USL è organizzata in 7 Distretti socio-sanitari che fanno riferimento ad ambiti territoriali definiti, 4 Ospedali a gestione diretta (riuniti in un presidio unico), organizzati in una rete che include funzionalmente anche l'Ospedale di Sassuolo, a gestione mista pubblico-privata, il Policlinico e l'Ospedale Civile di Baggiovara dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria di Modena (questi ultimi due in gestione unica e integrata, sotto responsabilità della A.O.U. di Modena).

Fanno parte della rete socio-sanitaria (dato aggiornato al 6 marzo 2020):

- 2 Ospedali di Comunità (OsCo);
- 1 Hospice;
- 5 ospedali privati accreditati;
- 130 strutture residenziali;
- 31 sedi di consultori familiari;
- 37 Nuclei Cure Primarie;
- 192 farmacie pubbliche e private;
- 29 strutture ambulatoriali private accreditate;
- 12 Case della Salute;
- 23 Punti di continuità assistenziale.

DATI DI ATTIVITÀ E DI PRODUZIONE

I dati che descrivono l'attività svolta dall'Azienda USL di Modena nell'anno 2019 sono riportati nella sottostante tabella:

	Anno 2019	Fonte
Posti letto	633 di cui 607 ordinari di cui 7 Day Hospital di cui 19 Day Surgery	Flusso PL
Ricoveri in regime ordinario	23.578 di cui 21.552 in acuto di cui 2.026 in lungodegenza	Flusso SDO
Ricoveri in regime diurno	3.909 di cui 913 in Day Hospital di cui 2.996 in Day Surgery	Flusso SDO
Accessi in Day Service Oncologico	16.563	CdG
Accessi di Pronto Soccorso	125.740 di cui 112.573 in P.S. generale di cui 4.700 in P.S. ostetrico-ginecologico di cui 8.467 Punto Primo Intervento	Flusso PS
Prestazioni ambulatoriali	1.212.658	Flusso ASA
Prestazioni di laboratorio	7.137.164	Flusso ASA
Prestazioni radiologiche	272.597	CdG
Interventi chirurgici	14.174	Lisa-RO
Posti letto OsCo	32	
Ricoveri OsCo	407	Flusso SIRCO

All'interno dell'Azienda USL operano 4.737 unità di personale (di cui, per quanto attiene le prestazioni assistenziali, 709 dirigenti medici e veterinari e 3.192 unità di personale infermieristico e tecnico). A questi si aggiungono 579 professionisti medici convenzionati dedicati all'assistenza di base (MMG e PLS - dato aggiornato al 6 marzo 2020).

ASSETTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

L'assetto organizzativo aziendale per la gestione del Rischio Clinico assume come struttura portante la collocazione di un team dedicato al coordinamento di tutte le attività all'interno della S.C di Medicina Legale e Risk Management, a sua volta inserita in Staff alla Direzione, nell'area Sicurezza e Risk Management.

È istituito il Gruppo aziendale per la Gestione del Rischio che ha parte attiva nel lavoro preliminare finalizzato alla predisposizione del Piano-Programma supportando il Direttore Sanitario, il Risk Manager e la U.O.S. Rischio Clinico nel processo di identificazione e valutazione/analisi dei rischi.

Il Gruppo aziendale per la Gestione del Rischio rappresenta, in altre parole, un sistema di supporto per la Direzione Strategica e i professionisti al fine di individuare le deficienze del sistema e ridisegnare processi più sicuri, promuovere una cultura aziendale orientata alla sicurezza, gestire gli eventi di danno.

Presente inoltre una rete integrata di facilitatori in tema di Rischio Clinico e Governo del Rischio Infettivo, individuati sia a livello Dipartimentale che a livello più capillare nelle singole Unità Operative ospedaliere/Servizi territoriali, in grado di veicolare le informazioni necessarie ai vari livelli di governo di sistema.

Tale rete, ridefinita, aggiornata e specificamente formata mediante percorso di formazione sul campo nel corso del 2019, svolge le seguenti funzioni:

- promuovere e diffondere tra gli operatori una cultura positiva della sicurezza basata anche sull'apprendimento dall'errore;
- promuovere l'educazione e l'informazione di assistiti, visitatori e caregiver;
- promuovere l'utilizzo dei sistemi aziendali di segnalazione (incident reporting, cadute in ospedale, episodi di violenza verso gli operatori, etc.);
- collaborare all'implementazione e al monitoraggio delle azioni di miglioramento;
- supportare la rilevazione dei dati epidemiologici;
- verificare e promuovere l'adesione alle misure di prevenzione standard e aggiuntive;
- verificare la disponibilità nel proprio contesto assistenziale di protocolli e procedure aziendali segnalando eventuali criticità all'applicazione;
- rilevare l'esigenza di protocolli/procedure collaborando alla loro stesura;
- rilevare bisogni formativi.

Le attività di individuazione/analisi e riduzione/controllo dei rischi a livello aziendale sono descritte dal documento di pianificazione e programmazione triennale (Piano Programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio triennio 2017-2019 – Delibera DG n. 303/2016 e triennio 2020-2022 - Delibera DG n. 403/2019).

Le attività previste per il triennio derivano dall'analisi delle fonti informative aziendali disponibili in tema di sicurezza e possono essere rimodulate, annualmente (o in corso d'anno), sulla base dei risultati ottenuti ovvero di sopravvenute priorità emergenti.

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

Per brevità verranno di seguito illustrati in forma di schede sinottiche descrittive gli strumenti/fonti informative disponibili in Azienda USL per la sicurezza delle cure e i relativi interventi per la prevenzione e riduzione del rischio clinico.

Ciò fatta eccezione per la rappresentazione dei dati relativi agli eventi sentinella, in quanto il Decreto 11 dicembre 2009 ("Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità"), all'articolo 7, prevede che le informazioni desunte dai flussi informativi SIMES siano diffuse con modalità aggregate dall'Osservatorio nazionale degli eventi sentinella e dall'Osservatorio nazionale sui sinistri e polizza assicurative, sentito il Comitato tecnico delle Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano per la sicurezza del paziente.

Preliminarmente alla illustrazione degli strumenti/fonti informative disponibili in AUSL per la sicurezza delle cure e i relativi interventi per la prevenzione e riduzione del rischio clinico, pare comunque doveroso premettere che **le informazioni che derivano da tali strumenti/fonti sono indirizzate non solo alla "quantificazione degli eventi"** (cosa questa che pone numerose difficoltà, in base a quanto sopra argomentato, ed espone a impropri confronti tra situazioni e realtà organizzative che presentano condizioni di contesto estremamente differenziate) **ma, soprattutto, alla conoscenza dei fenomeni per l'attuazione di azioni di miglioramento.** Si predilige pertanto una rappresentazione dei fenomeni di tipo qualitativo mirata alla valutazione del rischio e all'individuazione di eventuali criticità, nell'ottica dei possibili interventi correttivi e del miglioramento finalizzato all'aumento dei livelli di sicurezza.



SCHEDA N.1. INCIDENT REPORTING (IR)



<p><i>Letteratura / Normativa di riferimento</i></p>	<ul style="list-style-type: none">- DM 2 aprile 2015, n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera” (Standard generali di qualità per i presidi ospedalieri – Gestione del Rischio clinico);- Legge di Stabilità 2016 (Legge n. 208 del 28 dicembre 2015, art. 1 comma 539);- DGR 1943/2017 “Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell’accreditamento delle strutture sanitarie” (6° Criterio Appropriatelyzza clinica e sicurezza);- DGR 977/2019 Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale per l’anno 2019.
<p><i>Descrizione dello strumento / flusso informativo</i></p>	<p>L’incident reporting (IR) è un sistema di segnalazione nato nelle organizzazioni ad alto rischio e successivamente adattato al contesto sanitario. Consente ai professionisti sanitari di descrivere e comunicare eventi avversi (definiti come danni involontari causati dal sistema sanitario o dalla malattia del paziente -- Brennan et al., 1991) e cosiddetti near miss (definiti come “eventi evitati”, associati ad errori con la potenzialità di causare un evento avverso, che però non si verifica per effetto del caso o perché intercettato o perché non comporta effetti indesiderati per il paziente -- Ministero della salute, 2007).</p> <p>La raccolta sistematica delle informazioni inerenti gli eventi e/o quasi eventi e la periodica lettura e interpretazione delle segnalazioni consente di promuovere la conoscenza di rischi presenti o potenziali all’interno delle strutture sanitarie e di accrescere quindi la consapevolezza di aree critiche dell’organizzazione, sia a livello locale che centrale. Lo scopo principale di questo sistema di segnalazione volontaria (così come di altri sistemi basati sullo stesso principio) è quello di apprendere dall’esperienza (learning), di acquisire informazioni indispensabili per la gestione del rischio e di adottare misure idonee a ridurre e/o a prevenire il ripetersi degli eventi. Un limite intrinseco dello strumento, legato alla volontarietà delle segnalazioni, è la sottostima o la sovrastima degli eventi, a seconda della “sensibilità” del segnalatore. Tuttavia l’incident reporting non ha finalità epidemiologiche e le</p>

segnalazioni raccolte non possono in alcun modo essere considerate valide per stimare l'incidenza o la prevalenza degli eventi medesimi. I dati raccolti sono quindi da interpretare con una certa cautela e con una prospettiva chiara: un elevato numero di segnalazioni (di eventi o near miss) non indica un minore livello di sicurezza garantito da quell'Azienda o da quel Dipartimento/Struttura così come, viceversa, un numero ridotto di segnalazioni non corrisponde necessariamente a un elevato livello di sicurezza. In entrambi i casi, infatti, entra in gioco la propensione alla segnalazione, a sua volta influenzata da elementi come la diffusione della cultura della non colpevolizzazione del singolo professionista, la solidità del sistema delle segnalazioni e la capacità di apprendimento e risposta dell'organizzazione. In definitiva, l'incident reporting è da intendersi, da un lato, come uno strumento di apprendimento continuo, utile a implementare azioni di cambiamento favorevoli (come iniziative formative, diffusione di procedure e soluzioni, miglioramento del clima lavorativo, etc.) e, dall'altro, come una spia di allarme di un sistema con la capacità di intercettare (almeno) una parte degli eventi avversi.

Fonte: Dossier ASSR n. 250/2015, pp. 15 e 16.

*Analisi del rischio
ed eventuali
criticità / aree di
intervento*

Nel corso del 2019 sono stati segnalati spontaneamente 273 eventi/near miss tramite Incident Reporting (a fronte di 210 segnalazioni nel 2018, 109 nel 2017 e 150 nel 2016). Gli ambiti tematici prevalenti oggetto di Incident Reporting nel 2019, sulla base della classificazione qualitativa offerta dal database regionale che raccoglie le segnalazioni di tutte le Aziende, sono: problemi correlati alla gestione della terapia farmacologica (23%), problemi correlati all'identificazione dell'assistito/lato/sede procedura (15%), criticità nella prestazione assistenziale/diagnostica/terapeutica (12%), episodi di agiti eteroaggressivi da parte di pazienti verso pazienti/parenti/caregiver (11%), cadute di assistiti in ambiti extraospedalieri (9%), episodi di allontanamento del paziente dal contesto di cura (5%), criticità relative a dispositivi e/o apparecchiature (4%), suicidi e tentati suicidi in pazienti ricoverati e non (2%), eventi correlati alla somministrazione di sangue ed emoderivati (1%); il restante 18% delle segnalazioni riguarda eventi non codificati dalla classificazione offerta dal database regionale.

Quanto agli esiti, nel 2,7% delle segnalazioni è riportato un livello severo (livello 7-8), nel 17,1% delle segnalazioni è riportato un livello moderato (livello 5-6) mentre, nel 80,2% dei casi, minore (da nessun esito a livello 4).

4 degli eventi segnalati con IR rappresentava, per livello di esito sul

	paziente/operatore, un evento sentinella.
<i>Interventi / azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</i>	In esito alle singole segnalazioni ricevute sono state intraprese diverse azioni di miglioramento la cui individuazione ha richiesto in alcuni casi specifici la conduzione di SEA (Significant Event Audit) supportati dalla U.O.S. Rischio Clinico. In particolare: incontri d'équipe in cui sono stati forniti chiarimenti su procedure e/o buone pratiche per la sicurezza (identificazione paziente, corretta tenuta della documentazione sanitaria, prevenzione e gestione dell'evento caduta e corretta segnalazione dello stesso, etc.).
<i>Valutazione dei risultati e prospettive future</i>	L'adesione degli operatori alla segnalazione spontanea degli eventi avversi e dei near miss tramite IR risulta soddisfacente dal punto di vista quantitativo (incremento del numero di segnalazioni/anno) e sempre più adeguata anche dal punto di vista qualitativo. Sono inoltre previste iniziative di sensibilizzazione e formazione nei confronti di contesti clinico-assistenziali che, dall'azione di periodico monitoraggio effettuata, risultano meno propensi al reporting.

SCHEDA NR. 2. RECLAMI/SUGGERIMENTI URP DI INTERESSE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO – SONO RIPORTATI I DATI RELATIVI AL 2018 NELL'IMPOSSIBILITA' DI CONSOLIDARE QUELLI RELATIVI AL 2019 STANTE L'EMERGENZA SARS-COV2 IN CORSO



<p><i>Letteratura / Normativa di riferimento</i></p>	<ul style="list-style-type: none">- Decreto Legislativo 3 febbraio 1993, n. 29 “Razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego”- Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 11 ottobre 1994 “Direttiva sui principi per l'istituzione ed il funzionamento degli URP”- Legge 7 giugno 2000, n. 150 “Disciplina delle attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni”- Legge regionale 6 settembre 1993, n. 32 “Norme per la disciplina del procedimento amministrativo e del diritto di accesso”, modificata con la Legge regionale 23 dicembre 2016 n. 25 "Disposizioni collegate alla Legge regionale di stabilità per il 2017”- “Sistema informativo segnalazioni URP sanità - Linee Guida regionali per la gestione dell'istruttoria”, RER, Dicembre 2008;- Delibera D.G. AUSL Modena nr. 80/2007 “Approvazione del regolamento della procedura di gestione delle segnalazioni dei cittadini”.- “Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie”, Report regionale 2004.
<p><i>Descrizione dello strumento / flusso informativo</i></p>	<p>Il Sistema di gestione delle segnalazioni dei cittadini consente di registrare gli eventi che per i cittadini hanno natura di incidente (percezione di un danno subito, indipendentemente dal fatto che tale danno sia oggettivo o che per tale danno venga richiesto un risarcimento) e, di conseguenza, di indicare aree organizzative che necessitano di miglioramento. In particolare, rivestono interesse ai fini della Gestione del Rischio le segnalazioni dei cittadini aventi perlopiù carattere di reclamo, riferite nella stragrande maggioranza dei casi ad aspetti tecnico-professionali e, in misura nettamente inferiore, ad aspetti economici, organizzativi-burocratici-amministrativi, di umanizzazione e relazionali nonché strutturali.</p>

Analisi del rischio ed eventuali criticità / aree di intervento

In relazione a quanto riportato in premessa, i dati attualmente disponibili fanno riferimento al 2018, anno in cui sono state presentate n. 115 segnalazioni significative per la sicurezza delle cure (pari al 4,1% delle segnalazioni totali. Si precisa che nei dati sono comprese anche le segnalazioni riferite ad eventi occorsi presso l'Ospedale di Baggiovara nel periodo in cui era sotto la responsabilità dell'Azienda Usl di Modena, ovvero 13 casi).

Di queste 115 segnalazioni, 113 sono reclami (pari al 22% dei reclami complessivi) e 2 sono rilievi (pari allo 0,1% dei rilievi).

Tali dati documentano un lieve decremento rispetto a quanto rilevato nel 2017 (9 segnalazioni).

Si riporta il dettaglio delle segnalazioni di interesse per la Gestione del Rischio (macrocategoria di contenuto):

- aspetti tecnico-professionali: 102;
- aspetti economici: 8;
- aspetti organizzativi-burocratici-amministrativi: 2;
- umanizzazione e aspetti relazionali: 2;
- aspetti strutturali: 1.

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

Dal raffronto complessivo per area dipartimentale dei dati disponibili di interesse per la Gestione del Rischio e la sicurezza, nel 2018 emergeva come gli ambiti maggiormente esposti al conflitto (segnalazioni URP/reclami) e al contenzioso medico-legale fossero quelli relativi all'area chirurgica, alle Cure Primarie, all'Emergenza-Urgenza e alla Medicina interna e Riabilitazione, ambiti sui quali resta alta l'attenzione dell'organizzazione rispetto al miglioramento della qualità delle prestazioni sia dal punto vista tecnico che relazionale.

L'esperienza maturata negli anni ha suggerito l'importanza di una ulteriore implementazione del livello di analisi "ragionata" dei contenuti delle segnalazioni URP valutate come di interesse per la Gestione del Rischio. Questo, ancorché risulti di particolare impegno per le Strutture coinvolte, potrebbe consentire di perfezionare la visuale del "percepito" del cittadino rispetto alle singole prestazioni tecnico-professionali con l'opportunità di intraprendere azioni di miglioramento mirate e tempestive quando e se necessario.

Nel corso del 2019, pertanto, si è ritenuto opportuno implementare ulteriormente il consolidato percorso di collaborazione tra U.O.S. Rischio

	<p>Clinico, e più in generale Medicina legale, e URP per la condivisione ragionata dei reclami (codici gialli e rossi) di interesse per la gestione del rischio, finalizzato a migliorare i rapporti con l'utenza e recuperare un rapporto di fiducia tra le parti.</p> <p>In particolare, nel corso degli ultimi mesi del 2019, è stata condivisa con tutti i responsabili URP aziendali una diversa e nuova modalità operativa di condivisione dei flussi informativi che avviene "in tempo reale", ovvero compatibilmente con la tempistica normalmente necessaria alla conclusione dell'iter di gestione della segnalazione da parte dell'URP, inerente le segnalazioni che riportano sia un rischio manifesto, ovvero una conseguenza dichiarata dal segnalante che anche un rischio potenziale.</p>
<p><i>Valutazione dei risultati e prospettive future</i></p>	<p>Tale nuova modalità di condivisione, avviata in via sperimentale già a far tempo da novembre 2019, consentirà di monitorare, pressoché in tempo reale, anche il flusso delle segnalazioni dei cittadini consentendo un opportuno confronto con le ulteriori fonti informative a disposizione del Rischio Clinico e favorendo, laddove indicato e/o richiesto, l'implementazione condivisa di eventuali azioni di miglioramento tempestive rispetto al verificarsi dell'evento/quasi evento.</p> <p>La funzionalità del progetto sarà costantemente monitorata nella fase sperimentale da entrambi i Servizi e, laddove se ne ravvisasse la necessità, eventuali modifiche, integrazioni e implementazione delle modalità operative sin qui delineate saranno approntate in corso d'opera.</p> <p>Fondamentale poi la collaborazione URP-Risk Management finalizzata al mantenimento di un canale di comunicazione e di collaborazione con i Comitati Consultivi Misti, le Associazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini per un loro attivo coinvolgimento rispetto all'ambito della sicurezza delle cure e alle iniziative intraprese in tal senso dall'organizzazione.</p>

SCHEDA NR. 3. RICHIESTE DI RISARCIMENTO DANNI



<i>Letteratura / Normativa di riferimento</i>	<ul style="list-style-type: none">- DGR n. 1706/2009 integrata dalla delibera di Giunta regionale n. 2108 del 21.12.2009: "Individuazione di aree di miglioramento della qualità delle cure e integrazione delle politiche assicurative e di gestione del rischio";- DGR n. 1349/2012 "Approvazione del progetto di Legge Regionale recante: Norme per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli enti del Servizio Sanitario Regionale";- DGR n. 1350/2012 di approvazione del "Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile nelle Aziende Sanitarie" e DGR n. 2079/2013;- LR n. 13/2012: "Norme per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli enti del Servizio Sanitario Regionale";- DGR n. 1061/2016 RER ("Programma regionale gestione diretta dei sinistri");- DGR n. 977/2019 Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale per l'anno 2019.
<i>Descrizione dello strumento / flusso informativo</i>	<p>Coerentemente a quanto sancito dalla normativa regionale di riferimento, la Gestione del Rischio rappresenta lo strumento con il quale le Aziende Sanitarie prevengono le conseguenze indesiderate dell'attività sanitaria, integrando le funzioni di analisi dei fenomeni e di correzione delle condizioni che facilitano l'errore con quelle di riparazione e risarcimento.</p> <p>Sino a novembre 2015 la copertura assicurativa dell'Azienda USL di Modena è stata garantita da Compagnia Assicurativa. A far tempo dall'1 dicembre 2015, l'AUSL è entrata a far parte delle Aziende che aderiscono al programma di cosiddetta "autogestione dei sinistri".</p> <p>L'analisi della sinistrosità consente di arricchire, con una visione più articolata degli eventi avversi e delle criticità aziendali, la mappatura dei rischi a livello aziendale. L'integrazione delle funzioni di gestione del rischio clinico con quelle di gestione dei sinistri è anche assicurata dall'analisi strutturata del contenzioso nell'ambito del Comitato Valutazione Sinistri (CVS), organismo aziendale composto da</p>

	<p>professionisti con competenze giuridico-assicurative e medico-legali, che ha l'obiettivo di valutare collegialmente i sinistri già istruiti garantendo un tempestivo e congruo risarcimento del danno, qualora ne venga accertata la sussistenza. Il coinvolgimento della funzione Rischio Clinico all'interno del CVS, di fatto, assicura una più diretta conoscenza - da parte dell'Azienda - del fenomeno della sinistrosità e una puntuale individuazione dei dati di rilievo finalizzata anche ad approfondire aspetti di gestione del rischio e a monitorare eventuali azioni di miglioramento implementate.</p> <p>Tale integrazione viene inoltre garantita dal diretto coinvolgimento dei professionisti Medico legali afferenti la S.C. Medicina legale e Risk Management mediante istruttoria documentale di ciascun sinistro, visita dei soggetti danneggiati e stesura di parere medico legale di valutazione del danno.</p> <p>Viene inoltre assicurata la regolare alimentazione dello specifico database regionale dedicato al contenzioso con conseguente possibilità di ottenere una specifica reportistica della sinistrosità aziendale aggregata per aree/tematiche di particolare criticità.</p>
<p><i>Analisi del rischio ed eventuali criticità / aree di intervento</i></p>	<p>Dal punto di vista numerico, nel triennio 2015-2017, l'andamento delle contestazioni (n° di sinistri aperti/anno) aventi a oggetto aspetti di presunta inadeguatezza tecnico-professionale con danno alla persona, ha registrato una progressiva deflessione (anno 2015: n. 148; anno 2016: 100; anno 2017: 60); ciò, evidentemente anche in relazione al fatto che, a far tempo dal 1 gennaio 2017, l'Ospedale di Baggiovara è gestito dall'A.O.U. di Modena e non più da questa azienda.</p> <p>Nell'anno 2019 le richieste di risarcimento pervenute risultano 75 (69 per danni alla persona e 6 per danni a cose/smarrimenti protesi/etc.), dato sostanzialmente stabile rispetto all'anno precedente (nel 2018, n. 74). La valutazione della tipologia di accadimenti correlati all'assistenza per i quali gli aventi diritto hanno avanzato richiesta di risarcimento danni mette in evidenza, anche per il 2019, in maniera sostanzialmente sovrapponibile ai dati rilevati nel triennio precedente, un maggior coinvolgimento delle aree chirurgiche (Chirurgia generale e Ortopedia), specie quando interconnesse con l'ambito dell'Emergenza-Urgenza. Prevalgono, inoltre, così come accaduto negli anni precedenti, le richieste di risarcimento riferite a prestazioni erogate in ambito ospedaliero piuttosto che a livello territoriale.</p> <p>Nel 2019 il Comitato Valutazione Sinistri si è riunito in 11 sedute collegiali</p>

	<p>nel corso delle quali sono stati discussi complessivamente 121 casi (relativi a richieste di risarcimento pervenute anche in anni precedenti, di cui 108 in gestione diretta, 13 residuo dei casi in assicurazione).</p>
<p><i>Interventi / azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</i></p>	<p>Nell'ambito dei Pronto Soccorso aziendali, proseguono interventi di miglioramento tecnologici finalizzati a supportare i professionisti nella valutazione dei casi e nel percorso decisionale diagnostico-terapeutico. Sull'attività chirurgica è rivolta costantemente una particolare attenzione attraverso il monitoraggio delle buone pratiche clinico-assistenziali e la verifica del livello di adesione alle procedure di sicurezza (osservazioni dirette in sala operatoria, utilizzo SSCL, safety walkaround nelle Unità Operative chirurgiche, etc.).</p> <p>Oltre a ciò, la necessità di dare concreta applicazione all'art. 13 della L. 24/2017, ha portato ad organizzare in modo più assiduo e strutturato gli incontri con i singoli professionisti coinvolti nei casi oggetto di contestazione: questi incontri, ineludibili e finalizzati specificamente informativa <i>ex lege</i>, vengono ad assumere anche valenza formativa laddove si condividono con i diretti interessati le opportunità di miglioramento di alcuni aspetti della pratica clinica (ad es: gestione del processo informativo e acquisizione del consenso, redazione e tenuta della documentazione sanitaria, prevenzione rischio infettivo, etc.).</p> <p>Infine, sono stati organizzati specifici momenti formativi rivolti agli operatori sanitari in tema di gestione diretta dei sinistri così come previsto dall'attuale assetto organizzativo regionale e in tema di responsabilità professionale sanitaria, con particolare riferimento alle novità introdotte della Legge Gelli.</p>
<p><i>Valutazione dei risultati e prospettive future</i></p>	<p>Si conferma la necessità di mantenere alta l'attenzione e di implementare l'utilizzo dei dati utili ai fini della gestione del rischio direttamente desumibili dall'analisi del contenzioso aziendale, questo a prescindere dalla fondatezza o meno delle richieste risarcitorie, finalizzato a indirizzare le attività di analisi e prevenzione del rischio clinico in quelle aree ove sono emersi, anche solo come percepito da parte dei cittadini, elementi meritevoli di approfondimento e monitoraggio. Prevista anche nel 2020, compatibilmente con l'evoluzione dell'emergenza sanitaria SARS-COV2 in corso, la formazione rivolta agli operatori sanitari di cui sopra.</p>

SCHEDA NR. 4. RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI PER LA SICUREZZA DELLE CURE



<p><i>Letteratura / Normativa di riferimento</i></p>	<ul style="list-style-type: none">- Ministero della Salute, Raccomandazioni per la sicurezza delle cure nn. 1-19;- Regione Emilia-Romagna, Raccomandazioni regionali per la sicurezza delle cure nn. 1-4;- DGR n. 977/2019 Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale per l'anno 2019.
<p><i>Descrizione dello strumento / flusso informativo</i></p>	<p>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 sin dal 2005 nella stesura e diffusione di "Raccomandazioni" per la prevenzione di eventi sentinella. Risultano pubblicate dal Ministero della Salute (sezione del sito dedicata a qualità e sicurezza delle cure) 19 Raccomandazioni per le quali la Regione E-R, in collaborazione con AGENAS, richiede, con cadenza annuale, il monitoraggio dello stato di implementazione. Il monitoraggio, che ha una finalità essenzialmente conoscitiva e di supporto al miglioramento continuo della qualità e della sicurezza delle cure, prevede la compilazione di un questionario di autovalutazione del livello di implementazione di ciascuna raccomandazione e della checklist per la sicurezza in sala operatoria (SSCL), supportato da relative griglie. Per il 2019 il monitoraggio ha interessato 17 raccomandazioni.</p>
<p><i>Analisi del rischio ed eventuali criticità / aree di intervento</i></p>	<p>L'AUSL di Modena ha puntualmente aderito al monitoraggio provvedendo alla compilazione dello specifico questionario entro i termini previsti e inserendo anche, dal 2016, la documentazione attestante l'implementazione a livello aziendale delle Raccomandazioni Ministeriali e i relativi aggiornamenti. L'adesione al monitoraggio AGENAS ha evidenziato,</p>

	<p>già a far tempo dal 2016, un buon livello di implementazione aziendale delle raccomandazioni ministeriali: 10 raccomandazioni su 17 risultavano infatti recepite con documentazione rispondente ai criteri definiti dal livello regionale e le restanti 7 recepite in parte (es.: presenza di documentazione non unitaria prodotta dalle singole U.O./Presidi/Dipartimenti). Nel 2017 sono state pubblicate <i>ex novo</i>/revisionate e aggiornate le procedure aziendali relative a 9 raccomandazioni; è stata inoltre elaborata la procedura aziendale sulle corrette modalità di utilizzo della SSCL in sala operatoria. Nel 2018 sono state pubblicate le revisioni delle procedure aziendali relative alle raccomandazioni 5 e 14.</p>
<p><i>Interventi / azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</i></p>	<p>Attraverso la costituzione di specifici gruppi di lavoro, nel corso del 2019, sono state ulteriormente revisionate le procedure aziendali/interaziendali relative alle seguenti raccomandazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Racc. 1, 7, 12, 14, 17, 18 in tema di sicurezza del farmaco; - Racc. 8 in tema di prevenzione degli atti violenti verso gli operatori sanitari; - Racc. 13 in tema di prevenzione delle cadute in ospedale. <p>E' stata inoltre revisionata la procedura aziendale sulle corrette modalità di utilizzo della Check List di Sicurezza in sala operatoria con particolare riferimento all'adozione della Check list informatizzata per gli interventi di cataratta e di chirurgia ambulatoriale.</p>
<p><i>Valutazione dei risultati e prospettive future</i></p>	<p>Per l'anno 2020 è prevista, da parte del Dipartimento interaziendale farmaceutico, una revisione interaziendale di alcune procedure relative alle Raccomandazioni n. 1, 7, 12, 14, 17, 18 e 19; sono stati pianificati dei momenti formativi al fine di diffondere la conoscenza e la corretta applicazione delle indicazioni e degli aggiornamenti contenuti nelle procedure con priorità dedicata al tema del corretto processo di identificazione del paziente, sicurezza trasfusionale, sicurezza della gestione farmacologica e dei dispositivi medici, sicurezza del percorso chirurgico (SSCL), della prevenzione degli atti di violenza verso l'operatore e delle cadute.</p>

SCHEDA NR. 5. PREVENZIONE CADUTE DELLE PERSONE ASSISTITE



<p><i>Letteratura / Normativa di riferimento</i></p>	<ul style="list-style-type: none">- Ministero della Salute, “Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie ministeriale”, raccomandazione n. 13, novembre 2011;- Regione Emilia Romagna, “Linee di indirizzo su prevenzione e gestione delle cadute del paziente in ospedale”, dicembre 2016;- DGR n. 977/2018 Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale per l’anno 2019.
<p><i>Descrizione dello strumento / flusso informativo</i></p>	<p>Le cadute accidentali rappresentano il più comune evento avverso negli ospedali, riguardano soprattutto i pazienti anziani e comportano non solo danni diretti strettamente correlati al trauma ma, anche, un incremento dei costi sanitari e sociali (prolungamento della degenza, attività diagnostiche e terapeutiche aggiuntive, risarcimento di eventuali danni permanenti, etc.).</p> <p>Da diversi anni l’Azienda USL di Modena è impegnata sul tema della prevenzione delle cadute in ospedale. Sin dal 2012 sono state recepite le indicazioni di cui alla Raccomandazione ministeriale n. 13 in una specifica procedura aziendale (revisionata nel 2019). Ciascun episodio di caduta segnalato è oggetto, da parte della U.O.S. Rischio Clinico, di opportune valutazioni e analisi finalizzate ad un costante monitoraggio del fenomeno, all’attivazione, qualora necessario, di approfondimenti specifici in associazione con i professionisti coinvolti nonché all’individuazione di possibili azioni di miglioramento.</p> <p>A far tempo dal 2012, inoltre, è stata istituita una specifica piattaforma aziendale informatizzata che raccoglie tutte le segnalazioni consentendo alle Unità Operative, alle Direzioni competenti e alla U.O.S. Rischio Clinico di monitorare gli eventi in tempo reale e analizzare i dati per le opportune ulteriori valutazioni.</p> <p>Le attività di individuazione/analisi e riduzione/controllo dei rischi in tema di cadute a livello aziendale sono descritte nel documento di programmazione “Piano Aziendale Prevenzione Cadute 2018-2019” e</p>

	<p>aggiornate all'interno del Piano-programma aziendale per la Sicurezza delle Cure e la Gestione del rischio 2020-2022.</p>
<p><i>Analisi del rischio ed eventuali criticità / aree di intervento</i></p>	<p>All'interno dei documenti aziendali sono stati identificati gli interventi strutturali, organizzativi e procedurali per la valutazione del rischio e la documentazione dei piani personalizzati per la riduzione del rischio di cadute, al fine di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - adottare e implementare strategie multidimensionali e multiprofessionali finalizzate alla prevenzione del rischio di caduta dei pazienti ricoverati; - promuovere una gestione tempestiva ed appropriata del paziente caduto, al fine di ridurre le conseguenze; - sensibilizzare gli operatori sanitari, i pazienti e i loro familiari sul fenomeno ed i relativi strumenti di prevenzione. <p>La conoscenza del fenomeno all'interno della propria organizzazione (analisi qualitativa e quantitativa degli episodi di caduta) è nucleo centrale e presupposto di qualsiasi piano di prevenzione. La reportistica, condivisa nei contenuti minimi con il livello regionale, ha registrato per l'anno 2019 tassi di caduta per 1000 giornate di degenza aziendali pari a 1,44 cadute/1000 gg degenza. In particolare: ospedale: 1,36 cadute/1000 gg di degenza, con specifiche aree di rischio identificabili nell'area medica (acuti e post-acuti); degenze territoriali (OsCo): 2,95 cadute/1000 gg di degenza; degenza Salute Mentale (SPDC): 1,41 cadute/1000 gg di degenza.</p> <p>Il tasso aziendale complessivo pari a 1,44 cadute/1000 gg di degenza, risulta sostanzialmente in linea con l'ultima media regionale disponibile (anno 2017) che si attestava a 1,5 cadute per 1000 gg di degenza.</p>
<p><i>Interventi / azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</i></p>	<p>Nel 2017 l'AUSL di Modena ha partecipato al programma di implementazione delle Linee di Indirizzo Regionali in tema di prevenzione e gestione delle cadute nei pazienti ricoverati aderendo con 4 Unità operative al Progetto pilota proposto dal livello regionale (partecipazione degli operatori a FAD dedicata e conduzione di audit strutturati).</p> <p>Nel 2018, coerentemente agli obiettivi definiti dalla DGR n. 919/2018 in tema di prevenzione e gestione degli eventi di caduta in ospedale, è stata estesa la formazione FAD specifica sulle Linee di Indirizzo Regionali al personale Medico e Infermieristico delle UU.OO. di degenza.</p> <p>Oltre a ciò è stato ridefinito e aggiornato il Piano Aziendale Prevenzione Cadute (PAPC), allineandolo all'implementazione del modello assistenziale</p>

	<p>GNNN a cura della Direzione delle Professioni Sanitarie.</p> <p>Nel 2019, a seguito del completamento dell'implementazione del modello assistenziale GNNN nelle UU.OO. di degenza, è stata revisionata la procedura aziendale ed è stato aggiornato il PAPC includendolo nel Piano-Programma per la Sicurezza delle Cure e Gestione del Rischio 2020-2022.</p> <p>L'AUSL di Modena, anche nel 2019, ha aderito ad un progetto regionale ideato specificamente per la prevenzione delle cadute sul territorio nei soggetti anziani a rischio.</p>
<p><i>Valutazione dei risultati e prospettive future</i></p>	<p>In relazione all'implementazione del modello assistenziale GNNN finalizzato alla valutazione del rischio caduta e alla sua prevenzione nonché alla progressiva crescente sensibilizzazione degli operatori al tema della segnalazione delle cadute, nel 2019, si è evidenziata una leggera flessione dei tassi per le degenze ospedaliere e della Salute Mentale SPDC mentre si è rilevato un aumento per le degenze territoriali (OsCO).</p> <p>Come descritto nel Piano Aziendale Prevenzione Cadute, anche per il 2020, rimane precipuo obiettivo dell'organizzazione potenziare e completare le strategie di prevenzione attuate ed attuabili in ospedale e nelle strutture sanitarie del territorio.</p>

SCHEDA NR. 6. SURGICAL SAFETY CHECKLIST (SSCL)



Letteratura/Normativa di riferimento

- WHO guidelines for safe surgery: 2009: safe surgery saves lives;
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, “Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist”, ottobre 2009;
- RER, Agenzia sanitaria e sociale regionale, “Raccomandazioni per la sicurezza in sala operatoria”, Febbraio 2010 Regione Emilia-Romagna, progetto “Rete delle sale operatorie sicure (SOS.net)”, 2010;
- DM 2 aprile 2015, n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera” (Standard generali di qualità per i presidi ospedalieri – Gestione del Rischio clinico);
- Circolare regionale n.18/2016 “Specifiche per la gestione della check list di Sala Operatoria (SSCL) e infezioni del sito chirurgico (SiChER)”;
- DGR n. 977/2019 Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale per l’anno 2019.

Descrizione dello strumento/ flusso informativo

L’OMS ha costruito una checklist per la sicurezza in sala operatoria (Surgical Safety Checklist – SSCL), supporto alle équipes operatorie finalizzato alla verifica sistematica dell’adesione alle raccomandazioni sulla sicurezza in sala operatoria e alla riduzione della mortalità e delle complicanze post-operatorie.

La SSCL è costituita da 20 item di controllo che devono essere verificati nel corso delle varie fasi dell’intervento chirurgico (pre, intra e post-intervento).

A far tempo dal 2010, l’applicazione della SSCL nella Azienda USL di Modena è stata progressivamente implementata nell’ambito del progetto RER SOS.net.

Dal 2015 viene utilizzata trasversalmente da tutte le specialità chirurgiche su ogni intervento in S.O. condotto su pazienti ricoverati, anche in regime

	<p>di emergenza, compatibilmente con la criticità clinica del caso specifico.</p> <p>Dal 2018 sono state inoltre introdotte 2 ulteriori specifiche checklist di controllo di cui una relativa a interventi oculistici di cataratta (su indicazione della Regione E-R) e, un'altra, per gli interventi svolti in regime ambulatoriale.</p>
<p><i>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</i></p>	<p>Gli elementi di rischio evidenziati sulla base dei dati disponibili su cui è necessario porre maggior attenzione riguardano, in particolare, la marcatura del sito chirurgico e la comunicazione/coordinamento tra i membri dell'equipe in sala operatoria e nell'intero percorso di gestione dell'assistito (dall'immissione in lista operatoria sino al follow-up post-chirurgico).</p>
<p><i>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Analisi qualitativa dell'implementazione della SSCL tramite l'osservazione diretta da parte di valutatori (progetto RER "OssERvare"). - Monitoraggio della compilazione della checklist attraverso reportistica, disponibile in tempo reale, accessibile agli operatori delle équipes locali SSCL (ospedali della rete), riportante un minimum dataset di indicatori condivisi a livello aziendale. - Sulla base dei dati rilevati (OssERvare e monitoraggi) e confrontati con il ritorno informativo regionale del flusso SSCL, le équipes locali SSCL dei singoli ospedali, coordinate da quella aziendale, hanno proseguito l'attività di individuazione di aree/azioni di miglioramento, definendo e implementando progetti <i>ad hoc</i> per i blocchi operatori e le specifiche UU.OO. chirurgiche.
<p><i>Valutazione dei risultati e prospettive future</i></p>	<p>Nel 2019 la checklist è stata applicata a oltre 12.000 interventi (9.595 per procedure su assistiti ricoverati e 2.740 per interventi in regime ambulatoriale), consentendo, nel 93% dei casi, la verifica del regolare svolgimento dei controlli di sicurezza e, nel 7% dei casi, l'intercettazione di non conformità, puntualmente gestite e risolte a garanzia della sicurezza della procedura attuata.</p> <p>L'analisi dei dati e la condivisione delle possibili azioni di miglioramento è stata condivisa con le équipes locali e con i colleghi dei Dipartimenti coinvolti (Attività Chirurgiche e Ginecologia, Ostetricia e Pediatria). Per il 2020 è stata programmata specifica formazione rivolta a tutti i professionisti coinvolti nel percorso chirurgico, che si svolgerà compatibilmente con l'evoluzione dell'emergenza sanitaria SARS-COV2 in corso.</p>

SCHEDA NR. 7. GOVERNO DEL RISCHIO INFETTIVO - SONO RIPORTATI I DATI RELATIVI AL 2018 NELL'IMPOSSIBILITA' DI CONSOLIDARE QUELLI RELATIVI AL 2019 STANTE L'EMERGENZA SARS-COV2 IN CORSO



<p><i>Letteratura / Normativa di riferimento</i></p>	<ul style="list-style-type: none">- DGR 318 del 2013 “Linee di indirizzo alle Aziende per la gestione del rischio infettivo: infezioni correlate all’assistenza e uso responsabile degli antibiotici”, Regione Emilia Romagna;- Piano Nazionale di Contrasto dell’Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020;- Il Piano della Prevenzione 2015 – 2018 della Regione Emilia Romagna;- DM 2 aprile 2015, n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera” (Standard generali di qualità per i presidi ospedalieri – Gestione del Rischio clinico);- Circolare regionale n.18/2016 “Specifiche per la gestione della check list di Sala Operatoria (SSCL) e infezioni del sito chirurgico (SiChER)”;- DGR n. 977/2019 Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale per l’anno 2019.
<p><i>Descrizione dello strumento / flusso informativo</i></p>	<p>Con la DGR 318 la Regione Emilia Romagna chiede alle Aziende Sanitarie di darsi una formale organizzazione finalizzata al Governo del rischio infettivo fortemente integrata con la funzione aziendale di Risk Management.</p> <p>L’Azienda USL di Modena, pertanto, ha istituito:</p> <ul style="list-style-type: none">- il “Nucleo Strategico”, multiprofessionale e multidisciplinare presieduto dal Direttore Sanitario, che tra le diverse funzioni definisce il Programma annuale delle attività per il controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza (ICA) e l’uso responsabile degli antibiotici sulla base degli indirizzi regionali- I “Nuclei Operativi” per il controllo delle ICA e l’uso responsabile degli

	<p>antibiotici che hanno la funzione di attuare il Programma suddetto.</p> <p>La funzione rischio clinico è rappresentata in entrambi i nuclei ed è interlocutore costante della struttura deputata al controllo delle ICA sia nelle attività di analisi/approfondimento che nell'elaborazione/condivisione delle strategie di intervento. L'azienda USL di Modena, con il Coordinamento del Dipartimento di Sanità Pubblica ha poi correttamente recepito le indicazioni del PRP (2015-2018).</p>
<p><i>Analisi del rischio ed eventuali criticità / aree di intervento</i></p>	<p>Nel 2018 il Nucleo Strategico ha definito un programma delle attività i cui contenuti risultano in continuità con quelli del 2017 e, così come per l'anno precedente, sono state individuate tre macroaree di intervento: Sorveglianza e Controllo delle ICA, Antimicrobial Stewardship e Formazione.</p>
<p><i>Interventi / azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</i></p>	<p>Sorveglianza e Controllo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sorveglianza a partire dal Laboratorio Provinciale di Microbiologia Clinica di alert organism (Enterobatteri resistenti ai carbapenemi, Clostridium difficile, Legionella pneumophila, Acinetobacter baumannii multiresistente, Stafilococco aureo meticillino resistente, Stafilococco coagulasi negativo resistente a linezolid); - sorveglianza attiva degli Enterobatteri produttori di carbapenemasi ed in particolare adempimento al flusso informativo relativo alle batteriemie da Klebsiella pneumoniae ed Escherichia coli produttori di carbapenemasi previsto dalla Circolare del Ministero della Salute del 26/02/2013. - adesione al Protocollo Regionale di Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (SiChER); - attività di miglioramento della pratica dell'Igiene delle mani: <ul style="list-style-type: none"> o osservazioni per rilevare il grado di adesione all'igiene delle mani nelle Unità Operative degli Ospedali del Presidio; o monitoraggio trimestrale del consumo di gel alcolico quale indicatore indiretto del grado di adesione all'igiene delle mani e del sapone nelle Unità Operative degli Ospedali del Presidio; o tutoraggio nei reparti da parte delle Infermiere esperte nella gestione del rischio infettivo; o rilevazione del consumo di prodotti idroalcolici, relativo al 2017, nelle Case Residenza per Anziani (CRA); o avvio della definizione di una rete di "osservatori" per la rilevazione del grado di adesione all'igiene delle mani nelle CRA: nel 2018 sono state coinvolte 12 CRA distribuite sull'intero

territorio provinciale; nel corso del 2019, il progetto sarà esteso ad altre CRA;

- Iniziative per celebrare la Giornata mondiale dell'Igiene delle Mani.

Antimicrobial stewardship:

- presentazione delle flow-chart per la diagnosi e il trattamento delle infezioni delle vie urinarie complicate e non complicate e della BPCO riacutizzata ai Nuclei di Cure Primarie (Medici Medicina Generale);
- definizione di flow-chart per la gestione delle infezioni pediatriche delle vie urinarie (per i bambini di età compresa tra 3 e 36 mesi e per i bambini di età superiore a 36 mesi) e di una brochure per le polmoniti acquisite in comunità;
- attività dell'Infettivologo per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici direttamente nei reparti del Presidio Ospedaliero e in ambito territoriale.

Formazione:

- corso di formazione "Antibioticoresistenza e Infection control" presso alcune strutture private accreditate;
- corso di formazione in tema di prevenzione dell'influenza nei contesti assistenziali, rivolto al personale Ospedaliero e del Territorio;
- corso di formazione in tema di prevenzione delle infezioni da Clostridium difficile nelle Unità Operative internistiche dell'Ospedale di Pavullo;
- corso di formazione in tema di gestione del rischio infettivo rivolto al Dipartimento di Medicina Interna e Riabilitativa.

*Valutazione dei
risultati e
prospettive future*

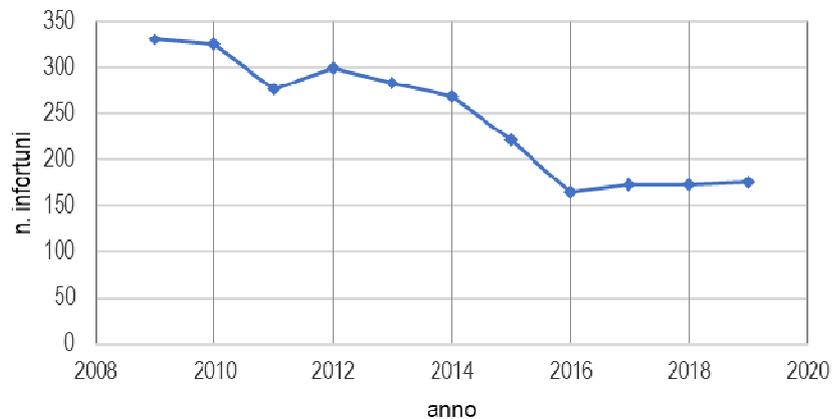
L'attuazione delle attività pianificate nel corso del 2018 è oggetto di costante monitoraggio e sono in corso, nel rispetto degli obiettivi stabiliti, gli interventi di implementazione. Il programma delle attività viene aggiornato annualmente e, anche per il 2019, il proposito è quello di dare continuità allo sviluppo dell'azione di governo del rischio infettivo attraverso il consolidamento delle attività già avviate ovvero attraverso l'attivazione di nuovi progetti.

SCHEDA NR. 8. SICUREZZA DEGLI OPERATORI E DELL'AMBIENTE DI LAVORO



<i>Letteratura/Normativa di riferimento</i>	<ul style="list-style-type: none">- National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH): Violence – Occupational Hazard in Hospitals. April 2002;- Raccomandazione n. 8 per la prevenzione della violenza a danno degli operatori sanitari, Regione Emilia-Romagna, 2010;- D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. e D.Lgs. 230/95.
<i>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</i>	<p>Gli infortuni sono eventi negativi per il lavoratore e per l'azienda potendo impattare in termini significativi anche sull'efficienza e sulla qualità dell'assistenza complessivamente erogata. La violenza verso operatore viene definita da NIOSH (2002) come "ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro". Il monitoraggio sistematico del fenomeno infortunistico e/o di violenza verso operatore che coinvolge tutto il personale dipendente consente ai Servizi Prevenzione e Protezione, Sorveglianza Sanitaria, Risk Management e Direzione Sanitaria di rilevare eventuali criticità e mettere in atto tempestivamente eventuali interventi di adeguamento.</p>
<i>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</i>	<p>Gli infortuni sono oggetto di analisi statistica e di dettaglio, monitorati secondo gli standard di riferimento dell'INAIL e dell'osservatorio nazionale SIROH per quanto riguarda gli infortuni con esposizione a rischio biologico. Il fenomeno degli infortuni sul lavoro è in contrazione rispetto agli anni precedenti attestandosi, come rappresentato nella figura sottostante, a 175 eventi (dati relativi a infortuni di carattere generico), al netto degli infortuni in itinere che risultano 63 (a fronte dei 57 del 2018 e degli 82 del 2017). Gli infortuni a matrice biologica risultano pari a 86 per l'anno 2019 (83 nel 2018 e 106 nel 2017).</p>

Andamento degli infortuni generici dal 2009 al 2019



Gli infortuni sono principalmente dovuti alla movimentazione di carichi, alle cadute accidentali e all'urto contro arredi e attrezzature.

Dall'analisi dei flussi informativi interni, gli infortuni sul lavoro attribuibili a episodi di violenza verso operatore per l'anno 2019 sono 35, prevalentemente nell'ambito dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura e Centri di Salute Mentale.

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

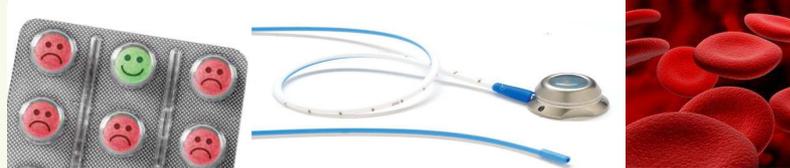
I moduli formativi dedicati alla tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro sono molteplici e consistono, conformemente alle indicazioni contenute nell'Accordo Stato Regioni n. 221/CSR del 21/12/2011, in corsi di formazione generale per Lavoratori, Preposti, Dirigenti per la Sicurezza; corsi di formazione specifica e di aggiornamento e corsi specificatamente dedicati alla formazione di addetti del gruppo gestione emergenza.

Nel 2019 sono inoltre proseguiti i corsi in tema di prevenzione e gestione degli episodi di violenza verso operatore, in particolare dedicati agli operatori dell'area dell'emergenza-urgenza e di front-office.

Sono proseguiti i sopralluoghi nell'ambito del progetto Vi.Si.T.A.RE. "Visite per la sicurezza" (Safety Walkround) secondo il modello Regionale Vi.Si.T.A.RE che prevede visite ed osservazioni dirette nei vari contesti clinico-assistenziali da parte di un team dedicato composto da un referente della Direzione Sanitaria, un operatore del Servizio di Prevenzione e Protezione congiuntamente al Risk Manager e/o suo delegato. Tale progetto ha la finalità di promuovere la connessione tra le reti della sicurezza stimolando un approccio etico alla tematica, verificando il livello di implementazione delle Raccomandazioni ministeriali e delle buone pratiche per la sicurezza degli operatori ed evidenziando le problematiche eventualmente correlate

	<p>alla loro applicazione. Qualora dovessero emergere, nei contesti coinvolti, sulla base delle indicazioni vigenti (normative, raccomandazioni ministeriali, linee di indirizzo, procedure, buone pratiche, etc.), eventuali criticità in tema di sicurezza per gli assistiti e/o gli operatori, dovranno essere individuate e realizzate specifiche azioni di miglioramento alcune delle quali, nel 2019, già realizzate e altre, maggiormente articolate e di ordine tecnico-strutturale, in corso di attuazione.</p> <p>É proseguita la gestione e il monitoraggio delle segnalazioni degli episodi di violenza verso operatore mediante specifico flusso informativo aziendale, attivo dal 1 ottobre 2018 (in precedenza le segnalazioni venivano raccolte mediante Incident Reporting).</p>
<p><i>Valutazione dei risultati e prospettive future</i></p>	<p>Particolarmente proficuo e consolidato il lavoro di gestione integrata del rischio sanitario mediante azioni sinergiche e condivise all'interno dell'organizzazione, tra operatori afferenti il Servizio di Sorveglianza Sanitaria e Prevenzione e Protezione, che si occupano prevalentemente di sicurezza degli operatori e degli ambienti di lavoro, e l'U.O.S. Rischio Clinico. Altrettanto positiva la sostanziale stabilità del numero degli eventi negativi rilevati in tema di sicurezza degli operatori e ambiente di lavoro. Nel 2020 verrà esteso il progetto Vi.Si.T.A.RE ad ulteriori contesti aziendali e proseguiti gli eventi formativi in tema di prevenzione degli episodi di violenza verso operatore (compatibilmente con l'evoluzione dell'emergenza sanitaria SARS-COV2 in corso).</p>

SCHEDA NR. 9. SISTEMI DI VIGILANZA: FARMACOVIGILANZA, DISPOSITIVOVIGILANZA, EMOVIGILANZA



<p><i>Letteratura / Normativa di riferimento</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Raccomandazioni Ministeriali nr. 5 (2008), 7 (2008), 9 (2009), 12 (2010), 14 (2012), 17 (2014); - Decreto Ministero della Salute 30 aprile 2015 “Procedure operative e soluzioni tecniche per un’efficace azione di farmacovigilanza” adottate ai sensi del comma 344 dell’articolo 1 della legge 24 dicembre 2012, n. 228 (Legge di stabilità 2013); - D.Lgs n. 507 del 14 dicembre 1992 e D.Lgs n. 37/2010 del 25 gennaio 2010 (Direttiva UE 90/385-AIMD); - D.Lgs n. 46 del 24 febbraio 1997 e n. 95 del 25 febbraio 1998 e D.Lgs n. 37/2010 del 25 gennaio 2010 (Direttiva 93/42: Dispositivi Medici); - D.Lgs n. 332/2000 (Direttiva 98/79: Diagnostici in Vitro); - Determinazione RER n. 13141/2008 “Linee di indirizzo di vigilanza sui dispositivi medici, sui dispositivi impiantabili attivi e sui dispositivi medico-diagnostici in vitro” (aggiornata 2013); - Nuovo Regolamento sui Dispositivi Medici n.745/17; - Nuovo Regolamento sui Dispositivi Medici Diagnostici in vitro n.746/17; - Decreto Ministeriale 2 novembre 2015 “Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti”; - Direttiva 2005/61/CE, recepita con il decreto legislativo 9 novembre 2007, n 207.
<p><i>Descrizione dello strumento / flusso informativo</i></p>	<p>Farmacovigilanza</p> <p>La Farmacovigilanza è un insieme complesso di attività dirette alla valutazione continua delle informazioni relative alla sicurezza dei farmaci e finalizzate a meglio definire il rapporto rischio/beneficio dei medicinali in commercio. La segnalazione spontanea delle sospette reazioni avverse rappresenta a tutt'oggi il principale sistema che consente l'identificazione precoce delle problematiche di sicurezza nuove o mutate relative ai farmaci, dal quale hanno origine molte delle misure adottate dalle Autorità</p>

regolatorie a tutela della salute pubblica. Si struttura come Rete nazionale che mette in comunicazione l'AIFA, le Regioni, le Aziende sanitarie, gli IRCCS e le industrie farmaceutiche. Tale rete è in collegamento operativo con il network europeo EudraVigilance dell'EMA (Agenzia europea per i medicinali), che raccoglie in un database europeo i dati forniti a livello nazionale. I Medici e tutti gli Operatori Sanitari (Farmacisti, Odontoiatri, Pediatri di Libera Scelta, Infermieri, etc.) sono tenuti a segnalare ogni presunta reazione avversa della quale vengano a conoscenza nell'esercizio dell'attività professionale.

Dispositivovigilanza

Gli operatori sanitari pubblici o privati che nell'esercizio della loro attività rilevano un incidente che coinvolga un dispositivo medico sono tenuti a darne comunicazione al Ministero della Salute, con termini e modalità stabilite dalla normativa. La comunicazione è effettuata direttamente o tramite la Struttura Sanitaria ove avviene l'incidente segnalato, nel rispetto di eventuali disposizioni regionali che prevedano la presenza di referenti per la vigilanza sui dispositivi medici. La comunicazione deve essere inviata altresì al fabbricante o al suo mandatario, anche per il tramite del fornitore del dispositivo medico. Fra i compiti dell'operatore sanitario vi è anche quello di comunicare al fabbricante o al mandatario ogni altro inconveniente che, pur non integrando le caratteristiche dell'incidente, possa consentire l'adozione delle misure atte a garantire la protezione e la salute dei pazienti e degli utilizzatori. La normativa stabilisce gli obblighi in materia di vigilanza sugli incidenti con dispositivi medici per il fabbricante o suo mandatario, in particolare la comunicazione immediata all'autorità competente di tutti gli incidenti di cui sono venuti a conoscenza e di tutte le azioni correttive che sono state intraprese per scongiurare o ridurre i rischi di decesso o serio peggioramento dello stato di salute associati all'utilizzo di un dispositivo medico. In capo al fabbricante vi è anche la responsabilità della gestione di tutti gli altri inconvenienti che non integrano le condizioni per essere considerati dei veri e propri incidenti ma che potrebbero richiedere delle idonee azioni correttive.

Emovigilanza

L'emovigilanza è il sistema di procedure volte alla rilevazione e al monitoraggio delle reazioni gravi e degli eventi avversi gravi relativi al processo trasfusionale; comprende inoltre la sorveglianza delle malattie infettive trasmissibili mediante trasfusioni. Con l'istituzione del Sistema Informativo dei Servizi Trasfusionali (SISTRA, DM 21 dicembre 2007) è stato possibile realizzare il sistema di emovigilanza, coordinato dal Centro

	<p>Nazionale Sangue, che raccoglie le segnalazioni, i dati e le informazioni permettendone una più semplice elaborazione. All'interno di SISTRA esiste un'area dedicata all'emovigilanza, suddivisa in: sorveglianza epidemiologica dei donatori; reazioni indesiderate gravi dei donatori; effetti indesiderati gravi sui riceventi e errori trasfusionali; incidenti gravi. La raccolta di tali informazioni è basata su modelli di notifica introdotti dalla Direttiva 2005/61/CE, recepita con il D.L. 9 novembre 2007, n. 207. Le notifiche sono trasmesse dai Servizi Trasfusionali all'autorità regionale competente. Il referente dell'emovigilanza per la Struttura Trasfusionale raccoglie le segnalazioni interne e provenienti dalle unità di raccolta, le notifica alla struttura regionale di coordinamento tramite il sistema informativo regionale se raccordato con il sistema nazionale (SISTRA) o, dove non presente, direttamente tramite il sistema nazionale (SISTRA).</p>
<p><i>Analisi del rischio ed eventuali criticità / aree di intervento</i></p>	<p>Farmacovigilanza</p> <p>Nel corso del 2019 sono state raccolte ed inserite nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza, complessivamente 427* segnalazioni di cui 355 (pari a 82,9%) relative a farmaci e 73 (pari a 17,1%) relative a vaccini (*una segnalazione riporta come sospetti sia farmaci che vaccini). Il numero di segnalazioni pervenute risulta in leggera crescita rispetto all'anno precedente (+1,4% rispetto al 2018) con un aumento del numero di segnalazioni riferite ai farmaci (+12% rispetto al 2018) a fronte di un calo di quelle relative ai vaccini (-29,8% rispetto al 2018) che, dopo l'incremento registrato nel 2018, si riportano a valori in linea con gli anni precedenti. Il tasso di segnalazione corrispondente è pari a 60,5 segnalazioni ogni 100.000 abitanti, superando pertanto il valore di 30/100.000 definito dall'OMS come "gold standard" per un sistema di farmacovigilanza ritenuto efficiente ed in grado di generare tempestivamente segnali di allarme.</p> <p>La maggioranza delle schede di segnalazione (92,5%) proviene da Medici (Medici Ospedalieri e Specialisti, Medici di Medicina Generale, Medici dei Servizi Vaccinali e Pediatri); il 4,2% proviene da pazienti, cittadini o altre figure professionali non sanitarie (in calo rispetto all'anno precedente, 5,7%); le rimanenti schede provengono per il 2,6% da farmacisti e per lo 0,7% da altri operatori sanitari.</p> <p>Nel 2019, il 32,6% dei casi segnalati è stato ritenuto grave in quanto ha provocato o prolungato il ricovero ospedaliero oppure ha comportato per il paziente una situazione di grande rilevanza clinica. Nonostante il numero dei casi gravi segnalati sia in calo rispetto agli anni precedenti, continua a superare lo standard di qualità proposto dall'OMS, che prevede che almeno</p>

il 30% di reazioni avverse sul totale di quelle segnalate sia grave. Il dato è quindi indice di buona qualità della segnalazione e di particolare attenzione degli operatori alla sicurezza del paziente. Il rimanente 67,4% dei casi segnalati sono stati ritenuti non gravi.

Quanto agli esiti, 2 dei casi segnalati (0,5%) hanno portato al decesso del paziente; gli altri eventi segnalati come gravi per rilevanza clinica o perché hanno comportato ospedalizzazione, invalidità grave o serio pericolo di vita per il paziente, al momento della segnalazione si caratterizzavano per una evoluzione migliorativa o completa risoluzione (66,9%); nell'11,5% dei casi la reazione avversa non si era ancora risolta o lo era con postumi residui; nel 20,1% di questi casi non è stato possibile conoscere l'esito finale.

Nel corso del 2019, 210 segnalazioni sul totale di quelle pervenute sono state inserite direttamente sulla piattaforma web AIFA VIGIFARMACO; si tratta di un dato in crescita rispetto all'anno precedente (49,2% verso 31,4% dell'anno 2018), come da obiettivo regionale.

Ad integrazione delle segnalazioni di sospetta reazione avversa a farmaco, nel corso del 2019 sono altresì pervenute da parte di operatori sanitari 12 segnalazioni di rinvenimento di difetti o presenza di corpi estranei nei medicinali e 5 segnalazioni di eventi indesiderati ascrivibili ad integratori alimentari o altri prodotti di origine naturale, anch'esse importanti nell'ottica di garantire ai pazienti terapie non solo efficaci, ma anche sicure e ben tollerate.

Dispositivovigilanza

Per quanto riguarda la dispositivovigilanza, nel 2019, sono state gestite 41 segnalazioni (a fronte di 33 nel 2015, 39 nel 2016, 27 nel 2017 e 37 nel 2018), a dimostrazione della crescente sensibilità degli operatori nel segnalare gli eventi/quasi eventi. Ben sviluppato il sistema di alert informatizzato che condivide in tempo reale la segnalazione non solo con i contesti clinico-assistenziali interessati ma anche con la Direzione Sanitaria e la funzione di Risk Management. La procedura di segnalazione (e relativa modulistica) tiene conto della normativa vigente e delle indicazioni regionali e nazionali in materia.

Emovigilanza

Infine, per quanto attiene la emovigilanza, nel 2019 le segnalazioni di reazioni avverse inserite in SISTRA dal Servizio di Medicina Trasfusionale dell'AOU Modena sono state 10 per l'Azienda USL di Modena, nessuna configurabile come evento sentinella, a fronte di 14.348 emocomponenti

	<p>richiesti.</p> <p>L'analisi complessiva dei tre flussi delinea una buona consapevolezza da parte degli operatori in tema di segnalazione degli eventi e, di conseguenza, una buona qualità del dato raccolto.</p>
<p><i>Interventi / azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</i></p>	<p>L'analisi dei flussi informativi di cui sopra ha permesso, negli ultimi anni, di pianificare una specifica attività formativa a cura del Dipartimento Farmaceutico, Ingegneria Clinica e Servizio Trasfusionale, in collaborazione con l'U.O.S. Rischio Clinico, in tema di segnalazione obbligatoria prevista dai sistemi di vigilanza.</p> <p>Formazione degli operatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nr. 2 eventi formativi sulla sicurezza ed appropriatezza della terapia trasfusionale in cui è stato ampiamente trattato il tema della segnalazione obbligatoria (emovigilanza) e della corretta gestione della eventuale segnalazione dell'evento sentinella (Raccomandazione n. 5); - prosecuzione, rispetto al 2018, dell'evento formativo FAD (ulteriori 252 operatori formati) in tema di vigilanza sui dispositivi medici in cui vengono approfonditi i criteri e le modalità di segnalazione obbligatoria (dispositivovigilanza).
<p><i>Valutazione dei risultati e prospettive future</i></p>	<p>L'organizzazione ritiene prioritario il proseguimento della formazione relativa al tema dei sistemi di vigilanza. Importante incrementare il livello di analisi condivisa delle segnalazioni in tali ambiti con il Rischio Clinico e individuare strategie di rinforzo e feedback da parte delle strutture di competenza (Dipartimento Farmaceutico, Ingegneria Clinica, Servizio Trasfusionale) agli operatori con la restituzione di reportistiche periodiche specifiche.</p>

CONCLUSIONI

La sicurezza delle cure, che si realizza anche attraverso l'insieme delle attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie, è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività come elemento imprescindibile per l'erogazione di prestazioni di elevata qualità.

Tutto il personale è tenuto alle attività di monitoraggio e prevenzione del rischio messe in atto dalle Strutture Sanitarie, così come chiaramente emerge da specifico dettato normativo, adottando *"...schemi di comportamento, competenze, attitudini e valori di un gruppo che determinano l'impegno, lo stile e il livello di capacità dei programmi per la sicurezza e salute dell'organizzazione stessa..."* e promuovendo una cultura della sicurezza positiva caratterizzata da *"...una comunicazione basata sulla reciproca stima, sulla percezione condivisa dell'importanza della sicurezza e sulla fiducia nell'efficacia nelle misure preventive..."* (Health and Safety Commission. Third Report: Organizing for safety. London: ACSNI Study Group on Human Factors; 1993).

Sostenere e alimentare in modo costante la cultura della sicurezza nella *policy* di ciascuna organizzazione - anche attraverso il coinvolgimento attivo delle persone assistite, dei loro familiari e dei caregivers, dell'associazionismo, dei professionisti e degli *stakeholders* in senso lato - è presupposto fondamentale per il buon funzionamento del processo di gestione del rischio clinico.

Cultura della sicurezza che passa attraverso la consapevolezza dei professionisti dei rischi connessi all'attività svolta e l'assunzione di responsabilità, intesa non come attitudine a essere chiamati a rispondere a una qualche autorità di una condotta professionale riprovevole ma, piuttosto, come impegno a mantenere costantemente un comportamento congruo e corretto.

Quando si parla di sicurezza delle cure, si deve tener conto da un lato della grande varietà e complessità di "accadimenti", dall'altro dei dati e delle fonti che possono fornirci le informazioni necessarie alla sua interpretazione.

È proprio attraverso una visione più integrata degli elementi relativi alla sicurezza delle cure, principio ispiratore della norma, che, con la presente relazione, si è cercato di restituire in modo trasparente - specie agli assistiti e agli operatori - l'impegno costante dell'organizzazione nel monitoraggio dei rischi, nell'attuazione delle azioni di miglioramento, nella prevenzione degli eventi avversi e nella tempestiva gestione degli stessi.

Impegno testimoniato dalla attiva collaborazione tra i Servizi e le Funzioni coinvolte nella gestione del rischio relativamente alla segnalazione e gestione di eventi significativi per la sicurezza di pazienti e operatori, nonché all'individuazione di aree aziendali a maggior criticità e delle più significative problematiche legate all'attività assistenziale, nei confronti delle quali viene esercitata costante attenzione ed energia, sia in termini di implementazione delle azioni migliorative individuate sia in termini di interventi formativi "mirati".

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Silvana Borsari
(firmato digitalmente)