

RELAZIONE ANNUALE (ART. 2 COMMA 5 DELLA LEGGE 8 MARZO 2017, N. 24) SUGLI ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE CURE E ALLE RELATIVE AZIONI DI MIGLIORAMENTO

PREMESSA

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

Tale previsione richiama anche precedenti indirizzi normativi, come quelli contenuti nella Legge 28 dicembre 2015, n. 208 in cui si disponeva che tutte le Strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivassero un’adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (*risk management*), anche per l’effettuazione di percorsi di audit o di altre metodologie finalizzate allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti, con segnalazione anonima del *quasi-errore* 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, quale sia lo spirito che anima tali dettati normativi che è quello di temperare 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 e il miglioramento.***

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 relative 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 che viene posta rispetto alla tematica riguarda di fatto l’impegno 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 viene posta dal legislatore in correlazione 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, cosa semplice e richiede accuratezza ed estrema ricercatezza nell'interpretazione dei risultati. Quello che è certo è che non è corretta una misurazione della sicurezza delle organizzazioni sanitarie che si basi esclusivamente sui dati derivanti dall'utilizzo di un solo strumento di rilevazione, fatto che, come è riportato unanimemente dalla letteratura internazionale e nazionale, può presentare evidenti distorsioni. Tutti gli studi su questo tema giungono, infatti, alle medesime conclusioni che possono essere così 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.

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 nelle organizzazioni sanitarie di interesse 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, dispositivo-vigilanza, emovigilanza, ecc.) e altri che fanno riferimento a sistemi di segnalazione attiva da parte dei cittadini (ad esempio reclami e sinistri).

C'è, comunque, da fare un ragionamento generale rispetto alla quantificazione degli eventi avversi. In presenza di un aumento degli 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 e Agenas, per la applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali e lo sviluppo delle Pratiche per la Sicurezza del paziente. La raccolta e rappresentazione di informazioni relative anche alle attività messe in campo per

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.

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.

promuovere la sicurezza, fornendo una fotografia anche della parte positiva della sicurezza, contribuisce a dare una visione sistemica del fenomeno, più fedele alle attività svolte nei contesti di cura reali.

DESCRIZIONE DEL CONTESTO

L’Azienda Ospedaliero-Universitaria (AOU) di Modena esercita le proprie funzioni assistenziali di diagnosi, cura, riabilitazione e prevenzione, nonché di ricerca biomedica e sanitaria, di formazione e di didattica, in stretta integrazione con l’Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, per la quale costituisce l’Azienda di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca della Facoltà di Medicina e Chirurgia. L’Azienda garantisce, pertanto, l’integrazione fra le attività assistenziali e le attività didattiche e di ricerca svolte dal Servizio Sanitario Regionale e dall’Università, operando nel rispetto reciproco degli obiettivi istituzionali e di programmazione, oltre che nell’ambito del sistema di relazioni fra le Aziende del Servizio Sanitario Regionale.

Inizialmente insediata nell’unico stabilimento ‘Policlinico’, dopo un biennio sperimentale di gestione integrata con lo stabilimento dell’Ospedale Civile di Baggiovara (OCB), in precedenza gestito dall’AUSL di Modena, a far tempo dal 1° gennaio 2019 ha assunto un definitivo assetto sui due stabilimenti.

Il processo di integrazione attuato con la gestione unica dei due stabilimenti aziendali ha valorizzato la funzione di riferimento ed il ruolo hub degli stessi nella rete provinciale (DGR 1004/2016), favorendo la realizzazione di una integrazione operativa ed una concentrazione delle attività cliniche secondo il seguente orientamento



Caratterizzazione Policlinico	Caratterizzazione Ospedale Civile di Baggiovara
Salute donna e bambino	Neuroscienze
Area oncologica	Chirurgie specialistiche
Medicine specialistiche	Endoscopia interventistica digestiva
Medicina rigenerativa	Chirurgia vascolare
Genomica	Gestione E/U e patologie tempo-dipendenti:
Malattie rare	<ul style="list-style-type: none"> • IMA ed emodinamica • Trauma grave • Ictus
Malattie infettive	
Medicina trasfusionale	
Centro trapianti	

Elettrofisiologia alta complessità	
------------------------------------	--

Il baricentro per le funzioni sopra elencate è individuato in una struttura piuttosto che in un'altra, pur continuando entrambi gli stabilimenti a garantire le necessità meno complesse e più diffuse dal punto di vista epidemiologico per le seguenti discipline:

- Pronto soccorso;
- Medicina;
- Chirurgia generale (con complementarità e distribuzione di rete);
- Ortopedia;
- Cardiologia (con specializzazione delle strutture);
- Radiologia (concentrazione delle funzioni e delle stazioni refertanti rispetto alla rete).

Ciascuna struttura, pertanto, al di là della propria funzione hub per specifiche attività, continua a essere attiva come punto di riferimento per il bacino d'utenza territoriale che le è proprio.

Presso l'Azienda sono attive, inoltre, funzioni con respiro sovra-provinciale o nazionale di eccellenza.

I dati che descrivono l'**attività assistenziale** svolta dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena nell'anno 2024 sono riportati nella sottostante tabella:

Posti letto	N. 1.106 , di cui 598 Policlinico 508 OCB
Ricoveri	N. 46.153 , di cui 28.310 Policlinico e 17.843 OCB
Accessi in Day Hospital	N. 8.962 di cui 6.896 Policlinico e 2.066 OCB
Prestazioni ambulatoriali (al netto prestazioni di Laboratorio)	N. 1.551.876 di cui 1.079.199 Policlinico e 472.676 OCB
Interventi chirurgici	N. 33.512 di cui 24.942 Policlinico e 8.570 OCB
Prestazioni di Pronto Soccorso	N. 155.797 , di cui 109.944 Policlinico e 45.853 OCB

In linea con la Legge Regionale n. 29/2004 e la DGR 910/2019, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena riconosce, inoltre, come proprie funzioni fondamentali, oltre all'assistenza, **la formazione e la ricerca**. L'integrazione della tradizionale e primaria funzione di assistenza con le funzioni di formazione e di ricerca rappresenta, infatti, una condizione indispensabile per garantire un flusso costante di innovazione al sistema, nell'ottica di promuovere un miglioramento continuo della qualità dei servizi sanitari, consentendo di accogliere tempestivamente, in modo efficace ed appropriato al proprio contesto, le innovazioni e di orientarne l'applicazione verso i bisogni assistenziali prioritari.

Per assicurare sinergia e gestione unitaria dei vari aspetti di rischio propri di un'Azienda Sanitaria complessa (rischio clinico, strutturale, ambientale, igienistico, ecc.) e una diffusione capillare delle conoscenze e delle metodologie proprie della gestione del rischio, dal 2015 presso l'AOU di Modena è operativo un Sistema aziendale per la Gestione del Rischio e la Sicurezza delle Cure, impostato alla luce delle principali indicazioni regionali (DRG n. 86 del 30.1.2006, DGR 1350/2012, DGR 1706/2009, DGR 217/2014) e approvato dal Collegio di Direzione nella seduta del 4.5.2015, nonché formalizzato con delibera aziendale 15/0000161 del 12.8.2015.

Il Sistema Aziendale per la Gestione del Rischio e la Sicurezza delle Cure prevede un approccio multidisciplinare e multiprofessionale, che coinvolge ampia parte delle Direzioni e dei Servizi trasversali aziendali, assicura una diretta partecipazione delle rappresentanze cliniche, il coinvolgimento di vari servizi di supporto ed il coordinamento/integrazione con vari Gruppi di Lavoro/Comitati Permanenti Aziendali (Nucleo Strategico Rischio Infettivo, Comitato Buon Uso del Sangue, Comitato Valutazione Sinistri, Gruppo di lavoro Permanente sulla documentazione sanitaria, Gruppo aziendale Privacy, ecc.).

In ottemperanza alla normativa nazionale e regionale, nonché nell'intento di sviluppare un sistema virtuoso che veda l'impegno degli operatori sanitari dell'organizzazione con l'obiettivo di aumentare i livelli di sicurezza e creare contesti sicuri ed affidabili, l'AOU di Modena ha recentemente perfezionato il proprio sistema di sicurezza nei percorsi di salute e cura nonché l'architettura organizzativa, i cui principi fondamentali possono essere riassunti in:

- sviluppo di ulteriori integrazioni e sinergie per promuovere e accrescere sempre più una cultura del rischio forte e condivisa;
- approccio multidisciplinare e multiprofessionale, regolato su più livelli di responsabilità;
- visione sistemica in grado d'intercettare i "pericoli" che sono insiti nei processi clinico assistenziali.

È stato così definito e adottato il nuovo "Assetto organizzativo aziendale per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio sanitario" che riconosce l'importanza della rete organizzativa, con specifico riferimento a:

- La funzione consultiva e propositiva del Collegio di Direzione che propone il Programma aziendale di gestione del rischio per l'approvazione del Direttore Generale;
- L'attività integrata e sinergica dell'Osservatorio Aziendale per la Sicurezza delle Cure;
- Il ruolo strategico del Board Aziendale per la Sicurezza delle Cure e del Risk Manager aziendale;
- La funzione della Rete dei Facilitatori come supporto operativo per l'attuazione delle politiche di gestione del rischio nelle unità operative;
- I rapporti con i cittadini e con il comitato consultivo misto (CCM).

Il Direttore Sanitario, che dirige e coordina il Sistema Aziendale per la Gestione del Rischio e la Sicurezza delle Cure, si avvale del supporto operativo del Risk Manager aziendale (RM), che declina gli indirizzi generali in piani e progetti e fornisce supporto metodologico ed operativo per la loro attuazione e monitoraggio, con particolare riferimento a:

- promozione della cultura della sicurezza a tutti i livelli dell'organizzazione sanitaria mediante iniziative di formazione, ad esempio mirate a diffondere i contenuti delle Raccomandazioni ministeriali e regionali in tema di Sicurezza delle Cure;
- implementazione a livello aziendale dei progetti regionali in tema di gestione del rischio;
- supporto ai Dipartimenti/strutture per l'analisi degli eventi avversi più significativi e per l'attuazione delle conseguenti azioni di miglioramento;
- collaborazione con i professionisti e con la Direzione Aziendale per la gestione degli eventi avversi di particolare gravità e degli eventi sentinella, assicurando in particolare la tempestiva e corretta attività informativa verso la RER e il Ministero della Salute;
- analisi, in forma singola ed anche integrata, dei dati provenienti dai principali flussi informativi (Incident Reporting, Reclami, contenzioso) per individuare le aree/tematiche meritevoli di miglioramento, assicurando al contempo la regolare alimentazione dei relativi flussi informativi regionali.

Lo stesso Sistema Aziendale per la Gestione del Rischio e la Sicurezza delle Cure è inoltre fortemente integrato con lo specifico sistema di sorveglianza e controllo del rischio infettivo, strutturato, secondo quanto previsto dalle "Linee di indirizzo alle Aziende per la gestione del rischio infettivo: infezioni correlate all'assistenza e uso responsabile degli antibiotici" (DGR 318/2013), in:

- un nucleo strategico, rappresentato dal Comitato di Controllo del Rischio Infettivo, presieduto dal Direttore Sanitario, a composizione multiprofessionale e multidisciplinare, che ha la responsabilità di definire a livello aziendale le varie strategie di intervento, sia per il controllo delle infezioni che per l'uso responsabile di antibiotici, e gli indicatori di monitoraggio da sottoporre all'approvazione del Collegio di Direzione;
- un Programma di controllo del rischio infettivo, orientato all'adozione di tutte le strategie per la prevenzione ed il controllo del rischio in ambito assistenziale ed occupazionale ed all'integrazione con i programmi e gli interventi promossi in quest'ambito da parte dei competenti servizi territoriali e regionali, il cui responsabile assicura la supervisione ed il coordinamento delle attività e dei vari gruppi di lavoro, tra cui quelle del Nucleo Operativo per il Controllo delle Infezioni correlate all'assistenza, partecipa alla programmazione annuale ed al monitoraggio degli obiettivi di competenza nell'ambito del Comitato di Controllo del Rischio Infettivo e costituisce il referente nei confronti sia delle strutture/servizi dell'Azienda Sanitaria territoriale (es. Dipartimento di Sanità Pubblica) che per i competenti servizi regionali;
- un Programma per l'Uso Responsabile degli antibiotici, affidato al Direttore della S.C. di Malattie Infettive, orientato alla gestione del rischio infettivo e dell'antibioticoresistenza attraverso la promozione dell'uso responsabile degli antibiotici (antimicrobial stewardship) in ogni ambito ed all'individuazione e sviluppo di strategie per promuoverne l'uso appropriato;
- un Nucleo Operativo per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza, a composizione multiprofessionale che ha il compito di proporre ed attuare le misure decise dal CCRI per quanto concerne il controllo delle infezioni e di rendicontare sui risultati raggiunti;
- un Nucleo Operativo per l'uso responsabile degli antibiotici, anch'esso a composizione multiprofessionale che ha il compito di proporre ed attuare le misure di gestione del rischio infettivo per quanto concerne le politiche aziendali di governo dell'uso responsabile degli antibiotici decise dal CCRI e di rendicontare sui risultati raggiunti;
- Referenti/facilitatori delle U.O. individuati nei RAQ medici ed infermieristici dei dipartimenti e delle singole strutture.

Il Sistema Aziendale per la Gestione del Rischio e la Sicurezza delle Cure si avvale in larga misura delle informazioni sui rischi, gli eventi avversi e le situazioni di pericolo rilevate attraverso varie fonti informative ormai storicamente consolidate: il sistema dell'Incident Reporting, la segnalazione degli Eventi Sentinella, i

dati desumibili dalle attività di gestione del contenzioso, i contenuti dei reclami di natura tecnico-professionale raccolti dall'URP, etc.

Gli eventi avversi di maggiore gravità (Eventi Sentinella) vengono regolarmente segnalati e gestiti secondo quanto previsto da una specifica procedura aziendale, che tra l'altro prevede l'avvio di un'analisi approfondita del caso mediante adeguati metodi (Significant Event Audit, RCA) al fine di individuare le necessarie azioni correttive mirate ad evitarne il ri-accadimento.

Procedimenti di analisi e trattamento degli eventi avversi del tutto analoghi vengono avviati anche a seguito di altri tipi di eventi, ritenuti particolarmente significativi. La gestione di tutti tali eventi avviene sempre in collaborazione con il personale delle strutture/servizi direttamente coinvolti e prevede, se del caso, il coinvolgimento diretto dei servizi, anche tecnici, potenzialmente deputati a risolvere particolari criticità. Le risultanze di tali attività vengono regolarmente verbalizzate e rese disponibili per gli operatori tramite i sistemi informativi aziendali.

A tali attività se ne affiancano altre, più prettamente di carattere preventivo, tra cui, ad esempio:

- la sistematica applicazione a tutti gli interventi chirurgici della checklist per la sicurezza in sala operatoria promossa dal livello regionale tramite il progetto S.O.S.net (Sale Operatorie Sicure), anche implementata nel corso del 2023 dall'applicazione di una checklist di sicurezza specifica per gli interventi di taglio cesareo (SSCL-TC);
- la sistematica adozione di strumenti proattivi per l'identificazione dei rischi (FMEA-FMECA), sia in occasione della definizione dei principali percorsi diagnostico-terapeutici che anche delle principali variazioni/innovazioni organizzative;
- l'organizzazione di eventi di formazione specifica su varie tematiche proprie della Gestione del rischio ai fini di sviluppo della cultura della sicurezza tra gli operatori;
- l'adesione ai principali progetti regionali in tema di prevenzione e gestione del rischio (ad. es. progetto OssERvare, progetto Vi.Si.T.A.RE).

Le attività svolte e da svolgere nell'ambito del Sistema aziendale di Gestione del Rischio e Sicurezza delle Cure vengono regolarmente dettagliate in uno specifico Piano-programma aziendale, che, come da indicazioni regionali, comprende anche specifici Piani inerenti la Prevenzione delle cadute dei pazienti ricoverati (PAPC), la prevenzione degli atti di Violenza nei confronti degli operatori Sanitari (PREVIOS) e la Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza. A cadenza almeno annuale viene stilato un report relativo allo stato di attuazione di quanto previsto dal Piano-Programma generale e dagli specifici piani sopra citati, anche a fini di rendicontazione al livello regionale.

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 descrittive gli strumenti/fonti informative disponibili in AOU 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 relativamente a tali dati prevede che le informazioni desunte dai flussi informativi SIMES siano diffusi 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 all’illustrazione degli strumenti/fonti informative disponibili in AOU 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 tanto 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 differenziati), ma fondamentalmente 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>Letteratura/Normativa di riferimento</p>	<p>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)</p> <p>Legge di Stabilità 2016 (Legge n. 208 del 28 dicembre 2015, art. 1 comma 539).</p> <p>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”</p> <p>DGR 1943/2017 “Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell’accreditamento delle strutture sanitarie” (6° Criterio Appropriatezza clinica e sicurezza)</p> <p>DECRETO 19 dicembre 2022 Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l’accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie. (GU n.305 del 31-12-2022)</p> <p>DGR 1237/2023: “Linee di programmazione e finanziamento delle aziende sanitarie per l’anno 2023”</p> <p>DGR 945/2024: “Linee di programmazione e finanziamento delle aziende del servizio sanitario regionale per l’anno 2024”</p>
<p>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</p>	<p>L’incident reporting è un sistema di segnalazione nato nelle organizzazioni ad alto rischio e successivamente adattato al contesto sanitario. Lo strumento consente ai professionisti sanitari di descrivere e comunicare eventi avversi - definiti come danni involontari causati dal sistema sanitario o dalla malattia del paziente (Brennan et al., 1991) - e cosiddetti <i>near miss</i> - definiti come “eventi evitati” associati ad errori con la potenzialità di causare un evento avverso, che però non si verifica per effetto del caso o perché intercettato o perché non comporta effetti indesiderati per il paziente (Ministero della salute, 2007).</p> <p>La raccolta sistematica delle informazioni inerenti questi eventi e/o quasi eventi e la periodica lettura e interpretazione delle segnalazioni è finalizzata a meglio conoscere i 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 (<i>learning</i>), di acquisire informazioni indispensabili per la gestione del rischio e di adottare misure idonee a ridurre e/o a prevenire il ripetersi degli eventi.</p> <p>Un limite intrinseco dello strumento, legato alla volontarietà delle segnalazioni, è la sottostima o la sovrastima degli eventi, a seconda della “sensibilità” del segnalatore. Tuttavia, l’incident reporting non ha finalità epidemiologiche e le 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 leggere con una certa</p>

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, e 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, ecc.), dall'altro come una spia di allarme di un sistema con la capacità di intercettare (almeno) una parte degli eventi avversi.

L'AOU di Modena ha aderito, fin dalla sua attivazione, al Sistema regionale di Incident Reporting mediante raccolta delle apposite schede compilate dagli operatori per la segnalazione di eventi avversi e near miss e loro inserimento nello specifico data base regionale. A partire dall'1/04/2023 è stata introdotta in AOU la piattaforma digitale regionale SegnalER quale strumento unico di segnalazione di tutti gli eventi significativi per la sicurezza delle cure; pertanto, nell'anno 2024 gli Incident Reporting sono stati integralmente raccolti su tale piattaforma. L'anno 2024 è stato dedicato alla formazione agli operatori di 1° e 2° livello per la segnalazione degli eventi mediante SegnalER e al supporto nei confronti dei Professionisti segnalanti e delle figure professionali individuate come responsabili validatori delle segnalazioni inserite.

La funzione aziendale di Risk management ha effettuato una raccolta sistematica dei dati inseriti nella piattaforma SegnalER, integrandoli con quelli provenienti dalle precedenti modalità di segnalazione, anche al fine di produrre una reportistica utilizzabile per l'analisi delle criticità e la messa in atto delle possibili azioni di miglioramento.

Le schede compilate dagli operatori vengono valutate dalla funzione aziendale di risk management che seleziona gli eventi avversi/near miss segnalati sui quali avviare attività di analisi e approfondimento, anche avvalendosi della collaborazione degli operatori/responsabili delle strutture direttamente coinvolte e/o dei responsabili di altri Servizi potenzialmente interessati. La chiusura della scheda di segnalazione inserita dall'operatore su SegnalER, ne determina la trasmissione a livello regionale (Centro Regionale Gestione del Rischio Sanitario - CeGeRisS).

I dati ottenuti tramite le schede di IR sono inoltre oggetto di una specifica reportistica che, mediante aggregazione dei dati per Dipartimenti, singole U.O. e macrocategorie di eventi segnalati, è finalizzata ad individuare le principali aree/tematiche di criticità segnalate. Tale reportistica viene regolarmente inviata all'attenzione degli operatori tramite i Direttori ed i Responsabili Assistenziali di Dipartimento, a fini di ulteriori analisi e valutazioni.

Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento

Nell'anno 2024 si è osservato una sostanziale stabilità del numero di segnalazioni, che è risultato complessivamente pari a 89, rispetto alle 105 segnalazioni raccolte nell'anno precedente. Di queste 66 sono pervenute dallo stabilimento Policlinico e 23 dall'Ospedale Civile di Baggiovara.

Relativamente alla provenienza, il Dipartimento di Medicina Interna Generale, d'Urgenza e Post-Acuzie e il Dipartimento Materno-Infantile hanno contribuito con il maggiore numero di segnalazioni (rispettivamente 15 e 13), ma anche altri Dipartimenti hanno inviato un significativo numero di segnalazioni: Dipartimento Apparato Locomotore n. 11, Dipartimento Medicine Specialistiche n. 10, Dipartimento Chirurgia Generale e Specialità Chirurgiche e Oncologia ed Ematologia con un n. di 8 segnalazioni ciascuna.

La figura professionale medica è risultata quella che ha inoltrato il maggior numero di segnalazioni (39), seguita da quella infermieristica (29). Risultano poi, tra i segnalanti, n. 9 segnalazioni provenienti da fonte anonima, n. 5 dirigenti biologi, n. 4 tecnici sanitari di laboratorio biomedico, n. 2 dirigenti farmacisti e n. 1 tecnico sanitario di radiologia medica.

Il livello di gravità dell'esito, così come qualificato dagli operatori, è riportato nella tabella e nel grafico sottostante:

Livello	Descrizione	N.
LIV.1	Situazione pericolosa/danno potenziale/evento non occorso (es: personale insufficiente/ pavimento sdruciolevole coperto dove non sono avvenute cadute) - Evento potenziale	10
LIV.2	Situazione pericolosa/danno potenziale/evento occorso, ma intercettato (es: preparazione di un farmaco sbagliato, ma mai somministrato/farmaco prescritto per un paziente allergico allo stesso, ma non dispensato o somministrato) – evento potenziale	16
LIV.3	NESSUN ESITO – evento in fase conclusiva/nessun danno occorso (es: farmaco innocuo somministrato erroneamente al paziente) – evento effettivo	33
LIV.4	ESITO MINORE – osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/nessun danno occorso o danni minori che non richiedono un trattamento - evento effettivo	18
LIV.5	ESITO MODERATO – osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche minori (es: esame del sangue o delle urine) /trattamenti minori (es: bendaggi, analgesici) - evento effettivo	9
LIV.6	ESITO TRA MODERATO E SIGNIFICATIVO – osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche (es: procedure radiologiche) /necessità di trattamenti con altri farmaci/intervento chirurgico/cancellazione o posticipazione del trattamento/ trasferimento ad altra U.O. che non richieda il prolungamento della degenza - evento effettivo	3
LIV.7	ESITO SIGNIFICATIVO – ammissione in ospedale o prolungamento della degenza/condizioni che permangono alla dimissione - evento effettivo	0
LIV.8	ESITO SEVERO – disabilità permanente/contributo al decesso - evento effettivo	0
	Totale	89

	<p style="text-align: center;">IR PER LIVELLO DI RISCHIO</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Livello di Rischio</th> <th>IR (Numero di Incidenti)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>LIV.8</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>LIV.7</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>LIV.6</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>LIV.5</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>LIV.1</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>LIV.2</td> <td>16</td> </tr> <tr> <td>LIV.4</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>LIV.3</td> <td>33</td> </tr> </tbody> </table>	Livello di Rischio	IR (Numero di Incidenti)	LIV.8	0	LIV.7	1	LIV.6	4	LIV.5	9	LIV.1	10	LIV.2	16	LIV.4	18	LIV.3	33
Livello di Rischio	IR (Numero di Incidenti)																		
LIV.8	0																		
LIV.7	1																		
LIV.6	4																		
LIV.5	9																		
LIV.1	10																		
LIV.2	16																		
LIV.4	18																		
LIV.3	33																		
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>Anche nel corso del 2024 è proseguita l'analisi dei principali eventi avversi/near miss segnalati attraverso la piattaforma SegnalER o di cui è giunta notizia tramite fonti informative diverse, che è stata condotta con la tecnica del SEA (Significant Event Audit). Nell'anno 2024, su n. 30 SEA complessivamente svolti, n. 7 erano riferibili ad analisi di eventi segnalati come incident reporting; a seguito dell'approfondimento, per queste segnalazioni sono state individuate n. 15 (su n. 50 complessive) azioni di miglioramento. Grazie alla piattaforma SegnalER, gli eventi segnalati che hanno comportato l'utilizzo di un dispositivo medico o relativi alla gestione della terapia farmacologica sono giunti immediatamente all'attenzione dei referenti aziendali per la dispositivovigilanza e la farmacovigilanza per la valutazione di eventuali ulteriori necessità di segnalazione negli ambiti specifici e l'implementazione di eventuali azioni di miglioramento.</p>																		
<p>Valutazione dei risultati e prospettive future</p>	<p>È interesse aziendale migliorare ulteriormente, sia quantitativamente che qualitativamente, l'adesione da parte degli operatori al sistema di segnalazione tramite la piattaforma regionale SegnalER per accrescere ulteriormente la conoscenza dei rischi, attivi o latenti, che permeano l'attività a diversi livelli e, di conseguenza, apprendere dall'esperienza, acquisendo tutte le informazioni indispensabili per la gestione del rischio e, di conseguenza, adottando le misure idonee a ridurre e/o a prevenire il ripetersi degli eventi.</p> <p>A tal fine verranno continuate nel corso del 2025 sia iniziative di formazione, già messe a disposizione dalla Regione Emilia-Romagna in modalità FAD, che di miglioramento della diffusione della reportistica aziendale, con l'intento di aumentare la sensibilizzazione degli operatori e la loro consapevolezza dell'importanza di questa forma di segnalazione di eventi avversi e near miss.</p>																		

SCHEDA NR. 2: RECLAMI/SUGGERIMENTI URP DI INTERESSE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO

<p>Letteratura/Normativa di riferimento</p>	<p>D.lgs 3 febbraio 1993, n. 29 “Razionalizzazione dell’organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego”</p> <p>L.R. 6 settembre 1993, n. 32 “Norme per la disciplina del procedimento amministrativo e del diritto di accesso”, modificata con la L.R. 23 dicembre 2016 n. 25 “Disposizioni collegate alla legge regionale di stabilità per il 2017”.</p> <p>Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 11 ottobre 1994 “Direttiva sui principi per l’istituzione ed il funzionamento degli URP”.</p> <p>Legge 7 giugno 2000, n. 150 “Disciplina delle attività di informazione e comunicazione delle pubbliche amministrazioni”.</p> <p>“Sistema informativo segnalazioni URP sanità - Linee Guida regionali per la gestione dell’istruttoria”, RER, dicembre 2008</p> <p>“Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie”, Report regionale 2004</p> <p>DGR 1943/2017 “Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell’accreditamento delle strutture sanitarie”</p>
<p>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</p>	<p>Introdotti per garantire la trasparenza amministrativa e la qualità dei servizi e dare attuazione alle funzioni di comunicazione istituzionale e contatto con i cittadini, gli URP (Uffici Relazioni con il Pubblico) assolvono varie funzioni, tra cui quelle di promuovere l’ascolto dei cittadini e i processi di verifica della qualità dei servizi e di gradimento degli utenti.</p> <p>Il Sistema di gestione delle segnalazioni dei cittadini rappresenta, pertanto, una delle principali fonti informative della gestione del rischio, in quanto consente di registrare gli eventi che per i cittadini hanno natura di incidente (percezione di un danno subito da un paziente, indipendentemente dal fatto che tale danno sia oggettivo o che per tale danno venga richiesto un risarcimento) e, di conseguenza, indicare aree organizzative che necessitano di miglioramento.</p> <p>In particolare, rivestono interesse ai fini della gestione del rischio le segnalazioni dei cittadini aventi caratteri di reclamo riferito ad aspetti tecnico-professionali, ovvero alla qualità della prestazione sanitaria/diagnosi, agli aspetti deontologici, all’assistenza ed alle informazioni sul percorso di cura che sono state fornite in corso di prestazione sanitaria.</p> <p>In AOU di Modena tali segnalazioni vengono gestite a cura dell’Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), che assegna ai reclami, in base ai contenuti, un codice colore</p>

	<p>che ne traccia il successivo percorso di gestione: 'ROSSO' per i reclami che contengono una esplicita richiesta di risarcimento danni, 'GIALLO' per i reclami di natura tecnico-professionale assistenziale o relazionale grave con richiesta di chiarimenti ed eventuale riserva di azione legale, 'VERDE' per tutte le altre casistiche.</p> <p>Per i reclami con codice di colore 'Rosso' è previsto l'inoltro al Settore Legale, che avvia una formale istruttoria interna in collaborazione con il Servizio di Medicina legale e perviene ad una sintesi valutativa nell'ambito del Comitato Valutazione Sinistri.</p> <p>Per i reclami con codice di colore 'Giallo' è invece previsto l'avvio di un'istruttoria interna a cura dell'URP, con acquisizione di relazioni o pareri da parte dei Responsabili dei Servizi/UU.OO. coinvolti e, ove necessario, il coinvolgimento del risk management aziendale (che in AOU ha specifiche competenze medico-legali) per la definizione di una risposta scritta al cittadino reclamante che sia il più possibile esaustiva a fini di fornire i chiarimenti richiesti. In alcuni casi, particolarmente complessi o in cui la risposta scritta formulata non sia risultata sufficientemente esaustiva per l'utenza, vengono inoltre organizzati, talora anche in presenza del risk management aziendale, incontri fra i professionisti coinvolti e gli utenti.</p> <p>Il sistema di gestione aziendale dei reclami di natura tecnico-professionale codificati come rossi o gialli consente pertanto al risk management aziendale, che è anche membro del Comitato Valutazione Sinistri, di prendere diretta conoscenza della qualità percepita da parte dell'utenza relativamente alle prestazioni sanitarie fornite nelle diverse articolazioni aziendali.</p> <p>Anche per le segnalazioni URP è stato realizzato un modulo specifico all'interno della piattaforma regionale SegnalER, la cui introduzione, per l'AOU di Modena, è stata realizzata a partire dal 1/4/2023 e implementata gradualmente in corso d'anno.</p>
<p>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</p>	<p>La sistematica collaborazione fra risk manager aziendale e URP nella gestione dei reclami di natura tecnico-professionale e relazionale grave si era già avviata nel 2016; nel 2017, a seguito dell'avvio della sperimentazione di gestione unica tra Policlinico ed Ospedale Civile di Baggiovara, si è estesa anche a questo stabilimento ed è quindi proseguita negli anni successivi.</p> <p>Nel 2022, su complessivi 140 reclami relativi ad aspetti tecnico professionali, 68 casi sono stati inquadrati con codice color e 'rosso' e, come tali, inoltrati per competenza di istruttoria e risposta al Servizio legale aziendale. Nei restanti casi la funzione aziendale di risk management ha contribuito alla definizione di una risposta scritta al cittadino in complessivi 23 casi, di cui 12 relativi ad episodi accaduti presso l'Ospedale civile di Baggiovara e 11 presso lo stabilimento Policlinico.</p>

Nel 2023 su complessivi 156 reclami di interesse per la gestione del rischio, 78 sono stati inviati al Servizio legale per competenza di istruttoria e risposta, di cui 50 relativi ad episodi accaduti presso lo stabilimento Policlinico e 28 presso l’Ospedale Civile di Baggiovara.

Nei restanti casi si è provveduto a definire una risposta scritta al cittadino per complessivi 78.

Nel 2024 su complessivi 137 reclami di interesse per la gestione del rischio, 82 sono stati inviati al Servizio legale per competenza di istruttoria e risposta, di cui 42 relativi ad episodi accaduti presso lo stabilimento Policlinico e 40 presso l’Ospedale Civile di Baggiovara.

Nei restanti casi si è provveduto a definire una risposta scritta al cittadino per complessivi 55.

Si riporta di seguito il dettaglio delle segnalazioni di interesse per la gestione del rischio divise per macrocategorie:

Macrocategoria	N. Segnalazioni anno 2024	Di cui inviate all’Ufficio Legale	
		Policlinico	OCB
Aspetti tecnico-profess.li	133	42	40
Aspetti economici	/	/	/
Aspetti strutturali	1	/	/
Asp.Organizz.vi, buocr., amm.vi	3	/	/
Tempi	/	/	/
Informazione	/	/	/
Umanizzazione	/	/	/
Aspetti alberghieri e comfort	/	/	/
Totale	137	42	40

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

Alcune segnalazioni sono state gestite tramite incontri in presenza fra i professionisti e gli utenti, in particolare per la gestione di taluni reclami di carattere tecnico professionale nell’intento di migliorare i rapporti con l’utenza e di recuperare un rapporto di fiducia fra le parti, che molte volte appare essere stato in precedenza inficiato da fraintendimenti o comunque da una comunicazione non efficace in corso di prestazione sanitaria.

È stata, inoltre, potenziata l’attività di contatto telefonico con l’utenza.

Valutazione dei risultati e prospettive future	<p>La collaborazione strutturata tra URP e risk management aziendale si è rivelata utile per registrare eventi che per i cittadini hanno avuto natura di incidente e, di conseguenza, per individuare azioni di miglioramento. Ciò con particolare riferimento ad aspetti comunicativo/relazionali e organizzativi che sono stati posti alla diretta attenzione dei professionisti coinvolti e con questi valutati a fini di miglioramento.</p> <p>Anche relativamente ai reclami di carattere tecnico-professionale e relazionale grave è interesse aziendale mantenere attivo un attento monitoraggio circa la qualità della prestazione sanitaria percepita dagli utenti, per sviluppare ulteriormente la conoscenza dei rischi, anche solo potenziali, e per migliorare ulteriormente i rapporti con l'utenza, sia a livello 'centrale' che anche sul piano operativo, mediante coinvolgimento dei professionisti nella definizione delle azioni correttive ritenute necessarie.</p>
---	--

SCHEDA NR. 3: RICHIESTE DI RISARCIMENTO DANNI

Letteratura/Normativa di riferimento	<p>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"</p> <p>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"</p> <p>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"</p> <p>LR n. 13/2012: "Norme per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli enti del Servizio Sanitario Regionale"</p> <p>Determinazione n. 2416 del 15 marzo 2013: "Approvazione delle indicazioni operative per la gestione diretta dei sinistri nelle Aziende Sanitarie" e s.m.i"</p> <p>DGR n. 2079 del 23.12.2013 recante l'approvazione del "Nuovo programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile nelle Aziende Sanitarie"</p> <p>Nota Prot. PG/2016/776113 del 20 dicembre 2016 di trasmissione alle Aziende Sanitarie delle "Linee di indirizzo per la definizione delle procedure per la gestione dei sinistri in sanità concernenti i requisiti di processo e organizzativi minimi per rendere omogeni i flussi di lavoro e informativi"</p> <p>Legge 8/3/2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" (c.d. legge Gelli-Bianco)</p> <p>DGR n. 1061/2016 RER ("Programma regionale gestione diretta dei sinistri")</p> <p>DECRETO 19 dicembre 2022 Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie. (GU n.305 del 31-12-2022)</p>
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	<p>Coerentemente con le linee di indirizzo e gli obiettivi regionali in AOU di Modena la gestione del contenzioso è strettamente connessa con la gestione del rischio: la collaborazione, di fatto già avviata da diversi anni, risulta assicurata sia dalla partecipazione diretta del referente aziendale per la gestione del rischio al Comitato Valutazione Sinistri, che anche da puntuali momenti di confronto su singoli casi fra le funzioni aziendali di Risk management, Ufficio Assicurazioni e Contenzioso risarcitorio e Servizio di Medicina legale.</p>

	<p>Il mantenimento nel corso del tempo di un tale modello organizzativo ha reso possibile il monitoraggio non solo della dimensione numerica complessiva del fenomeno del contenzioso aziendale, ma anche della sua 'Composizione'.</p> <p>Nel corso del 2019 tale modello organizzativo ha ottenuto una più precisa formalizzazione a seguito della revisione della procedura aziendale che dettaglia le modalità operative di gestione dei sinistri ai sensi della L.R. 7/11/2012, n. 13.</p> <p>Nel 2024 è stato effettuato un ulteriore passo avanti con l'introduzione dell'effettuazione dei CVS in presenza, che ha permesso un maggior contatto tra i professionisti, facilitando gli scambi di informazioni e la reciproca collaborazione.</p>
<p>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</p>	<p>Dal punto di vista puramente numerico, nel corso del 2024 si è assistito ad un sostanziale mantenimento del numero di richieste di risarcimento pervenute in Azienda rispetto all'anno precedente.</p> <p>Nel corso dell'anno sono infatti stati aperti complessivamente 91 sinistri (a fronte di 99 aperti nell'anno precedente e 93 del 2022) relativi a fatti accaduti presso i due stabilimenti, come da programma regionale (Legge Regionale E-R nr. 13/2012 c.d. Autoassicurazione). Di questi, 64 riferiti ad episodi di presunta malpractice sanitaria (furono 74 nel 2021, 61 nel 2022 e 66 nel 2023). Dei sinistri aperti complessivamente nel 2024, 35 erano relativi a fatti avvenuti nel corso dell'anno in esame (12 presso le strutture di Baggiovara); 19 relativi a fatti avvenuti nel corso dell'anno 2023 (6 presso le strutture di Baggiovara); 5 relativi a fatti avvenuti nel 2022 (2 presso le strutture di Baggiovara); i restanti 32 relativi a fatti avvenuti negli anni precedenti (2021-2013).</p> <p>Anche per il 2024, in linea con la tendenza nazionale dei sinistri, il maggior numero di richieste risarcitorie si concentra sulle specialità Ortopediche (17 Ortopedia e 6 Chirurgia della Mano) e Chirurgiche (11 Chirurgia generale e specialità chirurgiche).</p> <p>Sono state complessivamente 27 le richieste risarcitorie relative a responsabilità civile non riconducibili a responsabilità professionale sanitaria (11 presso OCB e 16 presso Policlinico).</p> <p>Il Comitato Valutazione Sinistri (CVS) aziendale si è riunito, sia in forma telematica che in presenza, sia per l'individuazione dei sanitari (su cui pesa in particolare il parere dei componenti afferenti alla Struttura complessa di Medicina Legale) a cui inviare le comunicazioni, ai sensi dell'art. 13 della legge Gelli-Bianco, sia per l'instaurazione di un giudizio (atto di citazione o ricorso ex art 702 o ex art. 696 bis c.p.c.), sia per l'avvio della possibile transazione decisa in seno al Comitato.</p> <p>Di seguito il dettaglio delle 147 convocazioni telematiche del suddetto Comitato nel 2024:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autoassicurazione: Il Comitato valutazione sinistri aziendale è stato attivato 144 volte (15 su sinistri aperti nel 2024) di cui 67 per l'individuazione dei sanitari e per l'instaurazione di un giudizio o di una mediazione, 42 per definizione con formale

	<p>reiezione, 35 per avvio transazione con eventuale comunicazione ai sanitari individuati.</p> <p>- FARO (copertura dal 30/06/2011 al 30/11/2015): il comitato valutazione sinistri aziendale è stato attivato 3 volte di cui 2 per riassunzione in appello della causa.</p> <p>L'attività di gestione diretta dei sinistri, attuata fin dal 2009 dal responsabile dell'Ufficio Assicurazioni e contenzioso risarcitorio, ha portato nel 2024 alla definizione di 67 sinistri:</p> <p>- Autoassicurazione: 22 sinistri chiusi con risarcimento del danno e 45 con formale reiezione.</p>
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>I momenti di confronto su singoli casi fra le funzioni aziendali di Risk management, Ufficio Assicurazioni e Contenzioso risarcitorio e Servizio di Medicina legale hanno consentito di meglio delineare le problematiche che più di frequente stanno alla base di una necessità di riparazione monetaria e anche di ipotizzare azioni correttive finalizzate al miglioramento in determinati ambiti.</p> <p>È inoltre proseguita l'attività di informazione dei professionisti correlata alla necessità di dare concreta applicazione all'art. 13 della L. 24/2017, con le conseguenti ricadute 'formative' sugli stessi in quanto resi edotti in tali occasioni nel dettaglio delle problematiche, spesso più di natura documentale che sostanziale, che hanno orientato i componenti del CVS verso l'avvio di trattative stragiudiziali. Ciò con particolare riferimento a casi in cui la raccolta del consenso informato non risultava sufficientemente documentata o la compilazione della documentazione sanitaria non appariva sufficientemente esaustiva per costituire valida prova in caso di giudizio.</p> <p>A tal fine è stata implementata una scheda per la segnalazione di specifiche criticità che viene compilata dal Servizio di Medicina legale a fronte della rilevazione di specifiche criticità durante l'istruttoria finalizzata alla definizione del contenzioso e che viene condivisa con la funzione aziendale di Risk Management, al fine di individuare le eventuali azioni correttive ritenute necessarie.</p>
<p>Valutazione dei risultati e prospettive future</p>	<p>L'analisi sistematica delle richieste di risarcimento riferite ad episodi di presunta responsabilità professionale sanitaria ha assicurato una più diretta conoscenza da parte dell'Azienda del fenomeno ed ha consentito di utilizzare gli elementi di istruttoria e di approfondimento anche a fini di monitoraggio del rischio clinico a livello aziendale, ad esempio delineando particolari momenti della pratica clinica che, sia in funzione della gestione del contenzioso che anche rispetto ai rapporti con l'utenza, sono risultati meritevoli di specifiche azioni di miglioramento.</p> <p>Ci si propone, in futuro, di implementare ulteriormente l'utilizzo dei dati utili ai fini della gestione del rischio direttamente desumibili dall'analisi del contenzioso aziendale inerente presunta responsabilità professionale, prescindendo dalla fondatezza o meno delle motivazioni alla base della richiesta di risarcimento, per intervenire più miratamente su quegli aspetti dell'attività professionale che più</p>

concorrono, in generale, a determinare una perdita di fiducia da parte dei cittadini nei confronti del sistema e/o che più spesso determinano una 'impotenza difensiva' dell'Azienda in sede giudiziaria. Ciò mediante ulteriore implementazione della scheda per la segnalazione di specifiche criticità e dei successivi momenti di confronto/informazione/formazione con i professionisti direttamente coinvolti nel sinistro a fini di maggiore sensibilizzazione degli stessi, ad esempio relativamente agli aspetti documentali della professione.

SCHEDA NR. 4: EMOVIGILANZA

Letteratura/Normativa di riferimento	<p>Raccomandazione Ministeriale N° 5 - “Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO”</p> <p>DM del 2 novembre 2015 - “Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti” e successive modifiche e integrazioni</p> <p>DL 19 marzo 2018 n. 19 - “Attuazione della direttiva (UE) 2016/1214 della Commissione del 25 luglio 2016, recante modifica della direttiva 2005/62/CE per quanto riguarda le norme e le specifiche del sistema di qualità per i servizi trasfusionali”</p> <p>Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2021 - «Aggiornamento e revisione dell’Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010 sui requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti e sul modello per le visite di verifica»</p> <p>Decreto Ministeriale 5.11.2021 - “Istituzione e modalità di funzionamento del sistema nazionale di verifica, controllo e certificazione di conformità delle attività e dei prodotti dei servizi trasfusionali”.</p> <p>Linee di indirizzo per il reporting di emovigilanza nel Sistema Informativo dei Servizi Trasfusionali (SISTRA), agosto 2023</p>
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	<p>L’emovigilanza è un sistema, coordinato dal Centro nazionale sangue ed alimentato dal sistema informativo dei servizi trasfusionali (SISTRA), che raccoglie le segnalazioni, i dati e le informazioni relativi alle reazioni e agli eventi avversi gravi correlati al processo trasfusionale, permettendone l’elaborazione.</p> <p>In AOU l’adesione al sistema di emovigilanza è assicurata dal referente medico del Servizio di Medicina Trasfusionale, che raccoglie dall’intera provincia le segnalazioni e, nei casi previsti, provvede al loro inserimento nel sistema informativo dedicato (SISTRA).</p> <p>Dal rapporto ISTISAN 22/25 “Italian Blood System 2021: activity data, haemovigilance and epidemiological surveillance” emerge che dal 1° gennaio al 31 dicembre 2021 sono stati segnalati 1851 effetti indesiderati nei pazienti che hanno ricevuto emocomponenti (una ogni 1582 unità trasfuse). Come negli anni precedenti la reazione avversa alla trasfusione più frequente è stata la reazione febbrile non emolitica (40,4%) e la reazione allergica con soli sintomi mucosi e cutanei (28,4%). Nell’89.2% dei casi di reazione avversa si è ottenuta la risoluzione dei sintomi entro poche ore.</p> <p>Ci sono stati 3 casi di trasfusioni con incompatibilità ABO, oltre a 2 casi di trasfusioni ABO compatibili caratterizzate da errore di identificazione del paziente ed 1 caso di trasfusione caratterizzata da incompatibilità Rh; tutti questi casi risultavano</p>

	<p>correlati ad errori o a deviazioni dagli standard procedurali. L'analisi approfondita di ciascuno di questi casi ha consentito di evidenziare e risolvere le sottostanti problematiche di sistema, a dimostrazione dell'importanza della segnalazione di questi eventi, perché consente di adottare misure di prevenzione degli errori. Lo stesso dicasi per i 193 casi di near miss (quasi eventi) segnalati nel Sistema italiano di emovigilanza nel 2021, per lo più correlati ad errori nell'identificazione del paziente.</p>
<p>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</p>	<p>La sicurezza della terapia trasfusionale deriva dalla gestione di un iter complesso che include tutte le attività comprese tra la selezione del donatore e l'infusione degli emocomponenti nel paziente/ricevente (c.d. catena trasfusionale), attività che in parte si sviluppano all'interno dei Servizi di Medicina Trasfusionale, garante della sicurezza dei prodotti trasfusi (blood safety) ed in parte presso le UU.OO. ove avviene la trasfusione (transfusion safety)</p> <p>Mentre la sicurezza degli emocomponenti (blood safety) si attesta oggi su valori prossimi al 100%, i margini di sicurezza della trasfusione gestiti presso le Unità Operative risultano tuttora meritevoli di miglioramento.</p> <p>Nel corso del 2024 il Servizio di Medicina Trasfusionale ha inserito nel sistema informativo SISTRA i dati relativi a 30 casi di reazioni trasfusionali verificatisi a seguito di trasfusioni praticate in AOU di Modena, di cui 5 accertati, 13 probabili e 12 possibili; tutti i casi con insorgenza di sintomatologia che ha comportato la necessità di intervento terapeutico ma nessuno dei quali è risultato configurabile come evento sentinella.</p> <p>La reazione avversa alla trasfusione più frequente è stata la reazione febbrile non emolitica (18 casi). Ci sono stati 4 casi di trasfusioni con manifestazioni allergiche solo con sintomi cutaneo-mucosi, 3 casi con manifestazioni allergiche con coinvolgimento respiratorio o cardiovascolare, 2 casi con dispnea associata alla trasfusione e altrettanti di ipotensione associata alla trasfusione e un unico caso riferibile ad altro.</p>
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>Nel corso del 2024 è proseguita la formazione di livello interaziendale provinciale sui temi della sicurezza e appropriatezza della terapia trasfusionale. Tale formazione, svoltasi in più edizioni in modalità FAD sincrona, aveva come obiettivi la diffusione delle Linee Guida condivise dalla Società Italiana di Medicina Trasfusionale al fine di razionalizzare l'utilizzo degli emocomponenti, nonché quello di condividere e applicare un loro utilizzo corretto, con particolare riferimento agli aspetti inerenti la sicurezza.</p>
<p>Valutazione dei risultati e prospettive future</p>	<p>Dando continuità a quanto fatto negli anni precedenti sul tema della sicurezza delle cure nel processo trasfusionale (periodico aggiornamento delle procedure aziendali, eventi formativi specifici, ecc.) è previsto il prosieguo e l'implementazione delle attività necessarie al fine di mantenere elevata l'attenzione dei professionisti in questo ambito, anche riproponendo l'attività</p>

	<p>formativa già avviata nel 2021 al fine di raggiungere il maggior numero possibile di operatori.</p> <p>È inoltre interesse aziendale mantenere attivo un attento monitoraggio circa le reazioni trasfusionali che si possono verificare a seguito di trasfusione, continuando ad assicurare una puntuale adesione al sistema regionale e nazionale di emovigilanza.</p>
--	--

SCHEDA NR. 5: FARMACOVIGILANZA

Letteratura/Normativa di riferimento	<p>Raccomandazioni ministeriali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - n. 7 (2008): Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica - n. 12 (2010): Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci “lookalike/sound-alike” - n. 14 (2012): Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici - n. 17 (2014): Raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica - n. 18 (2018) Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli - n. 19 (2019) Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide <p>Decreto Legislativo 24 aprile 2006, n. 219 e s.m.i. - Attuazione della direttiva 2001/83/CE (e successive direttive di modifica) relativa ad un codice comunitario concernente i medicinali per uso umano, nonché della direttiva 2003/94/CE</p> <p>Decreto Legislativo 29 dicembre 2007 (Disposizioni correttive al decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, recante attuazione della direttiva 2001/83/CE relativa ad un codice comunitario concernente medicinali per uso umano)</p> <p>Decreto Legislativo 4 marzo 2014, n. 42 - Attuazione dell'articolo 1, paragrafi 1, 5 e 12 della direttiva 2012/26/UE, che modifica la direttiva 2001/83/CE, per quanto riguarda la farmacovigilanza</p> <p>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)</p>
---	--

<p>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</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.</p> <p>La segnalazione spontanea delle sospette reazioni avverse rappresenta il principale sistema che consente l'identificazione precoce delle problematiche di sicurezza nuove o mutate relative ai farmaci, dal quale hanno origine molte delle misure adottate dalle Autorità regolatorie a tutela della salute pubblica.</p> <p>Si struttura come rete nazionale che mette in comunicazione l'AIFA, le Regioni, le Aziende Sanitarie, gli IRRCs e le industrie farmaceutiche. Una rete in collegamento operativo con il network EudraVigilance dell'EMA (l'Agenzia europea per i Medicinali) che raccoglie in un database europeo i dati forniti a livello nazionale.</p> <p>Tutti gli operatori sanitari (farmacisti, odontoiatri, MMG, PLS, infermieri, specialisti, ecc.) sono tenuti a segnalare ogni presunta reazione avversa a farmaco o vaccino, ossia ogni effetto nocivo e non voluto conseguente all'uso di un medicinale, di cui vengano a conoscenza nell'esercizio della propria attività professionale.</p> <p>I medici e gli altri operatori sanitari devono segnalare tempestivamente le sospette reazioni avverse da medicinali al Responsabile Aziendale della FarmacoVigilanza (RAFV) il quale provvede, previa verifica della completezza e della congruità dei dati, all'inserimento e alla validazione della segnalazione nella banca dati della rete nazionale di farmacovigilanza (RNF), anche per il tramite del Centro Regionale di riferimento. La RNF è gestita dall'AIFA, la quale provvede affinché le segnalazioni di sospette reazioni avverse gravi da medicinali verificatesi sul territorio nazionale e le informazioni successivamente acquisite a tal riguardo siano trasmesse per via elettronica alla "banca dati Eudravigilance".</p>
<p>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</p>	<p>Nel corso dell'anno 2024 sono state raccolte ed inserite nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza, che gestisce tutte le segnalazioni italiane di sospette reazioni avverse da medicinali, complessivamente 122 segnalazioni, tutte relative a farmaci, in crescita rispetto all'anno precedente (+62,7%).</p> <p>Il 59,0% delle segnalazioni riguarda soggetti di sesso femminile, il 41,0% soggetti di sesso maschile.</p> <p>Le segnalazioni hanno coinvolto prevalentemente soggetti di età compresa tra 19 e 65 anni (50.8%), a seguire soggetti con età ≥ 66 anni (45.9%) ed in misura più limitata le fasce d'età più giovani ≤18 anni (3.3%).</p> <p>Le schede raccolte provengono per maggior parte da Medici (68.9%) seguiti da farmacisti ospedalieri (26.2%); a differenza dell'anno precedente nel corso del 2024 sono state raccolte alcune segnalazioni da parte di infermieri e altri operatori sanitari (2.5%) ed anche di pazienti (2.5%), grazie ad un progetto di</p>

	<p>farmacovigilanza attiva che prevede anche il coinvolgimento del paziente nella segnalazione di eventi avversi da farmaci antineoplastici e immunosoppressori.</p> <p>Il 68,0% dei casi segnalati è stato ritenuto non grave, mentre il 32,0% grave: il dato, risponde agli standard di qualità proposti dall’OMS, che prevede che almeno il 30% di reazioni avverse sul totale di quelle segnalate sia grave. Nel 76.9% l’evento ha comportato per il paziente una situazione di grande rilevanza clinica, il 10.3% ha provocato o prolungato il ricovero ospedaliero e nel 12.8% ha messo il paziente in pericolo di vita.</p> <p>La maggior parte degli eventi segnalati (70.5%) ha avuto come esito la risoluzione completa o il miglioramento, in 1 caso (0.8%) sono stati segnalati dei postumi, nel 18.9% dei casi l’evento avverso non era ancora risolto al momento della segnalazione e per il restante 9.8% non è stato possibile risalire all’esito finale. Il dato è in leggera crescita rispetto all’anno precedente, nonostante i ripetuti contatti con i segnalatori e un’attività di continuo aggiornamento finalizzati a mantenerlo il più possibile contenuto, vista l’importanza di acquisire queste informazioni per consentire un’approfondita analisi dei casi segnalati, in particolar modo quando ritenuti gravi.</p> <p>Il 53.3% delle segnalazioni raccolte sono spontanee, il restante 46.7% è correlato a studi di Farmacovigilanza attiva in corso, che insistono prevalentemente sull’ambito oncologico.</p> <p>I farmaci maggiormente coinvolti nella segnalazione appartengono al gruppo degli antineoplastici e immunomodulatori (ATC L, 75.2%), seguiti da farmaci attivi su sangue e organi emopoietici (ATC B, 6.4%), dagli antimicrobici (ATC J 5,0%), dai farmaci del sistema muscoloscheletrico (ATC M 5,0%) e attivi sul sistema nervoso (ATC N, 4.3%).</p> <p>Sul totale delle segnalazioni pervenute il 90.2% è stato inserito direttamente via web, in crescita rispetto all’anno precedente, il 9.8% è pervenuto in formato cartaceo.</p> <p>Nel corso del 2024, nell’ambito della farmacovigilanza, sono stati segnalati anche 2 difetti di medicinali: un problema di anomala colorazione del contenuto di una sacca per infusione ed un malfunzionamento di un dispositivo che ha impedito l’erogazione del farmaco contenuto. Anche questi casi sono stati segnalati alle autorità competenti per gli opportuni approfondimenti in termini di rispetto degli standard produttivi e sicurezza.</p>
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>In generale i dati indicano una buona qualità della segnalazione e, di conseguenza, una particolare attenzione degli operatori alla sicurezza paziente.</p> <p>Ai fini di mantenimento e possibile incremento della compliance degli operatori, nel corso del 2024 è stata riproposta una formazione di livello interaziendale provinciale sui temi della gestione clinica del farmaco, della farmacovigilanza e della sicurezza delle cure. Ciò al fine di diffondere tra gli operatori le conoscenze</p>

	<p>circa le corrette modalità di gestione clinica e logistica del farmaco indicate nelle Raccomandazioni Ministeriali/Regionali e recepite nella procedura interaziendale, nonché le corrette modalità di segnalazione di eventi/quasi eventi correlati alla gestione clinica del farmaco.</p>
<p>Valutazione dei risultati e prospettive future</p>	<p>Il Sistema Aziendale di farmacovigilanza garantisce la puntuale raccolta di tutte le informazioni relative alla sicurezza dei farmaci ed una regolare alimentazione dei relativi sistemi regionali e nazionali.</p> <p>È interesse aziendale mantenere attivo un attento monitoraggio circa le reazioni avverse da farmaci, continuando ad assicurare una puntuale adesione al sistema regionale e nazionale di farmacovigilanza.</p> <p>È inoltre interesse aziendale proseguire ed implementare le attività necessarie al fine di mantenere elevata l'attenzione dei professionisti in questo ambito, anche mediante lo svolgimento delle attività formative già tenute nel corso del 2024, al fine di raggiungere il maggior numero possibile di operatori.</p>

SCHEDA NR. 6: DISPOSITIVOVIGILANZA

<p>Letteratura/Normativa di riferimento</p>	<p>Regolamento (UE) 2017/745 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 5 aprile 2017, relativo ai dispositivi medici, che modifica la direttiva 2001/83/CE, il regolamento (CE) n. 178/2002 e il regolamento (CE) n. 1223/2009 e che abroga le direttive 90/385/CEE e 93/42/CEE del Consiglio</p> <p>Regolamento (UE) 2017/746 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 5 aprile 2017, relativo ai dispositivi medico-diagnostici in vitro e che abroga la direttiva 98/79/CE e la decisione 2010/227/UE della Commissione</p> <p>Legge 22 aprile 2021, n. 53 - Delega al Governo per il recepimento delle direttive europee e l'attuazione di altri atti dell'Unione europea - Legge di delegazione europea 2019-2020.</p> <p>Circolare del Ministero della Salute 12 novembre 2021 - Indicazioni relative a taluni aspetti del Regolamento (UE) 2017/745 in materia di dispositivi medici</p> <p>Regolamento (UE) 2022/112 del Parlamento europeo e del consiglio del 25 gennaio 2022 che modifica il regolamento (UE) 2017/746 per quanto riguarda le disposizioni transitorie per determinati dispositivi medico-diagnostici in vitro e l'applicazione differita delle condizioni concernenti i dispositivi fabbricati internamente</p> <p>Ministero della Salute, Decreto 31 marzo 2022, Istituzione della rete nazionale per la dispositivo-vigilanza e del sistema informativo a supporto della stessa. (G.U. Serie Generale, n. 90 del 16 aprile 2022)</p>
--	---

	<p>Decreto legislativo 05 agosto 2022, n. 137: “Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2017/745 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 5 aprile 2017, relativo ai dispositivi medici, che modifica la direttiva 2001/83/CE, il regolamento (CE) n. 178/2002 e il regolamento (CE) n. 1223/2009 e che abroga le direttive 90/385/CEE e 93/42/CEE del Consiglio, nonché' per l'adeguamento alle disposizioni del regolamento (UE) 2020/561 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 aprile 2020, che modifica il regolamento (UE) 2017/745 relativo ai dispositivi medici, per quanto riguarda le date di applicazione di alcune delle sue disposizioni ai sensi dell'articolo 15 della legge 22 aprile 2021, n. 53. (22G00145)</p>
<p>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</p>	<p>I dispositivi medici (DM) e dispositivi medici diagnostici in vitro (DM-IVD) sono prodotti e tecnologie utilizzati nelle strutture sanitarie per la diagnosi e l'assistenza (per esempio siringhe, cateteri, protesi impiantabili, ferri chirurgici, strumentazioni per radiologia, ecografia, test diagnostici, ecc...).</p> <p>Gli operatori sanitari pubblici o privati che nell'esercizio della loro attività rilevano un incidente che coinvolga un dispositivo medico sono tenuti a darne comunicazione al Ministero della salute, direttamente o tramite la struttura sanitaria ove è avvenuto l'incidente segnalato. La comunicazione, per incidente grave deve essere inviata sia al Ministero della salute che al Fabbriante mentre la segnalazione di incidente non grave deve essere inviata al Fabbriante mentre non è obbligatoria l'informativa al Ministero della Salute. Al Fabbriante, comunque, va segnalato anche ogni altro inconveniente che, pur non integrando le caratteristiche dell'incidente, possa consentire l'adozione delle misure atte a garantire la protezione e la salute dei pazienti e degli utilizzatori.</p> <p>In Emilia-Romagna nel 2008 è stata istituita una Commissione regionale sui dispositivi medici che ha, fra l'altro, il compito di promuovere e sviluppare la vigilanza sui DM coordinando la rete dei Referenti aziendali della Vigilanza (RAV), sensibilizzando gli operatori sanitari al fine di aumentare la qualità e numerosità delle segnalazioni, anche attraverso un periodico e sistematico ritorno informativo alle Aziende. È in corso l'implementazione di un sistema regionale per la raccolta/diffusione delle segnalazioni di incidenti tramite la creazione di un registro informatico. In particolare, grazie alla procedura informatica regionale e alla collaborazione attiva di tutti i Referenti Aziendali per la Vigilanza sui dispositivi medici (RAV) e sui dispositivi medico-diagnostici in vitro (RADV), sarà possibile con l'impiego di una scheda di segnalazione di incidente in formato elettronico, creare una Banca Dati regionale degli incidenti per favorire una sempre più ampia diffusione delle informazioni sugli incidenti e sulle risoluzioni adottate per mitigare i rischi che l'incidente ha reso evidenti.</p> <p>La RER da diversi anni pubblica annualmente un rapporto che mette a confronto le segnalazioni dell'anno in corso rispetto ai precedenti.</p> <p>Dal rapporto “Dispositivo-vigilanza: le segnalazioni di incidente in Emilia-Romagna nell'anno 2023” pubblicato a giugno 2024 a cura della Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare, Settore Assistenza Ospedaliera – Area farmaco e dispositivi medici risulta che nel corso di quell'anno sono state registrati 820 incidenti per DM (785) e IVD (35), con un aumento delle segnalazioni totali rispetto agli anni precedenti (2020 = 399, 2021 = 456, 2022 = 562), sia per i DM che per gli IVD.</p> <p>L'analisi per tipologia di DM e DM-IVD oggetto delle segnalazioni nell'anno 2023 evidenzia che nel 59% dei casi (481 segnalazioni), si è trattato di incidenti non gravi che non hanno avuto conseguenze serie per i pazienti, nel 30% dei casi (251 pazienti) è stato necessario una procedura chirurgica per risolvere l'evento, nel</p>

	<p>10% dei casi (80 pazienti) si è reso necessario un intervento medico specifico, nel 1% dei casi (5 pazienti) si è avuto un aumento dei giorni di ospedalizzazione e in meno dell'1% dei casi (3 segnalazioni) si è avuto come conseguenza il decesso del paziente.</p> <p>Le classi CND maggiormente interessate negli incidenti sono state:</p> <ul style="list-style-type: none"> • classe P “materiale protesico”; 220 schede • classe A “materiale per somministrazione e prelievo”; 132 schede • classe C “materiale per apparato cardiovascolare”; 89 schede. • Classe J “impiantabili attivi”; 79 schede • Classe Z “apparecchiature”; 59 schede
<p>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</p>	<p>In AOU, come del resto in AUSL, la dispositivo-vigilanza è assicurata da una stretta collaborazione tra gli operatori sanitari ed i referenti interaziendali AOU e AUSL di Modena: a fronte della rilevazione di inconvenienti correlati all'utilizzo dei dispositivi medici viene avviata una istruttoria interna che, in caso di esito positivo, porta alla segnalazione formale agli organi competenti. Oltre all'immediata attuazione di eventuali azioni correttive finalizzate alla mitigazione del rischio (ritiro di lotti, attento monitoraggio, ecc.), in caso di incidenti gravi o ripetuti possono essere avviati anche ulteriori interventi di analisi dei casi finalizzati all'individuazione di eventuali ulteriori azioni correttive sino al non uso del prodotto.</p> <p>In AOU nel 2024 sono state raccolte 34 segnalazioni (verso le 31 del 2023, le 35 del 2022, le 56 de 2021 e 34 del 2020) e con un andamento stabile dopo un picco nel 2021. Le segnalazioni sono state gestite mediante ritiro del lotto o attento monitoraggio del DM/IVD coinvolto a seconda della gravità dell'incidente. Sempre nel 2024 i reclami in AOU sono stati 10 (21 nel 2023, 18 nel 2022, 10 nel 2021 e 16 del 2020).</p> <p>Sono, inoltre, stati gestiti complessivamente oltre 250 avvisi di sicurezza (in linea con gli anni precedenti ed in continuo aumento) inviati dai fabbricanti e che riguardano DM e IVD utilizzati in Azienda. Attraverso gli avvisi di sicurezza, il Fabbricante fornisce indicazioni che richiedono una azione correttiva. Nella maggior parte si tratta di una revisione della manualistica d'uso, ma a volte l'azione correttiva può richiedere una revisione programmata del software, un adeguamento della componentistica o il ritiro immediato del dispositivo medico. Sempre 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 aziendale di Risk Management. La procedura di segnalazione (e relativa modulistica) tiene conto della normativa vigente e delle indicazioni regionali e nazionali in materia. Inoltre, avvisi e incidenti sono visibili a tutti su sito intranet aziendale.</p> <p>A tutto ciò si affiancano una serie di attività, delegate ex lege al Servizio Unico di Ingegneria Clinica, mirate a garantire la sicurezza delle tecnologie biomediche. Tra queste ad es. rientrano le verifiche di sicurezza, pianificate per mitigare i rischi correlati alle tecnologie installate in funzione del rischio paziente e operatore secondo le indicazioni della Raccomandazione n° 9 del Ministero della Salute (Raccomandazione per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali) e mirate a verificare il rispetto (entro un certo limite di tolleranza) delle prestazioni dei dispositivi rispetto a quelle dichiarate e la conformità alle norme di sicurezza vigenti.</p> <p>A queste si sommano e si affiancano le attività tecnico-gestionali per i collaudi di accettazione delle nuove tecnologie e la manutenzione preventiva sul parco</p>

	<p>tecnologico installato. Programmate a seguito alla analisi del rischio del patrimonio installato e al piano dei controlli elaborato in funzione del rischio stesso, dopo il netto incremento numerico registrato nel corso del biennio 2020-2021 (rispettivamente 508 e 334), negli ultimi anni sono risultate in calo, soprattutto in relazione alla riduzione dei finanziamenti. Nel 2024 sono state svolte internamente più di 750 collaudi e 285 attività di manutenzione preventiva.</p>
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>Gli operatori dell’AOU di Modena hanno acquisito un buon grado di sensibilità nei confronti della puntuale segnalazione degli incidenti che coinvolgono i DM/IVD ed i responsabili aziendali della dispositivo vigilanza hanno continuato ad assicurare una regolare alimentazione dei sistemi regionali e nazionali di raccolta dei relativi dati.</p> <p>Ciò anche grazie alla continua attività di formazione/informazione degli operatori a cura del Servizio di Ingegneria Clinica interaziendale e del Dipartimento Farmaceutico Interaziendale ed alla specifica formazione (webinar) tenutasi anche nel 2024 a cura dei Servizi di Ingegneria Clinica e Farmacia in collaborazione con la funzione aziendale di Risk Management. L’obiettivo di questa formazione è illustrare i principali elementi innovativi introdotti dai nuovi regolamenti UE 2017/745 e 2017/746, con particolare riferimento agli obblighi di segnalazione degli incidenti ed alle concrete modalità di ottemperanza previste da parte degli operatori sanitari mediante anche la l’analisi di casi di segnalazione, la loro appropriatezza e anche la loro gestione.</p> <p>La funzione aziendale di risk management ha inoltre continuato ad assicurare ai professionisti attività di consulenza e sensibilizzazione in merito alla necessità di formale segnalazione agli organi competenti di eventuali inconvenienti che coinvolgono dispositivi medici che vengono portati alla sua attenzione con altri strumenti ed a fornire supporto organizzativo e metodologico per l’analisi degli eventi avversi di maggiore gravità.</p>
<p>Valutazione dei risultati e prospettive future</p>	<p>Il sistema aziendale di dispositivo-vigilanza non è solo una procedura obbligatoria per legge, ma concorre (con altre procedure aziendali) a garantire un uso sempre più sicuro dei Dispositivi Medici.</p> <p>È interesse aziendale mantenere attivo un attento monitoraggio circa gli inconvenienti che coinvolgono dispositivi medici, continuare ad assicurare una puntuale adesione al sistema regionale e nazionale di vigilanza ed incrementare le azioni di sensibilizzazione e formazione del personale.</p>

SCHEDA NR. 7: RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI E REGIONALI PER LA SICUREZZA DELLE CURE, LINEE DI INDIRIZZO E BUONE PRATICHE REGIONALI

<p>Letteratura/Normativa di riferimento</p>	<p>Ministero della Salute, Raccomandazioni per la sicurezza delle cure nn. 1-19</p> <p>Regione Emilia-Romagna, Raccomandazioni regionali per la sicurezza delle cure nn. 1-4</p> <p>Linee di Indirizzo sulla prevenzione delle lesioni da pressione nell'assistenza ospedaliera e territoriale, Regione Emilia-Romagna, 2018</p> <p>Linee di indirizzo per la gestione delle vie aeree nell'adulto, Regione Emilia-Romagna, 2018</p> <p>Linee di indirizzo per la profilassi del tromboembolismo venoso nel paziente chirurgico adulto, Regione Emilia-Romagna, 2019</p> <p>DGR 2050/2019 - Percorso nascita: Indicazioni alle Aziende Sanitarie per garantire la sicurezza del parto con taglio cesareo e la continuità delle cure tra ospedale e territorio a madre e bambino, Regione Emilia-Romagna, novembre 2019</p> <p>Linee di indirizzo per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari, Regione Emilia-Romagna 2020</p> <p>Linee di indirizzo regionali sulla buona pratica di cura degli accessi vascolari, Regione Emilia-Romagna, 2020</p> <p>Linee di indirizzo sulla gestione delle vie aeree (nell'ambito dell'epidemia Covid), Regione Emilia-Romagna, 2021</p> <p>Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale, Regione Emilia-Romagna, 2021</p> <p>Linee di indirizzo sulle iniziative formative di livello regionale e aziendale sulla sicurezza delle cure per gli anni 2022-2024, novembre 2021</p> <p>DGR n. 1237/2023: Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2023</p> <p>DGR 945/2024: "Linee di programmazione e finanziamento delle aziende del servizio sanitario regionale per l'anno 2024"</p>
<p>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</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</p>

	<p>Autonome, è impegnato fin dal 2005 nella stesura e diffusione di “Raccomandazioni” per la prevenzione di eventi sentinella.</p> <p>Risultano ad oggi pubblicate dal Ministero della Salute, nella sezione del sito dedicata a qualità e sicurezza delle cure, 19 raccomandazioni, relativamente alle quali AGENAS, in collaborazione con il Ministero della Salute e con il Comitato Tecnico delle Regioni per la sicurezza del paziente, realizza annualmente il monitoraggio dello stato di implementazione da parte delle Aziende/Strutture Sanitarie anche al fine di supportare le organizzazioni sanitarie e i professionisti nella loro applicazione. Lo strumento su cui si fonda il sistema di monitoraggio è un questionario di autovalutazione del livello di implementazione di ciascuna raccomandazione e della checklist per la sicurezza in sala operatoria (SSCL), supportato da griglie.</p> <p>Parallelamente, già da molti anni la Regione Emilia-Romagna emana a sua volta raccomandazioni, linee guida e documenti di buona pratica su varie tematiche di ambito clinico al fine di indirizzare i comportamenti dei professionisti verso l’esercizio in sicurezza di tali attività assistenziali.</p>
<p>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</p>	<p>L’AOU Policlinico di Modena ha puntualmente aderito al monitoraggio curato annualmente da AGENAS circa l’implementazione delle Raccomandazioni ministeriali, provvedendo alla compilazione dello specifico questionario entro i termini previsti ed inserendo anche, dal 2016, la documentazione che attesta l’implementazione a livello aziendale delle Raccomandazioni Ministeriali ed i relativi aggiornamenti.</p> <p>L’adesione al monitoraggio Agenas ha evidenziato già a far tempo dal 2016 un buon livello di implementazione aziendale delle raccomandazioni ministeriali: 12 raccomandazioni su 17 risultavano infatti recepite con documentazione rispondente ai criteri definiti dal livello regionale e altre due recepite in ampia parte.</p> <p>Negli anni successivi il lavoro di implementazione a livello aziendale delle raccomandazioni ministeriali e delle linee di indirizzo regionali è ulteriormente proseguito, mediante definizione ex novo/revisione e aggiornamento delle procedure aziendali a recepimento/implementazione di quanto previsto da varie raccomandazioni ministeriali (n. 8, 5, 13, 7, 12, 17, 18 e 19) e/o linee di indirizzo regionali (gestione delle vie aeree nell’adulto, profilassi del tromboembolismo venoso nel paziente chirurgico adulto,) ed avviati i lavori per il recepimento (talora anche con valenza interaziendale provinciale) di ulteriori linee di indirizzo regionali (prevenzione delle lesioni da pressione, sicurezza del taglio cesareo e del passaggio ospedale-territorio della diade mamma-neonato, buona pratica di cura degli accessi vascolari).</p> <p>Nel 2021, oltre a eventi formativi di livello interaziendale provinciale sui temi della gestione clinica in sicurezza del farmaco, della sicurezza e appropriatezza della terapia trasfusionale e della gestione degli incidenti/quasi eventi correlati all’uso</p>

	<p>dei dispositivi medici, erano stati in gran parte completati i lavori di implementazione a livello aziendale delle indicazioni regionali in tema di sicurezza del parto con taglio cesareo e alla continuità delle cure tra ospedale e territorio a madre e bambino.</p> <p>E ancora, nel corso del 2021 era stata definita una specifica procedura aziendale per dare attuazione alle indicazioni contenute nel documento regionale “Buone pratiche per la prevenzione della contenzione in ospedale” ed erano state implementate mediante revisione della specifica procedura interaziendale le ulteriori indicazioni regionali sulla corretta gestione delle vie aeree nei pazienti affetti da Covid 19.</p>
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>Anche nel 2024 è stato assolto l’obbligo relativo al monitoraggio AGENAS delle raccomandazioni ministeriali relativamente allo stesso anno.</p> <p>In adesione alla Call for good practice 2024 dell’Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla Sicurezza in Sanità sono state proposte, e successivamente pubblicate a cura di AGENAS nell’apposito sito due buone pratiche.</p> <p>Le buone pratiche, realizzate dalle organizzazioni sanitarie e validate dalle Regioni/PA, nell’anno 2024 hanno riguardato il tema del miglioramento della qualità e della sicurezza diagnostica, tematica scelta dalla World Health Organization (WHO) per celebrare la sesta Giornata mondiale della sicurezza dei pazienti del 17 settembre 2024.</p> <p>I progetti realizzati in adesione alla Call for Good Practice AGENAS presentati dall’AOU di Modena sono i seguenti:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Referto diagnostico integrato delle neoplasie ematologiche: un percorso diagnostico guidato dal morfologo nell’ambito delle neoplasie mieloidi; II. Antibiotogramma rapido da emocolture positive <p>Nell’anno 2024, così come nel 2023, sono inoltre proseguite le iniziative di formazione di livello interaziendale provinciale sui temi della sicurezza in ambito di terapia farmacologica, uso dei dispositivi medici e gestione degli emocomponenti.</p>
<p>Valutazione dei risultati e prospettive future</p>	<p>Attualmente risulta essere stata implementata a livello aziendale ampia parte sia delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza dei pazienti e delle cure, che anche degli analoghi documenti emanati dal livello regionale, e ciò mediante definizione di specifiche procedure che hanno delineato le modalità di concreta attuazione nella pratica clinica dei contenuti delle singole raccomandazioni e linee di indirizzo.</p> <p>Ferma restando l’intenzione da parte di questa AOU di proseguire tale implementazione anche per quelle raccomandazioni/linee di indirizzo che non hanno finora trovato una più precisa definizione procedurale (pur essendo di fatto in ampia parte applicate nella pratica clinica), si ritiene altrettanto importante, a</p>

fini di miglioramento, proseguire l'attività di formazione/informazione dei professionisti in questo campo, proseguendo l'attività già in corso sia sui temi della sicurezza in ambito di terapia farmacologica, uso dei dispositivi medici e gestione degli emocomponenti, che anche in merito ad altre tematiche di rilievo per la sicurezza, tra cui ad es. prevenzione delle cadute e delle lesioni da pressione; prevenzione e gestione degli atti di violenza nei confronti degli operatori sanitari.

SCHEDA NR. 8: PREVENZIONE DELLE CADUTE IN OSPEDALE

Letteratura/Normativa di riferimento	<p>Ministero della Salute, “Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie ministeriale”, raccomandazione n. 13, novembre 2011</p> <p>Regione Emilia-Romagna, “Linee di indirizzo su prevenzione e gestione delle cadute del paziente in ospedale”, dicembre 2016</p> <p>DGR n. 1237/2023: Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l’anno 2023</p> <p>DGR n. 945/2024: “Linee di programmazione e finanziamento delle aziende del servizio sanitario regionale per l’anno 2024”</p>
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	<p>Le cadute accidentali rappresentano uno dei più comuni eventi avversi 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, ecc.).</p> <p>Da diversi anni l’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena è impegnata sul tema della prevenzione delle cadute in Ospedale. Fin dal 2012 erano state recepite in una specifica procedura aziendale le previsioni di cui alla Raccomandazione ministeriale n. 13, con particolare riferimento alla sistematica rilevazione del rischio specifico di caduta sui pazienti anziani e/o con fattori di rischio entro breve tempo dall’ingresso in reparto ed alla conseguente attuazione di una serie di azioni preventive, nonché alla segnalazione di ogni episodio di caduta accidentale in corso di ricovero a fini di alimentazione di apposito data-base aziendale che genera una specifica reportistica che viene resa disponibile agli operatori tramite i sistemi informativi aziendali.</p> <p>A seguito dell’emanazione, nel dicembre 2016, di Linee di Indirizzo regionali in tema di prevenzione e gestione delle cadute del paziente in Ospedale, fin dal 2017 è poi stata avviato un processo di implementazione delle stesse linee di indirizzo a livello aziendale, dapprima mediante adesione allo specifico programma regionale e successivamente mediante revisione della relativa procedura aziendale, con definizione, diffusione e applicazione di nuovi strumenti di valutazione del rischio, sia del paziente che strutturale.</p> <p>Nel frattempo, per superare la generica segnalazione degli eventi con scheda di Incident Reporting precedentemente adottata e creare un data base dedicato e, di conseguenza, per meglio monitorare il fenomeno anche in termini di esiti, era stato individuato uno specifico percorso dedicato alla segnalazione delle cadute con apposita scheda, compilabile tramite gli applicativi aziendali, che alimentava un apposito data base aziendale che consentiva la produzione di reportistica ad hoc; tale reportistica veniva valutata dalla funzione aziendale di Risk management</p>

a fini di individuare i casi meritevoli di più approfondita analisi e sviluppo di azioni di miglioramento.

Nel 2019 è stata, inoltre, definita e resa disponibile per tutti gli operatori mediante pubblicazione sul sito intranet aziendale una specifica scheda di rilevazione delle cadute del paziente ambulatoriale e del visitatore. Nello stesso anno e, compatibilmente con l'evoluzione della pandemia da SARS CoV-2, anche nel biennio successivo, è stata promossa l'adesione degli operatori alla specifica FAD pubblicata sulla piattaforma regionale in tema di prevenzione e gestione delle cadute dei pazienti ricoverati.

L'anno 2023 è stato caratterizzato dalla raccolta delle schede apposite schede caduta compilate dai Professionisti fino al 31/03/2023. In seguito, a partire dall'1/04/2023 è stata introdotta in AOU la piattaforma digitale regionale SegnalER quale strumento unico di segnalazione di tutti gli eventi significativi per la sicurezza delle cure, ivi inclusi gli episodi di caduta in qualsiasi setting aziendale. L'anno 2023 è stato dedicato alla diffusione e implementazione della suddetta piattaforma nonché alla formazione e al supporto nei confronti dei Professionisti segnalanti e delle figure professionali individuate come responsabili validatori delle segnalazioni inserite.

Nell'anno 2024 tale piattaforma è diventata l'unico strumento di segnalazione delle cadute nelle aziende dell'AOU di Modena, per cui è stata portata avanti l'opera di formazione e informazione agli operatori sanitari per la segnalazione degli eventi mediante SegnalER e di supporto nei confronti dei Professionisti segnalanti e delle figure professionali individuate come responsabili validatori delle segnalazioni inserite.

La funzione aziendale di Risk management ha effettuato una raccolta sistematica dei dati inseriti nella piattaforma SegnalER, anche al fine di produrre una reportistica utilizzabile per l'analisi delle criticità e la messa in atto delle possibili azioni di miglioramento.

Le segnalazioni compilate dagli operatori vengono valutate dalla funzione aziendale di risk management anche tramite attività di analisi e approfondimento di casi selezionati, anche tramite la collaborazione degli operatori/responsabili delle strutture direttamente coinvolte e/o dei responsabili di altri Servizi potenzialmente interessati. La chiusura della scheda di segnalazione inserita dall'operatore su SegnalER, ne determina la trasmissione a livello regionale (Centro Regionale Gestione del Rischio Sanitario - CeGeRisS).

I dati ottenuti tramite le schede di segnalazione caduta sono, inoltre, oggetto di una specifica reportistica che, mediante aggregazione dei dati per Dipartimenti, singole U.O. e macrocategorie di eventi segnalati, è finalizzata ad individuare le principali aree/tematiche di criticità segnalate. Tale reportistica viene inviata all'attenzione degli operatori tramite i Direttori ed i Responsabili Assistenziali di Dipartimento, a fini di ulteriori analisi e valutazioni.

<p>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</p>	<p>Nell'ambito dell'attività sanitaria è presente il rischio di caduta accidentale, sia in regime di degenza che ambulatoriale: questo per le caratteristiche degli utenti presi in carico (es. fragilità, utenti polipatologici, ecc.) e per la complessità dei contesti di cura.</p> <p>Nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena da tempo è attivo un piano aziendale per la prevenzione delle cadute nel quale sono state 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, ai fini di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ridurre il rischio di caduta dei pazienti ricoverati attraverso l'implementazione di strategie multidimensionali e multiprofessionali finalizzate alla prevenzione; - promuovere una gestione tempestiva e appropriata del paziente caduto, al fine di ridurre le conseguenze; - sensibilizzare gli operatori sanitari, i pazienti e i loro familiari sul fenomeno e i relativi strumenti di prevenzione. <p>La conoscenza del fenomeno all'interno dell'organizzazione, mediante analisi qualitativa e quantitativa degli episodi di caduta segnalati è il nucleo centrale e presupposto di qualsiasi piano di prevenzione.</p> <p>A fronte di 626 segnalati nel 2022 e di 560 segnalati nel 2023, nel 2024 sono stati segnalati complessivi 541 episodi di caduta di pazienti ricoverati, di cui 255 avvenute al Policlinico e 286 presso l'OCB. Il tasso complessivo aziendale di cadute è risultato pari a 1,51 cadute/1000 gg di degenza, dato ricavato dalla media dei tassi relativi di 1,28/1000 gg di degenza per il Policlinico e 1,76 cadute/1000 gg di degenza per l'OCB.</p> <p>Nel corso del 2024 il numero assoluto di cadute di pazienti ricoverati segnalato ha quindi mostrato una diminuzione rispetto all'anno precedente. Il decremento è anche confermato dal rilievo di una diminuzione del tasso di cadute, che, peraltro, rimane inferiore rispetto alla media regionale calcolata per il 2023 come pari a 1.83. Importante è comunque segnalare che nella maggior parte dei casi il paziente vittima di caduta in corso di ricovero non ha riportato nessuna lesione o solo minime lesioni traumatiche superficiali, di natura contusiva (escoriazioni, contusioni).</p>
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>Per incrementare ulteriormente la sensibilizzazione degli operatori sul tema della prevenzione delle cadute del paziente in ospedale, nel corso del 2024 è stata ulteriormente incentivata l'adesione degli operatori al corso FAD regionale incentrato sui contenuti delle Linee di indirizzo in tema di prevenzione e gestione delle cadute dei pazienti ricoverati.</p> <p>È, inoltre, proseguito il monitoraggio da parte della funzione di risk management degli episodi di caduta segnalati anche ai fini di attivazione, nei casi di maggior rilievo, dei necessari approfondimenti e/o analisi con i professionisti interessati a</p>

	<p>fini di individuare le eventuali azioni di miglioramento necessarie, nonché al fine di segnalazione al SIMES degli eventi sentinella correlati ad episodi di caduta con esito lesivo maggiore.</p> <p>Infine, un intervento effettuato al fine di intercettare con maggiore accuratezza i pazienti a maggior rischio caduta sono stati introdotti dei nuovi moduli di valutazione del rischio cadute e sono stati individuati specifici referenti aziendali e facilitatori all'interno delle singole unità operative, cui affidare una più capillare e frequente diffusione dei dati aziendali sul tema e uno stretto contatto con il Risk Manager.</p>
<p>Valutazione dei risultati e prospettive future</p>	<p>Per il 2025 si prevede di incrementare l'attento monitoraggio circa le cadute, con l'ausilio dei referenti e i facilitatori individuati nelle singole unità operative, assicurando la prosecuzione e l'intensificazione delle attività di formazione, sensibilizzazione e informazione del personale in questo campo.</p>

SCHEDA NR. 9: SICUREZZA IN CHIRURGIA – SURGICAL SAFETY CHECKLIST (SSCL)

Letteratura/Normativa di riferimento	<p>WHO guidelines for safe surgery: 2009: safe surgery saves lives</p> <p>Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, “Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist”, ottobre 2009</p> <p>RER, Agenzia sanitaria e sociale regionale, “Raccomandazioni per la sicurezza in sala operatoria”, febbraio 2010</p> <p>Regione Emilia-Romagna, progetto “Rete delle sale operatorie sicure (SOS.net)”, 2010</p> <p>RER, OssERvare L’OSSERVAZIONE DIRETTA DELL’APPLICAZIONE DELLA SAFETY SURGERY CHECK LIST (SSCL) IN SALA OPERATORIA Strumenti per il miglioramento dell’uso della checklist in sala operatoria. MANUALE PER GLI OSSERVATORI, NOVEMBRE 2016</p> <p>DM 2 aprile 2015, n. 70, “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”</p> <p>Circolare regionale n. 18/2016, “Specifiche per la gestione della check list di Sala Operatoria (SSCL) e infezioni del sito chirurgico (SiChER)”;</p> <p>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”</p> <p>Regione Emilia-Romagna, novembre 2018: “Linee di indirizzo per la gestione delle vie aeree nell’adulto”</p> <p>Regione Emilia-Romagna, novembre 2018: “Linee di indirizzo per la profilassi del tromboembolismo venoso nel paziente chirurgico adulto”</p> <p>Regione Emilia-Romagna, luglio 2019: “Indicazioni per la sicurezza in elettrochirurgia in sala operatoria”</p> <p>Regione Emilia-Romagna, ottobre 2019: “Indicazioni per il corretto posizionamento dell’assistito in sala operatoria”</p> <p>DGR RER n. 3699 del 3/3/2021 “Linee di indirizzo per la gestione delle vie aeree nell’adulto nell’ambito dell’epidemia Covid-19”</p> <p>Regione Emilia-Romagna, Report regionale sulle fonti informative per la sicurezza delle cure 2018, 2019, 2020, 2021, 2022</p> <p>DGR n. 1237/2023: Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l’anno 2023</p>
---	--

	DGR n. 945/2024: "Linee di programmazione e finanziamento delle aziende del servizio sanitario regionale per l'anno 2024"
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	<p>Sulla base delle raccomandazioni "Guidelines for Surgery" l'OMS ha costruito una checklist per la sicurezza in sala operatoria (Surgical Safety Checklist - SSCL) che rappresenta uno strumento a supporto delle équipes operatorie per la verifica di sistematica esecuzione dei controlli di aderenza alle raccomandazioni sulla sicurezza in sala operatoria: ciò al fine di prevenire la mortalità e le complicanze post-operatorie.</p> <p>La SSCL comprende 20 item relativi ai controlli da effettuare nel corso delle varie fasi dell'intervento chirurgico: l'avvenuta esecuzione di ogni singolo controllo è attestata da una casella da contrassegnare sull'apposita scheda (776a), che viene poi allegata alla cartella clinica. L'eventuale rilievo di non conformità rispetto all'applicazione delle raccomandazioni di sicurezza, oltre ad intercettare il pericolo prima che si manifesti, viene segnalato su altra specifica scheda (776b), i cui contenuti vengono inseriti nello specifico data base regionale, a fini di monitoraggio dei principali scostamenti dalle pratiche di sicurezza.</p> <p>Il progetto della Regione Emilia-Romagna "SOS.net", di cui l'AOU è stata azienda capofila, ha consentito la progressiva introduzione dell'utilizzo della checklist in tutte le Aziende Sanitarie Pubbliche e la costruzione di un network regionale con relativo data base che consente un costante monitoraggio delle varie fasi e dei passaggi critici della procedura chirurgica.</p> <p>In AOU l'applicazione della Checklist di Sala operatoria è stata progressivamente implementata nel corso del tempo ed attualmente riguarda tutti gli interventi eseguiti in sala operatoria su pazienti ricoverati, programmati e urgenti, fatta eccezione per le emergenze.</p> <p>Dopo una fase iniziale di sperimentazione presso questa AOU ed ulteriore sperimentazione di livello regionale, dal 2020 presso l'AOU di Modena viene inoltre applicata la checklist specifica per la sicurezza del taglio cesareo definita a livello regionale. Nel corso del 2021 sono, inoltre, stati attivati gli adeguamenti tecnici necessari per garantire, a far tempo dal gennaio 2022, il relativo flusso regionale, in parallelo a quello già previsto da alcuni anni per la SSCL.</p>
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	L'analisi dei dati raccolti mediante la compilazione della Checklist di Sala operatoria evidenzia che gli elementi di rischio su cui è necessario porre l'attenzione riguardano in particolare la marcatura del sito chirurgico ed il coordinamento/comunicazione fra i diversi membri del team (es. controllo delle allergie, lato intervento, antibiotico-profilassi).
Interventi/azioni correttive e di miglioramento	A fini di miglioramento della sicurezza del paziente in ambito chirurgico, dando ulteriore seguito a quanto avviato nel corso degli anni precedenti, l'AOU ha confermato la propria partecipazione al progetto regionale 'OssERvare' finalizzato alla verifica diretta delle modalità di applicazione della SSCL nelle sale operatorie dello stabilimento Policlinico e Ospedale civile di Baggiovara. In linea con quanto

<p>effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>richiesto dal livello regionale, nel corso del 2024 sono stati oggetto di osservazione 35 interventi chirurgici.</p> <p>È stata, inoltre, garantita una regolare alimentazione del flusso dati di SSCL al livello regionale e sono state poste in essere azioni finalizzate al miglioramento della qualità del suddetto flusso rispetto a quanto emerso dalle verifiche incrociate con altri flussi informativi, tra cui soprattutto il flusso SDO.</p> <p>Parallelamente, sono state avviate attività finalizzate alla verifica del grado di implementazione di quanto previsto dalle linee di indirizzo regionali per la gestione delle vie aeree nell'adulto.</p>
<p>Valutazione dei risultati e prospettive future</p>	<p>Pur a fronte del rilievo di una certa efficacia del piano di miglioramento messo in atto nel corso degli anni precedenti, si ritiene necessario il mantenimento di un attento monitoraggio circa l'effettiva e corretta applicazione della SSCL a tutti gli interventi chirurgici, anche mediante ripetizione del progetto regionale 'OssERvare'.</p> <p>Le corrette modalità di utilizzo dello strumento, nonché l'importanza dello stesso, saranno oggetto di corsi di formazione specifici.</p> <p>Parallelamente, si intende proseguire nell'impegno di assicurare al livello regionale un flusso dati sempre più puntuale ed accurato relativamente alla SSCL, anche mediante affinamento dei sistemi informatizzati di raccolta ed invio dati e introduzione di sistemi informatizzati di raccolta del dato direttamente in sala operatoria.</p> <p>Si intende inoltre proseguire, in parallelo, l'alimentazione del flusso regionale specifico per la SSCL-TC.</p> <p>E, ancora, verranno portate avanti sia l'attività di verifica dell'implementazione di quanto previsto dalle linee di indirizzo regionali per la gestione delle vie aeree nell'adulto che anche le azioni di miglioramento che risulteranno necessarie in questo stesso ambito.</p>

SCHEDA NR. 10: GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

Letteratura/Normativa di riferimento	<p>Ministero della Salute, Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale, Direzione Generale della programmazione sanitaria, Ufficio III ex D.G.PROG., "Manuale di formazione per il governo clinico: la sicurezza dei pazienti e degli operatori", gennaio 2012</p> <p>"Linee di indirizzo alle Aziende per la gestione del rischio infettivo: infezioni correlate all'assistenza e uso responsabile degli antibiotici" (DGR 318/2013)</p> <p>Piano Nazionale di Contrasto dell'Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025</p> <p>Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025 dell'Emilia-Romagna</p> <p>"Sinergie e integrazione tra rischio clinico e rischio infettivo" Documento di consenso maggio 2019 Sub Area Rischio Clinico, Commissione Salute</p> <p>RER 2021 LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI PER L'IMPLEMENTAZIONE DEI PROGRAMMI DI USO RAZIONALE DEGLI ANTIBIOTICI</p> <p>DECRETO 19 dicembre 2022 Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie. (22A07418) (GU n.305 del 31-12-2022)</p>
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	<p>Tra i diversi rischi associati all'assistenza sanitaria, quello infettivo, ossia il rischio per pazienti e operatori di contrarre un'infezione nel corso di un episodio assistenziale, occupa un posto di particolare rilievo soprattutto in quanto negli ultimi anni ha avuto una tendenza in costante incremento.</p> <p>La sorveglianza rappresenta uno degli elementi che caratterizzano il contrasto alle infezioni in generale e quindi anche alle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) ovvero le infezioni acquisite durante le attività assistenziali sanitarie. In particolare, è importante disporre di un sistema di segnalazione rapida di eventi che richiedono interventi tempestivi, quali infezioni da microrganismi che per le caratteristiche di diffusività e/o antibioticoresistenza costituiscono eventi sentinella (es. legionellosi acquisita in ospedale, tubercolosi non diagnosticata al ricovero, infezioni sostenute da microrganismi con profili di antibiotico resistenza "nuovi") o il verificarsi di eventi epidemici. L'individuazione tempestiva di tali eventi e l'indagine epidemiologica per identificarne le cause sono azioni essenziali per prevenire ulteriori casi secondari e "imparare dall'errore". Occorre prevedere anche la sorveglianza dell'antibiotico-resistenza, essenziale per calibrare gli interventi correttivi. In Europa numerosi Paesi hanno attivato sistemi di sorveglianza attivi e continuativi nelle aree più a rischio, quali i Reparti chirurgici e le unità di terapia intensiva.</p> <p>Presso l'AOU di Modena è presente un sistema di sorveglianza microbiologica ("osservatorio microbiologico") con reportistica periodica, che permette tra l'altro</p>

	<p>di stratificare gli isolamenti tra comunitari, nosocomiali e multi-resistenti, oltre a mostrare il trend annuale di antibioticoresistenza. Il report periodico prodotto dalla Microbiologia viene diffuso a tutti gli operatori sanitari mediante mail e pubblicazione sul sito intranet aziendale. A fini di prevenire le infezioni, con particolare riferimento alle ICA, è poi importante anche il trasferimento nella pratica di misure assistenziali efficaci a ridurre il rischio infettivo, che si dividono in precauzioni standard (igiene delle mani, uso dei guanti e dei dispositivi di protezione individuale (DPI), adozione di pratiche sicure per la prevenzione dell'esposizione degli operatori sanitari a patogeni trasmissibili per via ematica, corretta collocazione del paziente, procedure di sanificazione ambientale, gestione dei dispositivi medici, gestione della biancheria e delle stoviglie, trattamento dei rifiuti) e precauzioni aggiuntive di isolamento.</p> <p>Parallelamente, anche la diffusione dell'antimicrobico resistenza rappresenta un problema di enorme rilevanza su scala mondiale. Pertanto, numerose strategie devono essere messe in atto per favorire il contenimento del fenomeno.</p>
<p>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</p>	<p>A fini di controllo del rischio infettivo in AOU è attivo un Gruppo Operativo multidisciplinare per il controllo delle ICA e sono da tempo operativi diversi sistemi di rilevazione e segnalazione rapida di vari tipi di malattie infettive: germi sentinella, microrganismi con profilo di resistenza inusuale, epidemie e cluster epidemici, malattie invasive batteriche. Ciò mediante implementazione di procedure che garantiscono una regolare e tempestiva segnalazione delle malattie infettive e diffusive ai vari organi competenti (Servizio di Igiene Pubblica, Direzione Sanitaria, Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Assessorato alla Sanità) e consentono di assicurare il tempestivo intervento dei servizi preposti per l'applicazione delle misure di profilassi e controllo necessarie per circoscrivere e/o arrestare il diffondersi delle infezioni.</p> <p>L'AOU di Modena partecipa, inoltre, da anni al sistema di Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico aderendo allo specifico progetto regionale (SICHER), che consente la sorveglianza sia degli interventi non protesici che di quelli che prevedono l'utilizzo di materiale protesico: il numero di infezioni della ferita chirurgica in entrambi i casi è sempre risultato mediamente in linea con i dati regionali.</p> <p>Sempre in tema di sorveglianza la nostra Azienda ha partecipato allo studio di Prevalenza delle ICA promosso e coordinato dall'Università di Torino sul modello ECDC.</p> <p>Nel 2024 è stato inoltre condotto uno studio di prevalenza sulle CAUTI (infezioni delle vie urinarie associate a catetere vescicale) con il fine di monitorare l'andamento delle infezioni urinarie nosocomiali correlate all'uso dei cateteri urinari.</p> <p>La terapia intensiva adulti e la terapia intensiva neonatale partecipano ai network nazionali sulla sorveglianza delle incidenze delle polmoniti associate a ventilazione</p>

	<p>(VAP), batteriemie associate a cateteri venosi centrali (CRBSI) e sepsi neonatali LOS (late onset sepsis). Tali dati vengono condivisi annualmente con i componenti del nucleo strategico e dei nuclei operativi del rischio infettivo.</p> <p>Inoltre, nel periodo pandemico Influenzale viene attivato il flusso di notifica dei casi di positività per Influenza A/B.</p> <p>Nel corso degli anni sono poi stati tempestivamente recepiti gli aggiornamenti degli organismi nazionali ed internazionali competenti per la rilevazione precoce/gestione di eventuali casi di patologie infettive emergenti (es. Chikungunya/Dengue/West Nile Disease/Zika).</p> <p>Ai fini della prevenzione e del controllo della legionellosi è da tempo attivo un sistema di monitoraggio e prevenzione attuato in collaborazione con personale qualificato dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia.</p> <p>Ai fini della prevenzione dell'aspergillosi è attivo un protocollo per la messa in atto di misure di precauzione specifiche in occasione di cantieri o altri lavori edili all'interno dei locali sanitari o nelle aree circostanti.</p> <p>Sono attivi, inoltre, programmi specifici di controllo sul reprocessing dei dispositivi critici come gli strumenti endoscopici o gli strumenti in uso presso i Riuniti odontoiatrici.</p> <p>Sempre in tema di individuazione delle criticità e rendicontazione degli esiti dei programmi viene sorvegliato periodicamente con sistemi real-time il consumo di gel alcolico e il consumo di antimicrobici (includendo antibiotici e antifungini) con indicatori normalizzati e standardizzati per mille giornate di degenza. Tali report sono pubblicati e restituiti periodicamente sul sito intranet aziendale.</p>
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>L'attività programmata per l'anno 2024 si è posta come obiettivo generale il mantenimento delle attività già da tempo in essere: applicazione di procedure relative alla segnalazione rapida di malattie infettive, eventi sentinella e microrganismi con profilo di resistenza inusuale, sorveglianza, risposta ad emergenze infettive, prosecuzione dei progetti sulle buone pratiche di infection control; promozione di corsi di formazione, revisione di procedure, prosecuzione del processo di integrazione delle attività e dei flussi informativi tra i due stabilimenti dell'Azienda, ecc.</p> <p>È stato redatto un "Piano aziendale per la prevenzione e gestione del rischio infettivo 2024" (allegato al Piano Programma per la sicurezza delle cure 2024) relativo alla programmazione delle attività di prevenzione e controllo delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA) e contrasto dell'antibiotico-resistenza ed è stata svolta una rendicontazione puntuale degli obiettivi inseriti nell'ambito degli incontri di fine 2024 del Comitato Controllo del Rischio Infettivo.</p> <p>Per quanto attiene al flusso di segnalazione delle malattie infettive, sono state svolte attività finalizzate al recepimento del DM 07/03/2022 relativo alla revisione</p>

del sistema di segnalazione delle malattie infettive e delle successive normative regionali di recepimento DGR 991/2023 e Det 15900/2023. Ciò ha implicato l'introduzione di una scheda di segnalazione aggiornata, la revisione dell'elenco delle malattie che richiedono segnalazione rapida, l'accordo con il Servizio di Igiene Pubblica in merito alle ulteriori malattie da segnalare anche se non indicate nella scheda, la predisposizione e diffusione di una informativa per il paziente. Nel corso del 2024 sono state portate avanti iniziative di informazione rivolte ai reparti.

Analogamente a quanto avvenuto nei precedenti anni, anche nel corso dell'anno 2024, sebbene sia stata dichiarata conclusa la fase pandemica, sono proseguite le attività volte alla gestione dell'infezione da SARS CoV 2, mediante periodico aggiornamento di procedure e protocolli per la sicurezza di pazienti ed operatori, secondo le subentranti evidenze scientifiche e indicazioni normative internazionali, nazionali e regionali. È inoltre proseguita l'applicazione di misure per il contenimento del rischio infettivo in caso di casi singoli e di cluster di infezioni da SARS-CoV 2. Si è mantenuto lo screening attivo all'ingresso dei pazienti ricoverati in alcuni reparti in cui sono spesso ricoverati pazienti immunocompromessi. Parallelamente sono proseguite le routinarie attività di gestione del rischio infettivo, tra cui le misure di sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni sostenute da germi multiresistenti, la sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico, ecc.

Sono stati aggiornati i protocolli di sorveglianza per microrganismi resistenti ai carbapenemi e per enterococco vancomicina-resistente.

L'attività formativa è stato uno dei principali ambiti di attività, come di consueto. Gli ambiti caratterizzanti sono l'igiene delle mani, la gestione dei rifiuti, le misure generali di controllo del rischio infettivo e la gestione delle complicanze infettive per gli accessi vascolari. Le attività formative hanno coinvolto operatori sanitari, medici in formazione specialistica e studenti, volontari. Inoltre, la nostra azienda è impegnata nel raggiungimento degli obiettivi fissati dal Piano Formativo previsto dal PNRR 2022-2025 sul tema del rischio infettivo, che ha avuto inizio nel 2024 e che si concluderà nel 2026

Ai fini del miglioramento dell'adesione all'igiene delle mani, è stato adottato un modello organizzativo che ha coinvolto direttamente i professionisti dei reparti e che ha previsto l'esecuzione di osservazioni nominali da parte degli stessi operatori. Questo modello organizzativo ha dato origine ai "Progetti Champions", già ultimati in Terapia Intensiva Policlinico e Terapia Intensiva Neonatale e avviati (con la fase di arruolamento, nel 2024) in Medicina e Gastroenterologia e in Terapia Intensiva dell'Ospedale Civile di Baggiovara.

Il progetto "Igiene delle mani" attivo in AOU dal 2013 e che ha portato ad un notevole incremento del grado di adesione media degli operatori all'igiene delle mani, è stato sostituito nel 2024 dal progetto "PreveniamO le ICA. Questo progetto ha una durata inferiore (3 anni) rispetto al precedente progetto e non si focalizza soltanto sulle corrette pratiche di Igiene delle mani, ma, più in generale, sulla

prevenzione e controllo del rischio infettivo e delle Infezioni correlate all'assistenza. Tale progetto consente di ottenere dati periodici di adesione all'igiene mani secondo i 5 momenti OMS e adesione alle pratiche di. Nel 2024 hanno partecipato al progetto PreveniaMO le ICA le seguenti unità operative: Cardiologia, Chirurgia vascolare, Chirurgia toracica, Medicina D'urgenza, Area Critica Semi-Intensiva, Medicina Interna D'Urgenza, Medicina Riabilitativa, Cardiologia Riabilitativa, Post Acuzie Riabilitazione Estensiva (Ospedale Civile), Cardiologia, Malattie dell'apparato Respiratorio, Medicina Interna, Medicina Interna e Area Critica, Medicina Oncologica, Oncologia Medica, Ematologia, UTM, Hospice (Policlinico)

È proseguita la revisione dell'elenco dei germi sentinella congiuntamente alle principali indicazioni sulla tipologia di isolamento in base al germe.

Sono state aggiornate le indicazioni per la sorveglianza e il controllo delle arbovirosi e dell'influenza.

Sono state completate o revisionate le seguenti procedure/istruzioni operative:

- PO 23 Segnalazione di Malattie Infettive;
- PO 82 Precauzioni per la prevenzione delle infezioni da Aspergillo durante i lavori di demolizione, costruzione, manutenzione e restauro;
- PO 117 Accesso degli animali d'affezione in caso di pazienti ricoverati;
- PO 121 Regolamento per l'accesso ai blocchi operatori (compreso Day surgery);
- PO 175 Gestione dell'assistenza sanitaria nel contesto di diffusione del SARS_CoV 2;
- PO 176 Misure di prevenzione delle infezioni del sito chirurgico e antibiotico profilassi perioperatoria;
- Procedura interaziendale DIMORB – Sorveglianza e controllo dei casi e dei contatti di caso di Morbillo;
- LGAZAI 04 Linee guida isolamenti in ospedale;
- IO 29 Modalità di trasporto del paziente in regime di isolamento;
- IO 49 Staphilococcus aureus (MRSA/MSSA): istruzioni operative per lo screening dei pazienti candidati a interventi in elezione in chirurgia protesica;
- IO 53 Gestione dei casi di Pediculosi;
- PT 01 Reprocessing degli strumenti endoscopici. decontaminazione e pulizia, alta disinfezione /sterilizzazione. Stoccaggio degli strumenti;
- PT 15 Decontaminazione, pulizia e sterilizzazione dei dispositivi medici riutilizzabili in ospedale;
- PT 25 Igiene mani per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.

In linea con la procedura aziendale "Precauzioni per la prevenzione delle infezioni da aspergillo durante lavori di demolizione, costruzione, manutenzione o restauro", è proseguita l'attività di prevenzione e sorveglianza in relazione al

rischio aspergillo in corso di lavori edili presso l'AOU di Modena, mediante applicazione di adeguate misure preventive.

Sono proseguite le attività di prevenzione e controllo della legionellosi mediante sorveglianza clinica, valutazione del rischio, campionamento ambientale.

È attivo un programma di formazione del personale sanitario sulla gestione del rischio infettivo, sulla prevenzione delle ICA, sull'igiene delle mani e sulle precauzioni di isolamento in ospedale sia al momento dell'assunzione che successivamente.

A fini di contenimento del fenomeno dell'antibiotico-resistenza fin dal 2014 è operativo un Gruppo per l'Uso Responsabile degli Antibiotici orientato alla promozione dell'uso responsabile degli antibiotici in ogni ambito ed all'individuazione e sviluppo di strategie per promuoverne l'uso appropriato.

Il gruppo ha una composizione multidisciplinare, dove gli infettivologi si avvalgono della collaborazione di farmacisti, microbiologi, rappresentante della Direzione sanitaria, igienisti ospedalieri, ematologi, intensivisti ed internisti.

Tra i principali mandati del gruppo si annoverano la stesura e revisione di documenti e la diffusione e formazione, in particolare per quanto attiene a linee guida di terapia antibiotica empirica e linee guida di profilassi nelle chirurgie.

Ogni documento redatto dal Gruppo Operativo per l'uso responsabile degli antibiotici vuole essere un supporto chiaro ed efficace finalizzato ad assistere i professionisti nell'utilizzo razionale degli antimicrobici, in rapporto alle risorse disponibili, e nell'inserimento nei sistemi PSC. Ogni documento viene redatto sulla base delle evidenze cliniche a supporto e sul consenso dei professionisti coinvolti, rispetto al contesto epidemiologico ed organizzativo locale.

Le strategie di implementazione dei programmi sull'uso appropriato di antibiotici possono essere riassunte sotto il termine di *stewardship antibiotica*: "Programma o serie di interventi diretti al monitoraggio e all'orientamento dell'utilizzo degli antimicrobici, attraverso un approccio standardizzato che sia supportato dall'evidenza al fine di ottenere un uso giudizioso dei farmaci".

Per la c.d. "stewardship antibiotica" gli infettivologi si avvalgono di una rete di medici a composizione plurispecialistica denominati "facilitatori" presenti in ogni reparto.

Il programma prevede l'applicazione contemporanea di strategie persuasive e restrittive:

- una fase continuativa di intervento tramite audit e feedback periodici in ogni reparto coinvolto in base alle esigenze del reparto (accessi minimi settimanali);

- il monitoraggio periodico di farmaci ad ampio spettro, significativo impatto ecologico ed alto costo, in particolare la prescrizione degli stessi deve essere

validata e concordata attraverso una consulenza infettivologica entro le prime 48-72 ore di terapia (restrizione front end o back end);

- la formazione periodica alle strategie di stewardship antibiotica a tutti i reparti e medici in formazione specialistica.

Da settembre 2021, dopo un periodo di rallentamento dell'attività di AMS dovuta alla pandemia da SARS-COV2, è ripresa l'attività di audit e feedback diretto sul campo.

È stato inoltre modificato lo strumento esistente per il monitoraggio restrittivo di antibiotici e antifungini ad ampio spettro e ad alto impatto ecologico mettendo a punto un nuovo strumento informatico. Tale strumento è attivo da luglio 2022 e viene utilizzato mediante la condivisione real-time delle prescrizioni di antimicrobici con la Farmacia Ospedaliera, grazie ad un sito condiviso, che permette di monitorare, nelle singole UOC, diversi indicatori qualitativi di processi di AS, tra cui:

- Prescrizione secondo Indicazione terapeutica codificata (da RCP)
- Provenienza della Richiesta Motivata-Antibiotici codificata
- Durata della terapia e copertura del trattamento
- Richiesta AIFA (si-no)
- Diagnosi secondo indicazione codificata
- Diagnosi secondo indicazione NON codificata (indicazione off-label)
- Prescrizione in linea con LG ospedaliera (appropriatezza prescrittiva)
- Microorganismi e geni di resistenza codificati
- Tipo di azione di ASP eseguita.

È stato messo a punto un sistema di sorveglianza real-time con invio tramite mail dalla microbiologia delle emocolture positive per valutare l'Impatto clinico (mortalità sepsi relata e durata di ricovero) di strategie proattive (tramite valutazione infettivologica real-time) di antimicrobial stewardship sull'appropriatezza di prescrizione di antibiotici.

È stato messo a punto un sistema di rilevazione di appropriatezza della profilassi chirurgica da eseguire durante gli audit di reparto settimanali.

Nel 2021 è iniziata l'attività di revisione delle linee guida aziendali di profilassi antibiotica nelle chirurgie con gruppi di lavoro nelle diverse UUOO, completata nel 2022, condivisa all'interno di gruppi di lavoro multidisciplinari nel 2023 e pubblicata nel 2024 sul sito intranet aziendale.

Nel 2023 è stato condotto uno studio pilota di prevalenza sull'adesione alle LG esistenti di profilassi nelle chirurgie e sulle infezioni del sito chirurgico con restituzione dei dati alle UO chirurgiche.

Sempre nel 2023 è stato revisionato il Report periodico sul consumo di tutti gli antibiotici-antifunghi tramite l'aggiornamento del software realizzato dal controllo gestionale home made (Fac VIEWER). L'attuale programma permette il

	<p>monitoraggio periodico mensile del consumo di antibiotici e antifungini (complessivo e singole classi) suddiviso per aree di degenza ordinaria, dh e aree ambulatoriali.</p> <p>Inoltre, nel 2023 è stato messo a punto un nuovo indicatore di monitoraggio sull'appropriatezza prescrittiva per indicazione terapeutica in linea con le linee guida di terapia empirica aziendali (per farmaci Watch e Reserve secondo la recente classificazione AWARE OMS 2022). Sono inoltre in fase di studio l'integrazione di Modelli ecologici sperimentali per l'identificazione di soglie prescrittive di antibiotici per l'ospedale sempre con l'obiettivo di prevenire lo sviluppo di antibioticoresistenza.</p> <p>Dal 2022 è stato finalizzato con il laboratorio centralizzato il percorso di introduzione di nuovi esami per le TDM (therapeutic drug monitoring), dosaggio delle concentrazioni terapeutiche degli antibiotici e antifungini, modificando il sistema di refertazione e revisionando i valori di riferimento degli antibiotici e relative schede informative; inoltre è in valutazione l'introduzione del dosaggio di nuove molecole con relative nuove prestazioni.</p>
<p>Valutazione dei risultati e prospettive future</p>	<p>Seppure sia noto che il rischio infettivo è pressoché inevitabilmente connesso all'attività assistenziale ospedaliera, un costante impegno finalizzato alla sua prevenzione/contenimento è certamente necessario in ogni azienda sanitaria.</p> <p>In AOU il mantenimento e la progressiva implementazione di tutte le misure utili a tale scopo (prevenzione e contenimento del rischio infettivo) sono auspicabilmente destinati, seppure nel medio-lungo termine, ad ottenere i risultati sperati. Riguardo alle iniziative condotte nell'anno 2024, si sottolinea in particolare l'elevata partecipazione del personale alle iniziative formative, l'ottima adesione alle precauzioni di isolamento e i positivi risultati in termini di adesione post-formazione all'igiene delle mani nei reparti coinvolti nel Progetto OMS e nel Progetto Champions. Si sottolinea inoltre il dato positivo in termini di consumo di gel alcolico per 1000 gg di degenza (31,10 litri ogni 1000 giorni) e il completamento delle attività di realizzazione di un cruscotto per il monitoraggio del consumo del gel alcolico nei singoli reparti.</p> <p>Per l'anno 2024, è stato redatto un piano annuale (Piano aziendale per la prevenzione e gestione del rischio infettivo 2024) in cui sono stati declinati gli obiettivi specifici. Per quanto attiene alla formazione, particolare attenzione è stata dedicata alla organizzazione, attuazione e monitoraggio del percorso formativo rivolto agli operatori sanitari previsto dal PNRR M6C2 2.2 b. Per quanto attiene alla prevenzione delle infezioni del sito chirurgico, proseguiranno le attività finalizzate al miglioramento della copertura del flusso SICHER e all'analisi dei tassi di infezione. Inoltre, è in fase di revisione la procedura riguardante il corretto utilizzo di antisettici e disinfettanti.</p> <p>Come per il rischio infettivo anche per il buon uso di antibiotici nel 2024 sono state portate avanti le attività continuative. Si sottolinea come nel 2024 rispetto all'anno</p>

2023 si sia ottenuto una riduzione costante del consumo di antibiotici con una riduzione del 10% della spesa complessiva con un risparmio netto di 100.000 euro/anno. Il numero di consulenze è aumentato in modo importante negli anni passando da 2500 consulenze erogate nel 2022 a 4000 per l'anno 2024. Nel 2024 è stato messo a punto un indicatore periodico di appropriatezza prescrittiva.

L'attività di revisione sistematica puntuale di tutte le terapie antibiotiche comprese le profilassi antibiotiche e le terapie antifungine rilevate durante l'accesso mediante "Audit" condiviso con i cinici delle UU.OO. e successivo feedback diretto sul campo presso l'UU.OO è stata monitorata durante l'anno 2024 con introduzione di un indicatore di risultato (Numero pazienti valutati e numero pazienti in terapia. Tipo di interventi eseguiti di antimicrobial stewardship quali ad esempio conferma terapia, downgrading, cambio terapia, altri) introdotto per entrambi gli stabilimenti dell'AUO.

Nel 2024 è stato aggiornato il sistema FacViewer "budget like", con rendicontazione puntuale per singola UOC e analisi comparativa per area clinica di interesse. Nel 2025 verrà apportata una modifica della piattaforma in modo da poter filtrare i dati di consumo anche sulla base delle categorie AWARE e messa a punto di indicatore specifico.

Prosegue l'attività di monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci antimicrobici ed antifungini ad alto costo e ad alto impatto ecologico. Verranno introdotti obiettivi di budget targettizzati per i singoli reparti tenendo conto delle caratteristiche dei pazienti ricoverati e della tendenza annuale di aderenza.

Nel 2024 l'approvazione delle nuove linee guida aggiornate di profilassi chirurgica consentirà di promuovere nel 2025 un'attività di formazione sulle nuove LG e pianificare l'obiettivo target di aderenza alle linee guida per tutti i reparti chirurgici.

Alla fine del 2023 è stato condotto uno studio per il monitoraggio dell'adesione alle indicazioni aziendali esistenti per il corretto inquadramento del paziente settico (e con shock settico) e della sua gestione in pronto soccorso. Dal momento che l'adesione riscontrata è stata inferiore al 30% nel 2024 insieme agli operatori del dipartimento di emergenza-urgenza sono stati realizzati dei workshop di formazione in pronto soccorso (con strumenti di simulazione). Nel 2025 inizierà il gruppo di lavoro per PDTA sepsi&shock settico, aggiornamento delle componenti del sepsi team aziendale e valutata la nuova aderenza al bundle sepsi. Nel 2024 è stato inoltre avviato il progetto atto a migliorare la prescrizione della terapia antibiotica per i pazienti dimessi dal Dipartimento di Emergenza con infezione. Tale progetto è stato avviato in sinergia con il gruppo di lavoro PNCAR RER che ha visto la redazione e successiva pubblicazione online di schede un set di schede per la gestione territoriale delle infezioni più frequenti. Tali schede sono prevalentemente indirizzate ai Pronti Soccorsi, medici di medicina generale (MMG) e ai pediatri di libera scelta (PLS) con la finalità di facilitare la gestione ambulatoriale delle infezioni. Le schede prendono ispirazione dal

manuale AWaRe dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) e fanno riferimento a linee guida regionali, nazionali e internazionali e a materiali prodotti dalle Aziende sanitarie della Regione. Infine, sono stati avviati nel 2024 gruppi di lavoro multidisciplinari con mandato di ottimizzare la diagnosi la gestione delle infezioni e le prescrizioni di antibiotico terapia relative a setting specifici:

- infezioni di protesi articolari in ortopedia e chirurgia mano
- endocarditi con istituzione dell'endocarditis team
- PDTA trapianto di rene
- neutropenia febbrile nel paziente ematologico
- avvio di antimicrobial stewardship pediatrica con documento condiviso.

SCHEDA NR. 11: SICUREZZA DEGLI OPERATORI

<p>Letteratura/Normativa di riferimento</p>	<p>D. Lgs. 81 del 9 aprile 2008 “Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro” e s.m.i.</p> <p>“Linee di indirizzo e criteri d’uso dei dispositivi medici con meccanismo di sicurezza per la prevenzione di ferite da taglio o da punta”, Regione Emilia-Romagna, 2015</p> <p>Rischio biologico in ambiente sanitario. Linee di indirizzo per la prevenzione delle principali patologie trasmesse per via ematica (HBV, HCV, HIV) e per via aerea (tubercolosi, morbillo, parotite, rosolia e varicella), indicazioni per l’idoneità dell’operatore sanitario. Regione Emilia-Romagna, DGR 12 marzo 2018, n. 351</p> <p>Raccomandazione n. 8 – Ministero della Salute – “Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari” - 8.11.2007</p> <p>“Linee di indirizzo regionali per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari”, Regione Emilia-Romagna, Febbraio 2020</p> <p>"Strumenti e fonti informative per la rilevazione degli episodi di violenza a danno degli operatori dei servizi sanitari e socio-sanitari" Documento di inquadramento tecnico Sub Area Rischio Clinico Commissione Salute, febbraio 2020</p> <p>Legge 113 del 14 agosto 2020 “Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell’esercizio delle loro funzioni”.</p> <p>MINISTERO DELLA SALUTE DECRETO 13 gennaio 2022 (integrato dal decreto ministeriale 7 dicembre 2023) Istituzione dell’Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie.</p> <p>DL 30 marzo 2023, n. 34, “Misure urgenti a sostegno delle famiglie e delle imprese per l’acquisto di energia elettrica e gas naturale, nonché in materia di salute e adempimenti fiscali”, Art. 16 – “Disposizioni in materia di contrasto agli episodi di violenza nei confronti del personale sanitario”.</p> <p>DL 19 marzo 2024, n. 31 “Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 10 ottobre 2022, n. 150, di attuazione della legge 27 settembre 2021, n. 134, recante delega al Governo per l’efficienza del processo penale nonché in materia di giustizia riparativa e disposizioni per la celere definizione dei procedimenti giudiziari”.</p> <p>DL 1° ottobre 2024, n. 137 “Misure urgenti per contrastare i fenomeni di violenza nei confronti dei professionisti sanitari, socio-sanitari, ausiliari e di assistenza e cura nell’esercizio delle loro funzioni nonché di danneggiamento dei beni destinati all’assistenza sanitaria”.</p>
<p>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</p>	<p>L’infortunio è la conseguenza di un incidente, ovvero un evento dannoso, imprevedibile, violento, fortuito ed esterno, che produce lesioni obiettivamente constatabili e che produce come effetto inabilità temporanea, invalidità permanente oppure morte.</p>

	<p>Gli infortuni sono eventi negativi per il lavoratore in quanto ne compromettono l'integrità fisica o psichica. Gli infortuni possono impattare in termini significativi anche sull'efficienza e sulla qualità dell'assistenza complessivamente erogata.</p> <p>In AOU tutti gli infortuni sul lavoro sono singolarmente esaminati a cura del personale del Servizio Prevenzione e Protezione al fine di individuare elementi di rischio che possano essere messi sotto controllo con adeguati e tempestivi interventi.</p> <p>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". L'OMS e l'Organizzazione Internazionale del Lavoro (ILO) hanno proposto congiuntamente una definizione generale di violenza sul luogo di lavoro: "Incidenti in cui i lavoratori sono abusati, minacciati o aggrediti in situazioni correlate al lavoro, incluso il trasferimento, e che comportano un rischio implicito o esplicito per la loro sicurezza, benessere o salute" (OMS 2002, ILO 2006).</p> <p>Gli episodi di violenza in danno degli operatori vengono segnalati mediante compilazione dell'apposita scheda presente su Segnal-ER un applicativo unico per la raccolta di tutte le tipologie di segnalazione di accadimenti in tema di sicurezza delle cure e degli operatori sviluppato e diffuso dalla Regione Emilia-Romagna, ed attivo nell'AOU di Modena dal 01/04/2023.</p> <p>Ulteriori fonti informative utili ad individuare gli episodi di violenza in danno degli operatori, eventualmente non segnalati, si sono dimostrate gli eventi di infortunio sul lavoro ed i rapporti della vigilanza interna relativi agli interventi via via effettuati.</p> <p>Tutti i casi di violenza vengono analizzati dal RSPP e, se del caso, anche dal risk manager aziendale e segnalati al Servizio di Sorveglianza sanitaria per le valutazioni di competenza e l'eventuale richiesta di consulenza allo psicologo del lavoro specificamente formato.</p> <p>In ogni caso il lavoratore viene contattato telefonicamente per acquisire ulteriori informazioni in merito alla dinamica degli eventi e, nei casi più critici, è prevista una analisi più approfondita dell'evento, mirata a valutare anche le caratteristiche dei luoghi/strutture ove l'evento si è verificato al fine di attivare eventuali misure correttive. Anche in questo caso il monitoraggio sistematico degli infortuni e delle segnalazioni di violenza verso gli operatori di tutti i settori aziendali, consentono ai Servizi di Prevenzione e protezione, Sorveglianza Sanitaria, Risk Management e Direzione Sanitaria di rilevare eventuali criticità e mettere in atto tempestivamente eventuali interventi di adeguamento/miglioramento.</p>
<p>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</p>	<p>INFORTUNI : gli infortuni sono oggetto di analisi statistica e di dettaglio, monitorati secondo gli standard di riferimento INAIL e, per quanto riguarda gli infortuni a rischio biologico con potenziale esposizione ad agenti emotrasmessi a seguito di puntura accidentale ed esposizione muco-cutanea, secondo gli standard dello Studio Italiano sul Rischio Occupazionale da HIV (SIROH).</p>

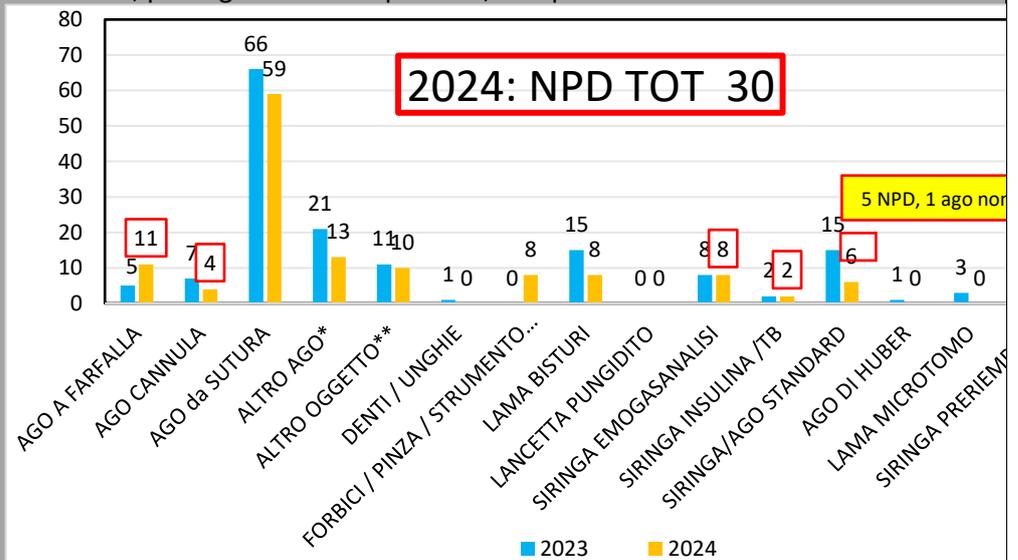
	2022			2023			2024			Confronto 2024/2023	
	N	% sul totale	% sul sub totale AN	N	% sul totale	% sul sub totale AN	N	% sul totale	% sul sub totale AN	ΔN	%
Totale	464	100		435	100		402	100		-33	-7,6%
Movimentazione manuale carichi/pazienti, di cui:	38	8,2	16,5	37	8,5	18,6	29	7,2	13,9	-8	-21,6%
Movimentazione PAZIENTI	32	6,9	13,9	28	6,4	14,1	21	5,2	10,1	-7	-25,0%
Movimentazione CARICHI	6	1,3	2,6	9	2,1	4,5	8	2,0	3,8	-1	-11,1%
Cadute	48	10,3	20,9	53	12,2	26,6	43	10,7	20,7	-10	-18,9%
Itinere	70	15,1	30,4	55	12,6	27,6	59	14,7	28,4	4	7,3%
Altri, di cui:	74	15,9	32,2	54	12,4	27,1	77	19,2	37	23	42,6%
Urti	33	7,1	14,1	22	5,1	9,3	23	5,7	11,9	1	4,5%
Movimentazione senza sforzo/postura	6	1,3	2,6	6	1,4	3	1	0,2	0,5	-5	-83,3%
Aggressioni	18	3,9	7,8	11	2,5	5,5	18	4,5	8,7	7	63,6%
Altra modalità*	17	3,7	7,4	15	3,4	7,5	35	8,7	16,8	20	133,3%
Sub Totale AN	230	49,6		199	45,7		208	51,7		9	4,5%
Tasso Incidenza AN / 100 dipendenti esposti	3,6			3,4			3,4				
	N	% sul totale	% sul sub totale RB	N	% sul totale	% sul sub totale RB	N	% sul totale	% sul sub totale RB	ΔN	%
Percutanei	166	35,8	70,9	156	35,9	66,1	131	32,6	67,5	-25	-15,9%
Mucocutanei	50	10,8	21,4	79	18,2	33,5	63	15,7	32,5	-16	-20,3%
Altro rischio biologico**	18	3,9	7,7	1	0,2	0,4	0	0	0	-1	-100,0%
Sub Totale RB	234	50,4		236	54,3		194	48,3		-42	-17,8%
Tasso Incidenza RB / 100 dipendenti esposti	3,9			4,1			3,4				
	2023			2024			(Differenza) Δ N 2024-23				
	N	% sul totale	Incidenza per qualifica	N	% sul totale	Incidenza per qualifica					
INFERMIERI + STRUM	69	29,4	3,5	67	34,5	3,4	-2				
MEDICI	27	11,5	3,9	14	7,2	2	-13				
CHIRURGHI	22	9,4	9,2	32	16,5	11,9	10				
MEDICI (TUTTI)	49	20,9	5,3	46	23,7	4,7	-3				
MFS	93	39,6	6	70	36,1	4,6	-23				
OSS / OTA	7	3	1,3	3	1,5	0,5	-4				
OSTETRICHE	7	3	6,9	3	1,5	2,9	-4				
TEC. RADIOLOGIA	2	0,9	1,5	0	0	0	-2				
TEC. LABORATORIO	6	2,6	4,3	2	1,0	1,3	-4				
ALTRO	2	0,9	0,7	3	1,5	1,1	1				
TOTALE	235		4,1	194		3,4	-41				

Esaminando il fenomeno degli infortuni sul lavoro nel triennio 2022-2024, come illustrato nelle tabelle sopra riportate, si rileva che:

- 1) nel 2024 vs 2023 si è avuto un significativo decremento del fenomeno infortunistico nel suo complesso (435 vs 402 pari al -7,6%); in particolare risultano diminuiti gli infortuni da Movimentazione senza sforzo/postura, da MMP/MMC e da cadute;
- 2) si registra anche diminuzione degli infortuni per esposizione a rischio biologico (194 vs 236) e la scomparsa degli infortuni causati da agenti non emotrasmissibili coincidente con la fine della pandemia da Sars-Cov 2 ancora rilevabile nell'anno 2022 (che rappresentava ancora il 7,7% dei casi);
- 3) risultano invece aumentati gli infortuni dovuti ad aggressioni (fisiche e verbali) (+63,6%), che tornano ai valori registrati nel 2022; le aggressioni fisiche, nella maggior parte dei casi, vengono agite da pazienti con ridotte capacità cognitive;

NOTA : la categoria professionale maggiormente a rischio di infortunio per puntura accidentale rimane quella dei medici che effettuano attività chirurgica (in particolare i Medici in Formazione Specialistica) in relazione al frequente utilizzo di aghi da sutura che sono i dispositivi maggiormente implicati nel determinare l'infortunio e non possono essere sostituiti con dispositivi dotati di meccanismo di sicurezza (Needle-stick Prevention Device – NPD) che, per le altre procedure invasive, come da normativa vigente, sono stati invece adottati da numerosi anni.

Si sottolinea però che, come riportato in letteratura, l'introduzione diffusa di NPD non elimina completamente il rischio di infortuni per puntura accidentale (come si evince dalla figura sottostante), e inoltre, il dispositivo tradizionale continua ad essere utilizzato in situazioni circoscritte nelle quali il dispositivo di sicurezza, per ragioni clinico-operative, non può essere utilizzato.



In relazione agli episodi di violenza nei confronti degli operatori sanitari nel triennio 2022-2024 l'analisi congiunta ed integrata delle segnalazioni specifiche effettuate dagli operatori, degli infortuni e dei rapporti del personale addetto alla vigilanza interna hanno consentito di raccogliere i dati riportati nella tabella seguente, che documentano un incremento complessivo dei casi, che si ritiene possa essere messo anche in relazione sia con una maggiore sensibilità dei lavoratori alla segnalazione che con l'agevolazione costituita dall'applicativo Signal-ER.

Si registra un calo (- 11% circa) delle aggressioni fisiche nel 2024 vs 2023, anno nel quale, invece si era registrato un aumento altrettanto significativo vs il 2022. I servizi di Pronto Soccorso (presenti nei 2 ospedali dell'AOU di Modena) sono le strutture che presentano la maggiore frequenza di aggressioni sia verbali che fisiche.

	Aggressione CONTRO LA PROPRIETÀ			Aggressione VERBALE			Aggressione FISICA			TOTAL	
	ANNO	2022	2023	2024	2022	2023	2024	2022	2023	2024	2022
Area psichiatrica/dipenden- ze*	3	5	2	23	16	11	15	5	4	41 (24)	26 (18)
Pronto Soccorso (escluso Emergenza- Urgenza psichiatrica)	12	15	7	71	108	89	30	10	14	113 (78)	133 (113)
Altro (es. area medica, area ambulatoriale, ecc.)	11	11	4	32	56	58	24	22	23	67 (45)	89 (67)
TOTALE	26	31	13	126	180	158	69	37	41	221 (147)	248 (198)

NOTA:

In **nero** (nella colonna TOTALE) è riportato il n. complessivo delle tipologie di aggressione

In **rosso**: il numero di episodi effettivi di violenza.

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

Le attività di miglioramento nell'ambito della tutela della salute e sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro si articolano in vari ambiti tra i quali, oltre agli adeguamenti strutturali e tecnologici, mantengono una significativa rilevanza gli eventi formativi.

I corsi dedicati sono numerosi e conformi alle indicazioni contenute nell'Accordo Stato Regioni n. 221/CSR del 21/12/2011.

In particolare, per il rischio da MMP è attivo un percorso formativo specifico che prevede una parte teorica in FAD ed una pratica di addestramento effettuata da Fisioterapisti esperti.

Sono stati realizzati corsi sul Rischio di esposizione a farmaci antiblastici e citostatici e sulla gestione dell'emergenza incendio.

Per la prevenzione degli infortuni a rischio biologico è proseguita l'adozione di presidi pungenti e taglienti con meccanismo di sicurezza e formazione/addestramento degli operatori al loro utilizzo.

Per la Prevenzione e gestione degli atti di violenza verso gli operatori nel 2024 sono state elaborate le versioni aggiornate dei seguenti documenti:

- Valutazione del Rischio Violenza;
- PREVIOS (Piano Prevenzione Violenza a danno degli Operatori Sanitari);
- Procedura Organizzativa "Prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori", anche alla luce della nuova modalità di segnalazione informatica degli eventi introdotta a livello regionale (Piattaforma SegnalER).

Inoltre, in continuità con gli anni precedenti, sia in relazione a questo tema che nell'ambito più complessivo del Benessere organizzativo sono stati organizzati numerosi corsi di formazione (vedi Tabella seguente).

INIZIATIVA FORMATIVA 2024	N. PROFESSIONISTI FOR
"La comunicazione interculturale nel contesto sanitario"	11 (1 edizione)
"La gestione dell'aggressività in ambito sanitario"	38 (4 edizioni)
"Raccontare e raccontarsi: parole e speranza"	6 (1 edizione)
"Laboratorio per la gestione dello stress: tecniche e pratiche per il benessere ed il riequilibrio psicofisico"	20 (2 edizioni)

	MIND4US” protocollo Mindfulness per la riduzione dello stress	24 (2 edizioni)
	“Lavoro in equipe e benessere organizzativo”	17 (2 edizioni)
	“Saper lavorare in gruppo”	27 (2edizioni)
	“Potenziare le competenze di comunicazione per il personale del Servizio attività Amministrative Ospedaliere”	114 (11 edizioni)
	“Il suicidio in ospedale e le eventuali misure di prevenzione”	17 (2 edizioni)
	“Connessioni empatiche nel lutto: per un approccio efficace con il familiare che riconosce la salma”	13 (2edizioni)
	“Specificità metodologiche e relazionali nel colloquio di valutazione”	13 (2 edizioni)
	<p>Il tema della violenza risulta particolarmente rilevante nell’analisi del benessere organizzativo dei lavoratori di PS, quindi nello specifico contesto del Pronto Soccorso di entrambi gli stabilimenti ospedalieri dell’AOU (Policlinico e dell’Ospedale Civile di Baggiovara), nel 2024 è stato avviato un progetto di ricerca in collaborazione con il Dipartimento di Economia "Marco Biagi" dell’Università di Modena e Reggio Emilia, finalizzato al miglioramento del benessere lavorativo degli operatori. L’obiettivo principale del progetto è costituito dall’analisi dei processi di lavoro e delle condizioni organizzative, al fine di individuare proposte di cambiamento che favoriscano il benessere lavorativo.</p> <p>La metodologia ha previsto una fase quantitativa, con la somministrazione di un questionario agli operatori dei PS, per indagare dimensioni quali la preoccupazione rispetto al tema della violenza lavorativa, la soddisfazione lavorativa e la qualità delle condizioni di lavoro. A questa indagine quantitativa segue una seconda fase qualitativa, attualmente in corso, che include le tecniche di rilevazione di osservazione partecipata e interviste semistrutturate con figure chiave quali la Direzione Sanitaria, Amministrativa e Assistenziale, oltre ai primari dei PS, medici, infermieri e operatori socio-sanitari ivi occupati.</p>	
Valutazione dei risultati e prospettive future	<p>Il lavoro di gestione integrata del rischio tra SPP e Risk management, in particolare per la prevenzione degli episodi di violenza in danno degli operatori sanitari, ma non solo, è ormai consolidato in AOU e consente l’attuazione di azioni sinergiche e condivise all’interno dell’organizzazione aziendale.</p> <p>La prevenzione degli episodi di violenza ed il supporto agli operatori, nelle sue varie forme, verrà mantenuto oggetto di particolare attenzione nel corso dei prossimi anni.</p>	

12: ALLONTANAMENTO DEL PAZIENTE

Letteratura/Normativa di riferimento	<p>Costituzione italiana artt. 2-13-32;</p> <p>Codice penale, art. 54 c.p., art. 40 c.p.;</p> <p>DGR n. 1706/2009, “Individuazione di aree di miglioramento della qualità delle cure e integrazione delle politiche assicurative e di gestione del rischio”, Emilia Romagna;</p> <p>Art. 333 del codice di procedura penale “Denuncia da parte di privati”;</p> <p>Ministero dell’Interno: “Linee guida per favorire la ricerca di persone scomparse” del 5/08/2010.</p> <p>Legge 14 Novembre 2012 n.203 “Disposizioni per la ricerca di persone scomparse”.</p> <p>Circolare Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali RER PG 2013/42763 del 15/02/2013 oggetto: “Indicazioni relative ad allontanamento di Paziente preso in carico da strutture sanitarie”.</p> <p>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);</p> <p>“Linee di indirizzo su prevenzione e gestione dell’allontanamento del paziente preso in carico da strutture sanitarie” Regione Emilia-Romagna, Luglio 2015. Legge di Stabilità 2016 (Legge n. 208 del 28 dicembre 2015, art. 1 comma 539).</p> <p>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”</p>
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	<p>L’allontanamento di un paziente preso in carico da una struttura sanitaria senza che il personale ne sia stato messo a conoscenza rappresenta un evento che implica diverse problematiche per il paziente e per l’organizzazione stessa. L’incident reporting è uno degli strumenti utilizzati per la rilevazione di accadimenti correlati alla sicurezza delle cure, rivolti a contribuire all’apprendimento collettivo (learning), attraverso segnalazioni, volontarie e strutturate, di “eventi avversi”, “no harm events” (eventi senza danno) e “near miss” (quasi eventi). Tra i contesti tematici oggetto di incident reporting, rientrano anche gli episodi di allontanamento del paziente dal contesto di cura.</p> <p>Nel corso dell’anno 2024 è stata utilizzata la piattaforma digitale regionale SegnalER quale strumento unico di segnalazione di tutti gli eventi significativi per la sicurezza delle cure.</p>

<p>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</p>	<p>Nel corso del 2023 sono stati segnalati, con il sistema IR, tre episodi di allontanamento, due verificatisi presso lo stabilimento Ospedale Civile di Baggiovara e uno presso il Policlinico. Anche nell'anno 2024 sono stati segnalati n. 11 episodi di allontanamento di pazienti, verificatisi n. 9 presso l'Ospedale Policlinico e n. 2 presso lo stabilimento Ospedale Civile di Baggiovara.</p> <p>Relativamente alla provenienza, i Dipartimenti che hanno contribuito alla segnalazione sono stati il Dipartimento di Medicina Interna Generale, d'Urgenza e Post Acuzie, Dipartimento di Medicine Specialistiche, Dipartimento Malattie Nefrologiche, Cardiache e Vascolari e Dipartimento Chirurgia Generale e Specialità Chirurgiche. Tutti i casi si sono essenzialmente conclusi senza esito lesivo per il paziente.</p>
<p>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</p>	<p>Anche nel corso del 2024 è proseguito il monitoraggio da parte della funzione di risk management degli episodi di allontanamento segnalati su apposita piattaforma SegnalER; ciò, ai fini di attivazione, nei casi di maggior rilievo, dei necessari approfondimenti e/o analisi con i professionisti interessati per individuare le eventuali azioni di miglioramento necessarie, nonché di segnalazione al SIMES di eventuali eventi sentinella correlati ad episodi di allontanamento con esito lesivo maggiore.</p> <p>Rispetto ai casi segnalati, sono state adottate talune azioni di miglioramento, strutturali ed organizzative, atte a prevenire il riaccadimento dell'episodio.</p>
<p>Valutazione dei risultati e prospettive future</p>	<p>È interesse aziendale terminare il processo di revisione della procedura aziendale, implementando le modalità operative di gestione dell'allontanamento del paziente, con recepimento delle Linee di indirizzo regionali pubblicate nel 2015 sulla prevenzione e gestione dell'allontanamento del paziente preso in carico da strutture sanitarie. Verrà altresì implementata la diffusione della reportistica aziendale, con l'intento di aumentare la sensibilizzazione degli operatori e la loro consapevolezza dell'importanza di questa forma di segnalazione di eventi avversi e near miss.</p>

13: VISITE PER LA SICUREZZA (PROGETTO REGIONALE VISITARE)

<p>Letteratura/Normativa di riferimento</p>	<p>Safety Walk Round (“Giri per la Sicurezza”), Frankel, 2000</p> <p>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);</p> <p>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”</p> <p>Progetto VI.SI.TA.RE, “VISITARE: promozione della rete delle sicurezze e implementazione delle raccomandazioni in Ospedale”, Direzione Generale Cura della persona, salute e Welfare, luglio 2017</p> <p>PROGETTO VI.SI.TA.RE Visite per la Sicurezza, la Trasparenza e l’Affidabilità Regione Emilia-Romagna “VISITARE: promozione della rete della sicurezza e implementazione delle raccomandazioni per la continuità delle cure tra ospedale e territorio” Novembre 2023</p>
<p>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</p>	<p>Il progetto VI.SI.TA.RE (Visite per la Sicurezza, la Trasparenza e l’Affidabilità Regione Emilia-Romagna) ha avuto inizio nel corso dell’anno 2014 con l’obiettivo generale di sperimentare in alcune aziende sanitarie lo strumento delle Visite.</p> <p>Un gruppo definito di professionisti (c.d. Team), che può avvalersi di specifiche professionalità correlate all’analisi del rischio, effettua delle visite presso UO di volta in volta individuate per raccogliere informazioni su condizioni individuate dagli operatori come fattori di rischio per la sicurezza, con l’obiettivo di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - promuovere la connessione tra le reti della sicurezza; - stimolare un approccio etico al tema della sicurezza; - verificare il livello di implementazione delle Raccomandazioni per la sicurezza delle cure e delle buone pratiche per la sicurezza degli operatori ed evidenziare le problematiche correlate alla loro applicazione; - far emergere nei contesti coinvolti eventuali criticità legate ai pericoli presenti e i fattori di rischio correlati agli eventi avversi, per individuare e adottare le relative misure di contenimento e prevenzione; - favorire la comunicazione e la relazione interdisciplinare sia tra gli operatori che tra i servizi coinvolti. <p>Il processo di realizzazione delle VISITE prevede un modello circolare tipico dei cicli della qualità per cui è prevista una fase di pianificazione, di intervento, di controllo e di verifica.</p>
<p>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</p>	<p>Dal 2015, ovvero dall’avvio della sperimentazione con le Aziende della Regione Emilia-Romagna, l’AOU di Modena ha aderito al progetto VI.SI.TA.RE; ciò, al fine di migliorare il livello di sicurezza delle cure e garantire una maggiore qualità della propria organizzazione sanitaria.</p>

	Nel corso del 2024 lo strumento Vi.Si.T.A.RE è stato applicato presso due UU.OO. aziendali (Hospice, Neurologia). Tutte le visite sono state effettuate a cura di un team allargato a rappresentanti dell'area rischio infettivo, della farmacia e del Servizio Immuno-trasfusionale.
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	Il percorso VI.SI.TA.RE ha consentito di definire, per ciascuna delle strutture visitate, diverse azioni di miglioramento, correlate sia alla necessità di specifica formazione del personale che alla necessità di adeguamenti organizzativi e strumentali o di revisioni procedurali.
Valutazione dei risultati e prospettive future	Il progetto VI.SI.TA.RE è ormai consolidato nell'AOU e il personale sanitario si dimostra favorevole all'effettuazione di iniziative sul tema della sicurezza, percepito come fondamentale nella pratica assistenziale quotidiana. Si intende, quindi, proseguire nell'impegno di assicurare l'adesione al progetto, approfondendo tematiche correlate alle raccomandazioni sulla sicurezza delle cure e alle buone pratiche per la sicurezza degli operatori, oltretché facilitando l'adozione di comportamenti finalizzati a garantire una maggiore affidabilità dell'organizzazione.

CONCLUSIONI

La Gestione del rischio rientra fra le attività che sostanziano il Governo clinico, inteso come “... *un approccio integrato per l’ammodernamento del SSN, che pone al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini e valorizza il ruolo e la responsabilità dei medici e degli altri operatori sanitari per la promozione della qualità ...*” (Min. Salute, Area governo clinico, sicurezza e qualità delle cure) ossia come “*sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e garantiscono elevati standard assistenziali creando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l’eccellenza clinica*” (Scally G., Donaldson L.J., BMJ, 4 July 1998).

Premesso che, notoriamente, la gestione del rischio clinico si esercita attraverso l’applicazione complementare di un approccio preventivo (orientato all’analisi di processo ed all’identificazione delle aree che richiedono interventi correttivi e/o di miglioramento, oltreché dal continuo monitoraggio della qualità e dell’adeguatezza del servizio erogato) e di un approccio reattivo, realizzato a partire dalla registrazione e dall’analisi degli eventi avversi, sia effettivi che potenziali, con la finalità di studiarne le cause e attivare percorsi di miglioramento che ne riducano la frequenza e la gravità, il riferimento al dettato normativo di cui alla L. 8 marzo 2017, n. 24, per come interpretato in premessa, ha orientato la stesura di questa relazione in termini di rappresentazione dell’impegno costantemente profuso per la sicurezza e il miglioramento, anche a partire da una sistematica raccolta dei dati relativi ad eventi avversi e near miss (o quasi eventi).

Si sottolinea, in proposito, che, per alcune fonti, ad esempio agli eventi avversi, la rilevazione di un aumento numerico non deve automaticamente essere considerato come effetto di una scadente performance dell’organizzazione sanitaria, quanto invece di maggiore sensibilità nella capacità di rilevare gli stessi accadimenti e il risultato di una più elevata consapevolezza e trasparenza del sistema e di una più radicata cultura della sicurezza.

In quest’ottica si è ritenuto, pertanto, di illustrare sia l’impiego a livello aziendale dei dati relativi agli eventi avversi ed ai quasi-eventi ricavati dalle varie fonti informative (incident reporting, reclami, richieste di risarcimento, ecc.) a fini di miglioramento, che anche i risultati di alcune attività proattive (implementazione delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza del paziente, utilizzo di checklist di sicurezza di sala operatoria, ecc.) mirate al contenimento di specifiche categorie di rischio (cadute, rischio infettivo, ecc.).

Con questa relazione si è inteso fornire una rappresentazione realistica del complessivo impegno aziendale al costante miglioramento della sicurezza delle cure e della qualità dei servizi erogati, nella consapevolezza che solo una visione e gestione integrata del rischio possa introdurre i cambiamenti nella pratica clinica necessari ad aumentare il livello di sicurezza delle cure, nonché promuovere la crescita di una cultura della sicurezza concretamente attenta e vicina al paziente, ma anche agli operatori. L’Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena si propone di mantenere un costante impegno in tale senso, confidando anche in una sempre maggiore collaborazione da parte dei cittadini, dei pazienti e dei caregiver.