

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza

PIANO PROGRAMMA



SICUREZZA DELLE CURE

2024

Indice

1. Premessa	5
2. L’Azienda USL di Piacenza	
2.1 Organizzazione	7
2.2 Organigramma aziendale	8
2.3 Attività di produzione	9
2.4 personale	11
3.Assetto organizzativo per la sicurezza delle cure	
3.1 Gruppo ristretto gestione del rischio	13
3.2 Rapporti interni ed esterni	15
3.3 UU.OO. Specialistiche con compiti specifici	15
4.Strumenti per la sicurezza delle cure e relativi interventi per la prevenzione e riduzione del rischio	
5.Le schede di processo Cultura della sicurezza	18
SCHEDA 1 Segnalazione e Gestione eventi (Incident Rep. e Eventi Sentinella	19
SCHEDA 2 Formazione e Informazione per la Sicurezza delle Cure	23
SCHEDA 3 Adesione iniziative AGENAS: Raccomandazioni e Call for Good Practice	27
Raccomandazioni per la sicurezza delle cure	
SCHEDA 4 Prevenzione delle cadute	31
SCHEDA 5 Sicurezza trasfusionale	34
SCHEDA 6 Progetto Vi.Si.Ta.RE (Visite per la sicurezza)	36
Area Materno infantile	39

SCHEDA 7 Near Miss Ostetrici, morte materna e morte perinatale	42
SCHEDA 8 Check list Taglio Cesareo (SSCL TC)	
Sicurezza in chirurgia	
SCHEDA 9 Check-list di sala operatoria SSCL- SOS.net	45
SCHEDA 10 Progetto OssERvare osservazioni in sala operatoria	47
Raccomandazioni Sicurezza Farmaci e Dispositivi Medici	
SCHEDA 11 Farmacovigilanza -Polifarmaco	51
SCHEDA 12 Dispositivo-vigilanza	53
Altre Raccomandazioni Sicurezza Cure	
SCHEDA 13 Contenzione	56
SCHEDA 14 Prevenzione lesioni da pressione	58
Prevenzione e sorveglianza rischio infettivo	
SCHEDA 15 Prevenzione e controllo eventi epidemici (COVID-19, Epidemie in setting ad alto rischio	62
SCHEDA 16 Prevenzione e controllo della Legionellosi Sorveglianza infezioni (Sicher, CPE)	66
SCHEDA 17 Sorveglianza infezioni (Sicher, CPE)	69
SCHEDA 18 Igiene delle mani	72
Gestione sinistri	
SCHEDA 19 Gestione Sinistri	76
Salute e Sicurezza	
SCHEDA 20 Infortuni	79

SCHEDA 21 Movimentazione manuale dei carichi e dei pazienti	81
SCHEDA 22 Violenza contro gli operatori	83
SCHEDA 23 Radioesposizione	86
SCHEDA 24 Monitoraggi ambientali gas anestetici	88
SCHEDA 25 Benessere organizzativo	90
Anticorruzione e Percorso Attuativo Certificabilità	
SCHEDA 26 Trasparenza e prevenzione corruzione	92
SCHEDA 27 Percorso Attuativo della certificabilità	94
6. Indicatori	97
Indicatori anno 2024	101
7. I progetti aziendali	106
7.1 Progetto la conta garze in sala operatoria: introduzione di una nuova scheda	108
7.2 Progetto formativo (FAD) la cartella clinica: strumento di lavoro dei professionisti sanitari ai fini della gestione del rischio	109
7.3 Progetto per il contrasto alla violenza nei confronti degli operatori del dsm: “il caso del csm di piacenza e della comunità di via Buoizzi di piacenza”	110
8. Piani allegati	111
<ul style="list-style-type: none">• Allegato 1 Piano Prevenzione Violenza (PREVIOS)• Allegato 2 Piano Rischio Infettivo• Allegato 3 Piano Rischio Cadute (PAPC)	
9. Conclusioni	111

PIANO PROGRAMMA SICUREZZA DELLE CURE (PPSC) – ANNO 2024

1. PREMESSA

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

La Legge Gelli-Bianco, n. 24 del 2017, estende la tutela costituzionale dal diritto alla salute al diritto a ricevere cure sicure, anche mediante la prevenzione e la gestione del rischio correlato alle pratiche sanitarie e l'uso appropriato delle risorse. Ad ogni professionista sanitario viene assegnato un ruolo da protagonista nelle attività di prevenzione del rischio. La Legge n. 24 del 2017 promuove la cultura della sicurezza e della prevenzione prospettando un necessario cambio di approccio nei confronti dell'errore, che richiede l'analisi, la conoscenza e la consapevolezza come strategia per poterlo efficacemente prevenire. La riforma prevede che le attività di prevenzione e gestione del rischio siano attuate a livello aziendale ma che vi sia una continua comunicazione con i Centri regionali e l'Osservatorio nazionale a cui è affidato il compito di raccogliere ed analizzare informazioni ed elaborare strategie correttive. La garanzia di sicurezza, efficienza, appropriatezza e qualità delle cure passa anche attraverso l'erogazione di prestazioni sanitarie allineate alla migliore e più aggiornata evidenza scientifica.

Il peso di questo problema si ripercuote anche sulle risorse economiche, l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) ha infatti stimato che gli eventi avversi incidono sulle spese ospedaliere per circa il 15%. Pertanto, gli investimenti per la sicurezza delle cure sono necessari sia per migliorare l'outcome sui pazienti sia per ottenere un miglior utilizzo delle risorse economiche che potrebbero essere reinvestite in altri ambiti.

Le stime indicano poi che nei Paesi ad alto reddito (tra cui l'Italia)*, circa 1 paziente su 10 viene danneggiato in ambito ospedaliero e che il danno è ascrivibile ad una serie di eventi avversi al 50% considerati prevenibili.

L'Azienda considera quindi la gestione del rischio come un'attività strategica per tutti gli attori del sistema, che risponde al principio etico della responsabilità della sicurezza di cittadini e lavoratori, per raggiungere il quale vengono attivati processi di rilevazione, analisi e conoscenza del processo clinico per evidenziarne i rischi, cui seguono decisioni atte a rimuovere nel miglior modo possibile le eventualità latenti o esplicite di incorrere in errori.

L'Azienda Usl di Piacenza è da anni impegnata a promuovere la sicurezza nelle proprie strutture e a prevenire, evitare o mitigare i potenziali esiti indesiderati e danni che sono sempre possibili nei processi assistenziali. Dal 2015 ad oggi si è data un'organizzazione per la gestione del rischio che ha comportato la costituzione di un nucleo di riferimento per la gestione del rischio ed il successivo coinvolgimento di diverse articolazioni aziendali che hanno, a diverso titolo, contribuito allo sviluppo delle attività di prevenzione degli eventi avversi.

La diffusione di un sistema di segnalazione spontanea, i percorsi di formazione del personale, l'implementazione di processi di analisi degli eventi, l'adesione ai progetti regionali e nazionali, lo stretto collegamento tra gestione dei sinistri e gestione del rischio hanno contribuito alla crescita della tecno-struttura dedicata alla gestione del rischio ed hanno garantito gli opportuni collegamenti con le aree produttive dell'azienda che, oggi, riconoscono attivamente nel Gruppo Ristretto Gestione del Rischio (GRGR) l'interlocutore privilegiato con il quale rapportarsi in caso di necessità.

L'emergenza Covid-19 ha spostato tutta la forza ed attenzione verso altri obiettivi che, pur potendo beneficiare delle competenze in tema di gestione del rischio, hanno di fatto modificato l'operare quotidiano che si è "allontanato" dalle tematiche più classiche della gestione del rischio. Questa situazione ha inciso negativamente anche sull'articolato sistema delle relazioni interne per la gestione del rischio che si stanno ora faticosamente ricostruendo, la diminuzione delle segnalazioni nel periodo pandemico e la loro attuale lenta e costante ripresa sono un esempio molto chiaro della bolla nella quale tutti ci siamo trovati ad operare.

Pertanto ora è il momento di ripartire con ritrovato vigore riprendendo le tematiche care al risk management, sotto la spinta propulsiva non solo delle istituzioni a noi sovraordinate, ma soprattutto del personale che manifesta in modo costante e chiaro il bisogno di supporto e affiancamento per la ricerca della maggior sicurezza possibile per i pazienti che a noi si affidano.

2. L'AZIENDA USL DI PIACENZA

2.1 ORGANIZZAZIONE

L'Azienda USL di Piacenza è nata il 1 luglio 1994 dalla fusione di tre Unità Sanitarie Locali e opera su un territorio coincidente con la provincia di Piacenza, con una popolazione complessiva di circa 286.000 al 01/01/2023.

La mission dell'Azienda AUSL è la tutela della Salute come diritto di cittadinanza e presa in carico dei bisogni di salute del cittadino, espressi in forma individuale o collettiva, attraverso interventi appropriati di prevenzione, promozione della salute, cura e riabilitazione, garantendo i livelli essenziali di assistenza, consolidando l'integrazione tra assistenza territoriale e ospedaliera, in una logica di corretto ed economico utilizzo delle risorse.

L'Azienda nell'assolvimento della sua missione assume quali valori fondanti, ai fini della programmazione e gestione delle proprie attività, la centralità del cittadino. È fondamentale che il cittadino e i suoi bisogni di salute siano posti al centro delle scelte e delle decisioni in modo da assicurare:

- l'effettivo rispetto della persona, della sua identità e della sua dignità, sotto tutti i punti di vista;
- l'approccio globale alla persona e alla complessità dei suoi bisogni;
- la flessibilità organizzativa, orientata al cittadino e al suo bisogno, intesa come capacità di ricercare soluzioni innovative e modelli leggeri e non burocratici di accompagnamento nel percorso assistenziale.

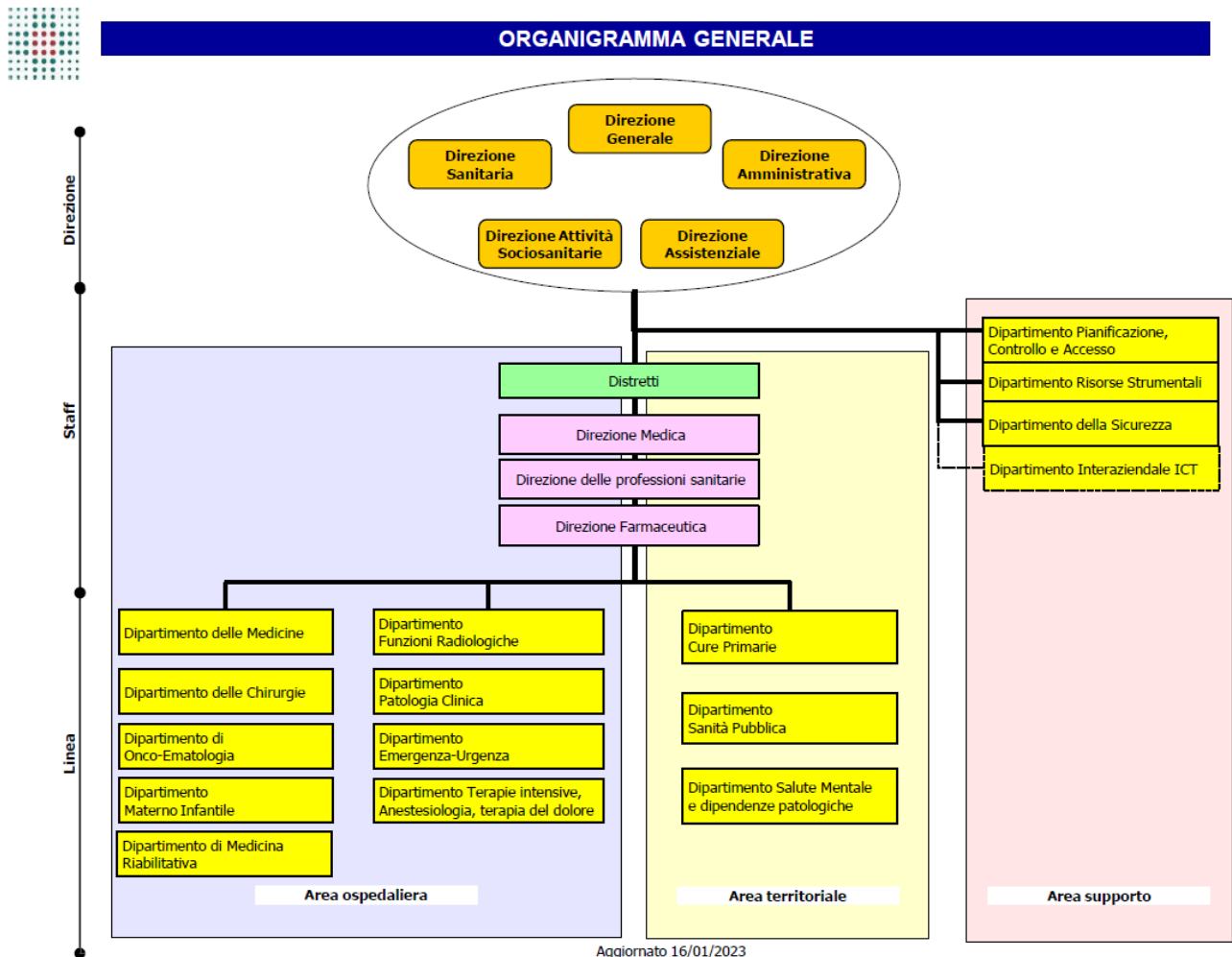
L'Azienda USL Piacenza integra la tradizionale e primaria funzione di assistenza con le funzioni di formazione e di ricerca, il cui sviluppo è indispensabile per garantire un apporto costante di innovazione al sistema, anche attraverso la collaborazione con l'Università.

A questo proposito va ricordato che dall'Anno Accademico 2021/22 si è dato il via al Corso di Laurea in Medicine and Surgery – Sede di Piacenza grazie alla collaborazione con l'Università degli Studi di Parma. A seguito di questo accordo diverse UU.OO. della ns. Azienda sono state individuate quali sedi aggiuntive, alcune di esse (ortopedia, pediatria, otorinolaringoiatria) sono attualmente dirette da Prof. Universitari, mentre in altre UU.OO. (microbiologia, igiene, reumatologia) che non sono sedi aggiuntive sono stati assegnati Prof. Universitari di materie di insegnamento del Corso di Laurea.

Il modello organizzativo è rappresentato dal seguente organigramma:

2.2 ORGANIGRAMMA AZIENDALE

Il modello organizzativo è rappresentato dal seguente organigramma:



L'Azienda persegue i propri fini istituzionali attraverso il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate e il governo appropriato delle risorse disponibili. A tal fine orienta la propria gestione adottando i criteri e le metodologie proprie degli strumenti del governo clinico, economico, del rischio e dell'innovazione.

L'assistenza ospedaliera viene garantita da quattro stabilimenti collocati sul territorio provinciale (Piacenza, Castel San Giovanni, Fiorenzuola, Bobbio) ed organizzati in un Presidio Unico per un totale di posti letto direttamente gestiti pari a n. 716 (posti di degenza ordinaria e day hospital).

Le Unità Operative di produzione sono raggruppate in due grandi aree, quella ospedaliera costituita da 9 Dipartimenti e quella territoriale composta da 3 Dipartimenti. Ai dipartimenti di produzione si aggiungono il Dipartimento di Supporto e le Direzioni Tecniche.

Il sistema ospedaliero collabora con la rete dei servizi distrettuali, fornendo prestazioni specialistiche, nell'ambito del processo assistenziale dei pazienti ed esercitando una funzione strumentale nelle campagne di prevenzione e di educazione sanitaria. L'organizzazione dipartimentale consente a servizi affini e complementari, sia di operare in forma coordinata ed integrata utilizzando al meglio le risorse, sia di ottimizzare il livello di efficienza ed efficacia dei servizi. L'organizzazione dipartimentale è inoltre riconosciuta come modello ordinario di organizzazione e gestione con cui dare attuazione al principio di partecipazione dei professionisti al processo decisionale, secondo i rispettivi ambiti di responsabilità.

A livello territoriale operano ad oggi 8 Case della Salute (Piacenza, Carpaneto Piacentino, Cortemaggiore, Monticelli d'Ongina, Bettola, Podenzano, San Nicolò, Borgonovo Val Tidone) collocate sul territorio. La gestione complessiva di tali strutture è affidata al Dipartimento di Cure Primarie che cura le interfacce con gli altri dipartimenti. Le Case della Salute costituiscono le strutture territoriali di riferimento per l'erogazione dell'assistenza primaria. L'erogazione delle cure si realizza attraverso l'azione congiunta delle diverse figure socio-assistenziali.

2.3 ATTIVITÀ DI PRODUZIONE

L'offerta ospedaliera pubblica provinciale è garantita dal Presidio Unico di Piacenza articolato in 4 stabilimenti e dotato complessivamente di 716 posti letto. Di seguito si riporta struttura dell'offerta pubblica in termini di distribuzione dei posti letto per stabilimento e regime di ricovero.

POSTI LETTO (al 31/12/2023)			
STABILIMENTO	DAY-HOSPITAL	ORDINARIO	TOTALE
PIACENZA	18	466	484
CASTEL SAN GIOVANNI	5	97	102
FIORENZUOLA D'ARDA	1	105	106
BOBBIO	0	24	24
TOTALE	24	692	716

Fonte: Anagrafe Strutture Sanitarie e Socio Sanitarie

Nel 2023 sono state erogate complessivamente 26.485 prestazioni di ricovero e 3.375 prestazioni di day hospital, di seguito si riporta una tabella riassuntiva dell'attività ospedaliera per tipologia di assistenza.

RICOVERI – ANNO 2023		
STABILIMENTO	DAY-HOSPITAL	ORDINARIO
OSPEDALE PIACENZA	2.222	20.798
OSPEDALE CASTEL SAN GIOVANNI	31	1.866
OSPEDALE FIORENZUOLA D'ARDA	1.122	3.300
OSPEDALE BOBBIO	0	521
TOTALE	3.375	26.485

Fonte: Flusso SDO

Dal 2017 il peso medio dei casi (indice di complessità del singolo episodio di ricovero) è costantemente compreso tra 1,0 e 1,3 a dimostrazione dell'importanza delle patologie trattate. L'Indice di Case-Mix, che permette di confrontare la complessità dei casi trattati in rapporto alla complessità media regionale, indica un sostanziale allineamento al livello regionale.

COMPLESSITA' CASI TRATTATI – ANNO 2023		
STABILIMENTO	PESO MEDIO	INDICE CASE-MIX
OSPEDALE PIACENZA	1,16	1,04
OSPEDALE CASTEL SAN GIOVANNI	0,98	0,70
OSPEDALE FIORENZUOLA D'ARDA	1,08	1,06
OSPEDALE BOBBIO	0,94	1,25
TOTALE	1,13	1,07

Fonte: Flusso SDO

Nell'anno 2023 il numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali per esterni complessivamente erogato dalle strutture pubbliche dell'Azienda è stato pari a 4.906.961. La tabella sotto riportata, elaborata sulla base dei dati estratti dal flusso regionale dell'assistenza specialistica ambulatoriale, esplicita nel dettaglio l'attività specialistica ambulatoriale erogata, distinta per tipologia di prestazioni.

PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER ESTERNI	ANNO 2023
D-Diagnostica	252.511
L-Laboratorio	4.142.501
R-Riabilitazione	42.136
T-Terapeutica	193.315
V-Visite	976.498
TOTALE	4.906.961

Fonte: flusso ASA

Gli episodi complessivi di assistenza domiciliare sono stati 7.512, ed hanno comportato un totale di 250.682 accessi.

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA	ANNO 2023
<i>EPISODI - totale</i>	<i>12.626</i>
<i>ASSISTITI – totale</i>	<i>8.616</i>
<i>ACCESSI - totale</i>	<i>368.523</i>
<i>ACCESSI – medico di medicina generale</i>	<i>38.817</i>
<i>ACCESSI – infermiere equipe domiciliare</i>	<i>161.742</i>
<i>ACCESSI – medico esperto di cure palliative</i>	<i>579</i>

Fonte: Banca dati ADI

2.3 Il personale

Il capitale umano rappresenta la maggior ricchezza della nostra Azienda che può contare su una forza lavoro pari a circa 3.926 dipendenti.

Nella tabella seguente il personale ripartito per categoria:

QUALIFICHE	31/12/2023
01. MEDICI	563
02. VETERINARI	36
03. DIRIGENTI SANITARI	105
04. DIRIGENTI PTA	38
05. PERS. INFERMIERISTICO-IP	1572
06. PERSONALE OSTETRICO	79
07. PERS. DELLA RIABILITAZIONE	195
08. ALTRO PERSONALE SANITARIO	261
09. ASSISTENTI SOCIALI	21
10. PERS. OTA, OSS E AUSILIARI	467
11. PERSONALE TECNICO	234
12. PERS. AMMINISTRATIVO	355
Totale complessivo	3.926

Novità di fine 2023: l'attivazione dei CAU

Come previsto dal DM 77/2022 e dalla DGR 1206/2023 l'Azienda USL ha provveduto all'attivazione dei CAU. Il CAU è un centro di assistenza e urgenza, struttura del territorio alla quale le persone possono rivolgersi per problemi di salute urgenti, ma non gravi. I CAU sono collocati in spazi e servizi ben riconoscibili e diffusi nelle comunità come, per esempio, le Case della Comunità, o vicino agli Ospedali o in altre sedi chiaramente identificate. Dovunque siano collocati avranno percorsi e interfacce con i medici di medicina generale presenti nel territorio.

Alla fine del 2023 l'Ausl di Piacenza ha attivato due CAU, uno a Piacenza ed uno a Bobbio. Entrambi sono collocati all'interno delle strutture ospedaliere.

Il CAU di Piacenza ha registrato 2.140 accessi, mentre quello di Bobbio 242.

3. ASSETTO ORGANIZZATIVO PER LA SICUREZZA DELLE CURE

3.1 GRUPPO RISTRETTO GESTIONE DEL RISCHIO

L'assetto organizzativo della gestione del rischio è stato abbozzato nel 2015 prendendo spunto dagli obiettivi di mandato della Direzione Generale andando a realizzare un Progetto Operativo denominato SAGR (Sviluppo di un sistema aziendale per la gestione del rischio) con il quale si è istituzionalizzato, per la prima volta, un percorso di gestione del rischio.

Qualche anno dopo attraverso lo sviluppo del progetto SAGR si è adottata la deliberazione n.69/2019, successivamente modificata con deliberazione n. 456/2021, con le quali si è definito l'organigramma della gestione rischio che dovrebbe garantire, nelle intenzioni aziendali, maggior rapidità di risposta alle Unità Operative che necessitano del supporto del gruppo di gestione del rischio.

Di seguito l'organizzazione aziendale per la gestione del rischio:

Gruppo Ristretto per la Gestione del Rischio (GRGR) con compiti di progettazione, sviluppo, supervisione e diffusione dei progetti nazionali, regionali ed aziendali in tema di gestione del rischio, oltre che di interfaccia operativo sia con le UU.OO. di supporto che con le UU.OO. di produzione. Il GRGR è composto da:

- **Risk Manager:** Coordina il Gruppo Ristretto Gestione Rischio (GRGR). Garantisce che le azioni previste per la promozione della sicurezza siano condotte in modo integrato, raccordando le azioni dei diversi livelli di governo e dei diversi attori interessati. Supporta le decisioni strategiche di competenza della Direzione Aziendale fornendo informazioni, formulando proposte e proponendo indirizzi. Partecipa all'attività di gestione dei sinistri con particolare riferimento al Triage e alle sedute del Comitato Valutazione Sinistri. Propone l'approvazione e la modificazione dei documenti aziendali in materia avvalendosi della collaborazione del Patient Safety Manager. Riferisce direttamente al Direttore Amministrativo e Sanitario per gli aspetti di relativa competenza.
- **Direttore U.O. Innovazione e ricerca, processi clinici e strutture accreditate** (o suo delegato): partecipa attivamente alle attività del GRGR supportando il gruppo con le specifiche attività e competenze in tema di percorsi, linee guida, procedure e istruzioni operative in ambito clinico con particolare riferimento alle tematiche relative a rischio clinico, qualità, HTA, umanizzazione e accoglienza; favorisce la partecipazione delle UU.OO. di produzione alle attività promosse dal GRGR;
- **Direttore Direzione Tecnica professioni sanitarie** (o suo delegato): partecipa alla gestione complessiva delle tematiche e dei progetti riguardanti la gestione del rischio attraverso l'articolazione "Responsabile formazione e governo rischio assistenziale", fornendo il supporto dello staff della Direzione delle professioni da dedicare a specifiche attività del GRGR con particolare riferimento a quelle con valenza assistenziale; favorisce la partecipazione dei RAD e dei Coordinatori delle UU.OO. di produzione alle attività promosse dal GRGR;
- **Direttore U.O. Servizio Prevenzione e Protezione** (o suo delegato): partecipa attivamente alle attività del GRGR supportando il gruppo con le specifiche attività e competenze in

- tema di sicurezza sui luoghi di lavoro, violenza nei confronti degli operatori, sicurezza dei lavoratori e su tutte le tematiche legate al rischio occupazionale ed ambientale;
- **Patient Safety Manager** (o suo delegato): redige i documenti aziendali necessari alla gestione del rischio, promuovendo così la pratica della sicurezza ed evidenziando al GRGR le criticità nell'applicazione delle buone pratiche e nella gestione degli eventi critici; monitora, implementa e controlla che le pratiche di sicurezza siano realmente applicate; collabora nell'organizzazione del percorso di gestione dei sinistri durante la fase di Triage; organizza le azioni formative svolte nell'Area di Simulazione in collaborazione con l'U.O. Formazione;
 - **Direttore U.O. Presidio Unico** (o suo delegato): funzione di agevolare lo scambio di informazioni con le UU.OO. di produzione ospedaliera e garantire la rapidità nell'attivazione delle misure che saranno di volta in volta adottate a fronte di situazioni dannose o anche solamente rischiose;
 - **Direttore U.O. Medicina Legale** (o suo delegato): per rafforzare il collegamento tra gestione del rischio e gestione dei sinistri per poter dagli stessi intraprendere azioni di prevenzione;
 - **Rete Unità di Supporto** costituita dalle UU.OO. che maggiormente saranno chiamate a collaborare con il GRGR su attività e progetti per i quali le competenze di quelle UU.OO. siano ritenute indispensabili; la Rete sarà composta dalle seguenti Unità Operative, alle quali potranno però affiancarsi tutte le altre UU.OO. di supporto nel caso in cui il GRGR lo ritenga necessario per affrontare correttamente le specifiche tematiche trattate:
 - Direzione Tecnica Farmacia,
 - U.O. Formazione,
 - U.O. Ufficio Legale,
 - U.O. Ufficio Affari Generali e Rapporti Istituzionali,
 - U.O. U.O. Gestione Operative Sale Operatorie,
 - U.O. U.O. Governo dell'accesso in emergenza e dei percorsi outpatient,
 - U.O. Igiene delle strutture sanitarie,
 - U.O. Acquisizione Beni e Servizi,
 - U.O. Lavori e Patrimonio,
 - U.O. Manutenzione ed Energia,
 - U.O. Sistemi Informativi e Telecomunicazioni,
 - U.O. Comunicazione e Marketing,
 - U.O. Ingegneria Clinica;
 - **Rete Facilitatori di Unità Operativa** costituita dal personale delle UU.OO. di produzione che verrà chiamato a collaborare sui singoli progetti che coinvolgano le UU.OO. di appartenenza.

Lo staff del Risk Manager è costituito da due figure professionali dedicate:

- un collaboratore amministrativo (part time) con specifica esperienza nella gestione del rischio con il ruolo di Patient Safety Manager;
- un collaboratore sanitario-infermiere con formazione manageriale (dedicata 2 giorni la settimana alla gestione del rischio).

3.2 RAPPORTI INTERNI ED ESTERNI

L'organizzazione dell'attività prevede, nella sua operatività, il costante e specifico impegno della Direzione Strategica Aziendale, nella figura del Direttore Sanitario, al quale il Risk Manager riferisce costantemente sull'attività sia per quanto riguarda i progetti aziendali che per la gestione dei casi più critici seguiti dal GRGR.

Il Risk Manager mantiene anche le relazioni istituzionali di rilevanza per la sicurezza, ad esempio con le organizzazioni di rappresentanza dei cittadini e i Comitati Consultivi Misti, con i quali prima del periodo pandemico si erano tenuti tre incontri sul tema della gestione del rischio e dei risarcimenti per malpractice.

3.3 UU.OO. SPECIALISTICHE CON COMPITI SPECIFICI

L'assetto organizzativo della gestione del rischio viene completato con la collaborazione ormai consolidata con alcune UU.OO. che gestiscono alcuni processi e progetti (nazionali e/o regionali) sulla gestione del rischio. Di questa attività viene dato conto al Risk Manager con il quale sono stati definiti i percorsi interni per la comunicazione degli esiti agli organismi di riferimento e degli eventi dannosi o potenzialmente tali per i quali risulta necessario un intervento del GRGR.

UOSD Igiene Ospedaliera

Sono diversi i progetti che vedono il coinvolgimento del servizio di risk management con la UOSD igiene ospedaliera. L'unità operativa si occupa di divulgare la cultura del rischio attraverso la sensibilizzazione degli operatori nella corretta igiene delle mani che è la misura più efficace per diminuire il rischio di trasmissione di microrganismi potenzialmente patogeni da un paziente all'altro, in qualsiasi setting assistenziale. Le indicazioni suggeriscono la raccolta dell'indicatore sul consumo di prodotto a base alcolica per il frizionamento delle mani delle Unità Operative di degenza. La collaborazione è sempre attiva e vede il coinvolgimento nel progetto OsservaRE, e nell'analisi degli eventi che prevedono la competenza della UOSD.

L'UOSD Igiene Ospedaliera ha collaborato anche alla realizzazione del corso residenziale "Il controllo del rischio infettivo e antimicrobial stewardship".

UOC Farmacia Ospedaliera

Gli eventi dannosi o potenzialmente dannosi nella gestione del farmaco devono essere segnalati attraverso la compilazione della scheda di Incident reporting da inoltrare, secondo procedura aziendale, all'indirizzo mail riskmanagement@ausl.pc.it. Allo stesso tempo è necessario comunicare quanto avvenuto al referente aziendale per la Farmacovigilanza (RAFV), compilando la scheda ministeriale.

I due sistemi costituiscono pertanto una base di analisi comune per la predisposizione di azioni di miglioramento della sicurezza dei percorsi assistenziali.

Il Risk Manager e il Referente per la Farmacovigilanza si scambieranno le informazioni relative alle comunicazioni ricevute per attuare le opportune analisi che porteranno alla applicazione di strumenti di controllo del rischio.

L'Azienda ha realizzato un'istruzione operativa sulla gestione di questi eventi avendo come riferimento le Linee Guida Regionali.

UOSD Dispositivi Medici

L'obiettivo del sistema di vigilanza è quello di sensibilizzare alla protezione della salute e la sicurezza dei pazienti, degli utilizzatori e di altri, attraverso il monitoraggio delle segnalazioni degli incidenti a dispositivi medici (DM) e a dispositivi medici in vitro (IVD) con il fine di ridurre la possibilità che lo stesso tipo di incidente dannoso si ripeta in luoghi diversi in tempi successivi. Tale percorso prevede la collaborazione tra GRGR e Responsabile Dispositivo Vigilanza per la analisi dei casi e per l'implementazione delle azioni di miglioramento.

L'Azienda ha realizzato un'istruzione operativa sulla gestione di questi eventi avendo come riferimento le Linee Guida Regionali.

UOC Servizio Immuno- Trasfusionale

All'interno della AUSL Piacenza si è dato corso ad una forte collaborazione con l'UOC Servizio Immuno-trasfusionale che vede il coinvolgimento del GRGR e ogni volta si rilevi un near miss o un evento avverso.

Ogni qual volta si verifichi un evento di "reazione trasfusionale da incompatibilità ABO", la segnalazione dell'evento è oggetto di valutazione congiunta da parte dei soggetti che ricevono la segnalazione. Il GRGR ed il Servizio Immuno Trasfusionale attivano l'analisi dell'evento in accordo con la struttura organizzativa in cui è verificato, con l'obiettivo di comprendere i fattori e le cause che hanno contribuito e determinato il suo verificarsi e di definire le relative azioni per il miglioramento. Utilizzando le informazioni acquisite dall'analisi sono pianificate azioni correttive e di miglioramento per prevenire il ripetersi degli eventi analizzati.

L'attività svolta con l'UOC Servizio Immuno-trasfusionale risponde alle normative in vigore ed alle Linee Guida approvate, in particolare il DM del 02/11/2015 "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti" ed il Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella del luglio 2009.

UOC Ostetricia-Ginecologia

Nell'ambito materno infantile rivestono particolare rilevanza gli eventi identificati come Near miss e "morbosità materna grave acuta" (Severe Acute Maternal Morbidity: SAMM) sono due termini utilizzati indifferentemente per indicare una grave complicanza ostetrica potenzialmente fatale. All'interno della Ausl Piacenza sono state adottate delle misure che determinano una contenzione del rischio clinico.

L'UOC Ostetricia-Ginecologia partecipa attivamente ai gruppi regionali di riferimento e collabora con il GRGR in tutte le attività di rendicontazione annuale riguardanti le tematiche della sicurezza materno-infantile.

Fra gli interventi si ricordano:

- creazione di kit box assistenziali per i principali near miss (EPP, eclampsia) contenenti i farmaci per la gestione dell'emergenza /urgenza nei corretti dosaggi;
- maggiore sensibilizzazione alla gestione del 3° stadio del travaglio con interventi sulla riduzione della perdita ematica nel post-partum, prevenzione dell'anemia in gravidanza, skin to skin e suzione precoce;
- implementazione di nuova IO assistenziale per la cura delle garze dopo l'assistenza al parto che preveda una sutura perineale



Le schede di processo

**Cultura della
sicurezza**

4. STRUMENTI PER LA SICUREZZA DELLE CURE E RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO

Nel presente paragrafo si individueranno strumenti, fonti informative e progetti riguardanti la sicurezza delle cure. Per ciascuna fonte informativa (o strumento) si è compilata una scheda specifica che descrive tipologia, percorsi, azioni svolte, criticità e percorsi futuri. Per i progetti specifici aziendali e sovrazionali vengono descritte le attività svolte ed i risultati raggiunti.

La scheda utilizzata per l'individuazione dei **singoli processi** riprende l'indicazione fornita dai competenti uffici regionali, indicando per ciascuna scheda i seguenti elementi:

- **Ambito di intervento:** viene indicato il processo su cui si interviene per promuovere la sicurezza delle cure;
- **Tipologia:** viene indicata la tipologia di sicurezza che si intende promuovere: sicurezza dei pazienti, dei professionisti, dell'ambiente e della struttura;
- **Normativa di riferimento:** vengono indicate le principali fonti normative inerenti il processo trattato;
- **Tematiche correlate:** vengono indicate le principali tematiche con le quali vi è una correlazione più stretta;
- **Responsabile Processo:** viene indicato chi in Azienda coordina il processo;
- **Descrizione del Flusso informativo:** viene sinteticamente indicato e descritto il flusso informativo che sostiene il processo;
- **Altri Flussi correlati:** vengono indicati altri flussi aziendali da cui si possono evincere informazioni;
- **Valutazione del rischio:** vengono sinteticamente riportati alcuni elementi di valutazione dei dati aziendali o regionali sul processo;
- **Interventi effettuati in precedenza:** vengono esplicitate le principali attività realizzate in precedenza;
- **Empowerment dei cittadini:** viene dichiarato se e in che modo il cittadino informato su questo specifico rischio può essere parte attiva della sicurezza delle cure;
- **Giudizio complessivo:** sinteticamente si esprime una valutazione sul livello delle performance aziendali sullo specifico processo;
- **Obiettivo generale:** viene descritto l'obiettivo che si intende raggiungere per ogni specifico ambito nel periodo di riferimento;
- **Attività:** vengono in sintesi descritte le principali attività da svolgere relative all'obiettivo definito;
- **Indicatori di risultato:** vengono esplicitati gli indicatori di processo ed esito da monitorare per la verifica del raggiungimento dell'obiettivo previsto.

Gli indicatori sono stati raccolti e sintetizzati in una scheda dedicata allegata al PPSC.

SCHEDA 1
Il sistema di Segnalazione e Gestione eventi (Incident Reporting e Eventi Sentinella)

<i>Ambito intervento</i>	<i>di</i>	Il sistema di Segnalazione e Gestione eventi (Incident Reporting e Eventi Sentinella)
<i>Tipologia</i>		Sicurezza dei pazienti
<i>Normativa riferimento</i>	<i>di</i>	<p>- DM 2 aprile 2015, n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”</p> <p>- Legge di Stabilità 2016 (Legge n. 208 del 28 dicembre 2015, art. 1 comma 539).</p> <p>- DGR 1943/2017 “Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell’accreditamento delle strutture sanitarie”</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>
<i>Tematiche correlate</i>		Le tematiche correlate alla gestione degli incident reporting e degli eventi sentinella sono quelle legate alla gestione dei sinistri e all’applicazione delle buone pratiche
<i>Responsabile Processo</i>		Dott. Giuseppe Arcari – Risk Manager
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>		<p>L’incident reporting è un sistema di segnalazione che consente ai professionisti sanitari di descrivere e comunicare a chi si occupa di gestione del rischio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - eventi dannosi (e all’interno di questi gli eventuali eventi sentinella); - eventi potenzialmente dannosi <p>La raccolta sistematica delle informazioni consente di creare massa critica per promuovere la conoscenza di rischi presenti o potenziali all’interno delle strutture sanitarie e di accrescere quindi la consapevolezza di aree critiche dell’organizzazione.</p> <p>Lo scopo di questo sistema di segnalazione volontaria è quello di apprendere dall’esperienza, 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>Il flusso informativo è costituito dalle comunicazioni che il personale può inoltrare ad un apposita casella mail alla quale hanno accesso gli operatori che si occupano di gestione del rischio. Per agevolare il personale nella segnalazione è consentito anche il contatto telefonico diretto attraverso il quale si procede poi alla compilazione della scheda relativa all’evento.</p> <p>Le segnalazioni vengono poi registrate sul data base aziendale e da questo trasmesse in regione per le rendicontazioni annuali. Qualora la segnalazione riguardasse un</p>

	accadimento qualificabile come evento sentinella, la registrazione viene fatta sul sito nazionale SIMES.
<i>Altri Flussi correlati</i>	Flusso SIMES sugli eventi sentinella
<i>Valutazione del rischio</i>	<p>L'analisi del rischio è una metodologia utilizzata per identificare, valutare e gestire i potenziali rischi che possono verificarsi in una determinata attività o situazione. L'obiettivo principale dell'analisi del rischio è quello di individuare i rischi potenziali in modo da poter adottare misure preventive per evitarli o mitigarli.</p> <p>Le segnalazioni vengono analizzate dal personale dedicato alla gestione del rischio per un primo inquadramento generale a cui segue l'attività di analisi più approfondita con l'ausilio del personale operante nella UO segnalante e con il restante personale facente parte del GRGR (Gruppo Ristretto Gestione del Rischio). Successivamente, a seconda della decisione assunta, vengono intrapresi i percorsi di miglioramento che possono comportare la stesura di istruzioni o procedure, l'attuazione di modifiche organizzative, l'acquisto di prodotti specifici etc.</p> <p>Nel corso del 2022 sono state inoltrate per mezzo di posta elettronica n. 126 segnalazioni, dato che confrontato con l'anno precedente evidenzia una netta ripresa rispetto al calo del 2021. Tra le segnalazioni pervenute, alcune hanno avuto un impatto significativo sulla organizzazione e sulla sicurezza degli operatori e dei pazienti.</p> <p>Per quanto riguarda gli incidenti, segnalati nel 2023, il livello di gravità è risultato il seguente: Livello 4: n° 9 segnalazioni Livello 5: n° 2 segnalazioni Livello 6: n° 1 segnalazioni Livello 7: n° 0 segnalazioni Livello 8: n° 4 segnalazioni</p> <p>Gli eventi sentinella sono stati n.8, rispettivamente: n.5 Cadute, n.1 Procedura in paziente sbagliato n.1 Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure n.1 Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente</p>
<i>Interventi effettuati nel periodo precedente</i>	<p>Nel corso del 2023 sono state inoltrate per mezzo di posta elettronica n. 112 segnalazioni.</p> <p>Sulla base delle segnalazioni e dell'analisi post evento, sono state effettuate azioni di miglioramento quali: Evento: Ritenzione garza in sito chirurgico Azione: Modifica modulo conta garze. Modulo in fase di sperimentazione all'interno</p>

	<p>del comparto operatorio, richiesta l'implementazione informatica dello strumento.</p> <p>Evento: Errata identificazione paziente Azione: Implementazione sistemi di segnalazione in casi di omonimia</p> <p>Evento: Errata somministrazione farmacologica Azione: Addestramento applicativo Sophia per medici e infermieri</p> <p>Evento: Mancata diagnosi Azione: Modulo scambio consegne in formato elettronico su cartella condivisa</p> <p>Evento: Suicidio Azione: Procedura-lo prevenzione del sudicio (entro 2024)</p> <p>Evento: Cadute Azione: Audit e formazione annuale per i Dipartimenti e UU.OO</p> <p>A livello aziendale sono stati effettuati incontri di sensibilizzazione e diffusione per la cultura del rischio e utilizzo e diffusione sugli strumenti di gestione del rischio (utilizzo della Scheda di Incident Reporting, creazione casella postale riskmanagement@ausl.pc.it, implementazione, da metà anno, dello strumento SegnalER)</p>
<i>Empowerment dei cittadini</i>	Ogni anno, attraverso RELAZIONE ANNUALE SUGLI ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE CURE (Legge n. 24/2017 – art. 2 comma 5), l'Azienda rende nota la propria attività in tema di gestione del rischio.
<i>Giudizio complessivo</i>	Il processo di segnalazione degli eventi ha subito un'evidente contrazione negli anni 2020 e 2021. Nel corso del 2023 c'è stata una ripresa che si ritiene possa continuare anche negli anni successivi con l'utilizzo della nuova piattaforma SegnalER.
<i>Obiettivo generale</i>	<p>La cultura della sicurezza può crescere solo se vi sono dei presupposti fra cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un ambiente aperto e trasparente basato sulla cultura del no blame, • se tutti i livelli dell'organizzazione sono e si sentono coinvolti in questo processo. <p>In un contesto complesso come quello sanitario, un sistema di segnalazione efficiente degli eventi dovrebbe essere fondamento necessario permettendo a chi si occupa di risk management di raccogliere un amole informativa di esperienze e dati e sulla base di analisi, fornire i feedback ai professionisti sanitari e al personale coinvolto nell'assistenza.</p> <p>Essenziale è anche garantire supporto ai professionisti coinvolti negli eventi; le "seconde vittime" sono gli operatori coinvolti nell'evento e rimasti emotivamente traumatizzati da esso. Senza un adeguato supporto, l'esperienza dell'evento può danneggiare la salute emotiva e fisica del professionista coinvolto, generare dubbi sulle proprie capacità e sulle conoscenze, ridurre la soddisfazione sul lavoro fino a condurre, in casi estremi, alla volontà di lasciare la professione sanitaria.</p> <p>Compito del risk management non è solo quindi analizzare gli eventi ma anche prendersi carico delle persone e fargli sentire il supporto e l'importanza della loro collaborazione.</p>
<i>Attività</i>	<p>-Attività diretta con i colleghi che operano nelle UO di produzione,</p> <p>-creazione di un gruppo di lavoro per la gestione dei rischi in sala operatoria,</p> <p>-corso di formazione sul rischio in relazione alla completezza della documentazione sanitaria</p> <p>-audit formativi sulla gestione del rischio e relative responsabilità nell'evento caduta</p> <p>- corsi di formazione FAD prodotti dalla regione ed erogati sulla piattaforma E-llaber: SegnalER (livello1)- Formazione per gli operatori della strutture sanitarie regionali-</p>

*Indicatori
risultato*

	edizione 2024 SignalER (livello 2)-Il ruolo del responsabile nel processo di segnalazione : formazione per la segnalazione e la validazione – edizione 2024
<i>di</i>	N° tot eventi segnalati N° di eventi segnalati con Livello 8 / tot eventi segnalati *100;

SCHEDA 2
Formazione e Informazione per la Sicurezza delle Cure

<i>Ambito di intervento</i>	Cultura della sicurezza
<i>Tipologia</i>	Formazione degli operatori sulla cultura della sicurezza delle cure
<i>Normativa di riferimento</i>	<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>Ministero della salute: <i>Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023</i></p> <p>RER: piano strategico operativo di risposta a una pandemia influenzale della Regione Emilia Romagna (PanFlu Regione Emilia-Romagna 2021-2023)</p> <p>Determinazione num. 832 del 19/01/2022 costituzione del gruppo di lavoro multidisciplinare "Formazione in tema di prevenzione e controllo dell'antibioticoresistenza</p>
<i>Tematiche correlate</i>	Sicurezza dell'operatore sicurezza del paziente gestione rischio infettivo
<i>Responsabile Processo</i>	Serena Caprioli - Direttore f.f. Dipartimento Pianificazione, Controllo e Accesso UO Pianificazione, Organizzazione e Formazione
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza prevede tra le attività la Componente 2 - Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario – Sub investimento 2.2 (b) Corso di formazione in infezioni ospedaliere definendone anche il numero di personale da formare a livello di ogni regione.
<i>Altri Flussi correlati</i>	Piano Annuale della Formazione (PAF)
<i>Valutazione del rischio</i>	Attraverso la formazione si agisce su una leva strategica per potenziare le competenze e le conoscenze degli operatori sulla sicurezza delle cure in tematiche specifiche
<i>Interventi effettuati nel periodo precedente</i>	<p>Al fine di assicurare lo sviluppo e il mantenimento delle competenze sul tema della lotta all'antibiotico resistenza e della prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, a livello regionale è stato istituito, in coordinamento con l'ASSR, un Gruppo di lavoro regionale multidisciplinare per la formazione in tema di Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) con la funzione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • definire la strategia formativa, • individuare le priorità,

- individuare le modalità più efficaci per raggiungere gli obiettivi formativi di interesse (programmi formativi regionali/indicazione alle Aziende sugli obiettivi da raggiungere, modalità di formazione più efficaci),
- individuare le metodologie e strumenti per valutare l'efficacia della formazione . “

L'UO Igiene delle strutture sanitarie programma, predispone, svolge e rendiconta in merito alla formazione del personale in tema di prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza. Il Responsabile dell'U.O. Igiene delle strutture sanitarie coordina il Gruppo Operativo per il controllo delle ICA, che ha come funzione prioritaria il monitoraggio e il contrasto del fenomeno delle ICA con specifiche azioni di prevenzione, controllo e sorveglianza; svolge inoltre la propria funzione tramite incontri periodici ed approfondimenti (ad es. indagini, raccolta dati e analisi, verifiche, programmazione azioni migliorative). All'interno del gruppo sono garantite le professionalità necessarie per le funzioni di implementazione dei programmi di gestione del rischio ICA e in particolare di eventi formativi. Gli operatori dell'UO Igiene delle strutture sanitarie sono membri attivi del Gruppo Operativo per il controllo delle ICA; il Gruppo Operativo per il controllo delle ICA si coordina con il Gruppo Operativo per l'uso responsabile degli antibiotici.

Nel corso del 2023 è stato riproposto a cura della U.O. Igiene delle strutture sanitarie il Corso per referenti rischio infettivo della dirigenza e del comparto sanitario (ex DGR 318/2013) in 6 edizioni blended della durata di 7 ore ciascuna: il corso, i cui contenuti rispecchiano quanto richiesto dalle linee guida, si articola in 4 ore residenziali e una parte FAD di 3 ore.

E' stato inoltre offerto ai Referenti del Rischio Infettivo, con adesione facoltativa, un corso di formazione con la finalità di fornire competenze di base per gestire, monitorare e valutare percorsi formativi in aula e/o sul campo adottando strategie adatte a facilitare l'apprendimento e a trasferire operatività e/o comportamenti nel contesto lavorativo dei discenti. In particolare, tali competenze possono essere utili nello svolgimento della funzione di referenti del rischio infettivo all'interno delle unità operative e dipartimenti in quanto i referenti sono "promotori" di corretti comportamenti. La finalità del corso è di "formare i formatori", in questo caso i referenti del rischio infettivo, coinvolti nella formazione sul campo prevista dal PNRR.

Relativamente all'erogazione di corsi aziendali in tema di antimicrobicoresistenza accreditati ECM con utilizzo di specifiche parole chiave, grazie all'impegno della UOSD Igiene delle strutture sanitarie e ai gruppi aziendali ICA (infezioni correlate all'assistenza) e SICHER (sistema informativo infezioni sito chirurgico) sono stati organizzati nel corso del 2023 4 corsi di formazione aziendali.

A livello regionale, a partire da agosto 2022, è stata rilasciata la collana FAD

	<p>"Governo del rischio infettivo correlato alle attività assistenziali" la cui fruizione ha costituito, oltre a un obiettivo delle linee di programmazione annuali, anche obiettivo del piano pandemico regionale e aziendale (PANFLU) e del Piano Regionale della Prevenzione 21-25 (PL12). Tale FAD è divenuta nel 2024 parte fondamentale del Modulo A del corso PNRR – infezioni ospedaliere.</p> <p>L'Azienda USL di Piacenza ha richiesto la partecipazione ai corsi in oggetto adottando queste modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> • comunicazione del rilascio dei corsi FAD a cura della Direzione Sanitaria aziendale indirizzata a tutti i direttori di UO Complessa, responsabili di UO Semplice Dipartimentale e RAD aziendali • incarico ai responsabili dei processi e funzioni del piano pandemico di curare la diffusione della partecipazione ai corsi nei rispettivi ambiti di competenza extra-aziendali: medici convenzionati del territorio, operatori sanitari convenzionati per servizi ambulatoriali, strutture socio-sanitarie, operatori sanitari convenzionati per emergenza territoriale/trasporti, ospedalità privata territoriale <p>Inoltre, il servizio Formazione in accordo con la UO Gestione risorse umane aziendali, ha consentito, attraverso uno specifico modulo, il riconoscimento delle ore di frequenza di questi corsi quando fruiti fuori orario di lavoro.</p> <p>Per il 2023 è stato dato mandato alle Aziende di redazione e restituzione al livello regionale del Documento aziendale di programmazione del percorso formativo, richiesto nelle "Linee d'indirizzo per l'implementazione di attività formative specifiche per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza e per la promozione dell'uso responsabile degli antibiotici": il documento redatto a cura del gruppo aziendale multidisciplinare e multiprofessionale è stato inviato ufficialmente il 06/11/2023.</p>
<i>Empowerment dei cittadini</i>	Il progetto, per caratteristiche tecniche, non si presta ad essere divulgato.
<i>Giudizio complessivo</i>	Le azioni messe in campo hanno consentito il raggiungimento di risultati egregi di frequenza da parte dei dipendenti dell'Azienda USL di Piacenza, collocandola ai primi posti in Regione per valore assoluto di iscrizioni ai corsi FAD della collana "Governo del rischio infettivo correlato alle attività assistenziali" .
<i>Obiettivo generale</i>	Formare gli Operatori sanitari dipendenti dell'Azienda USL di Piacenza e operanti nelle strutture ospedaliere, compresi gli operatori socio sanitari, secondo i target definiti dall'intervento PNRR M6C2 Sub intervento 2.2 (b)-Corso di formazione in infezioni ospedaliere
<i>Attività</i>	L'intervento sopra riportato attribuisce all'Azienda USL di Piacenza l'obiettivo di formare 1.241 operatori sanitari ospedalieri entro il 30/06/2026, con una milestone

intermedia al 31/03/2025 del 52% di formati.

Secondo quanto previsto dall'Allegato Allegato 5 Action plan M6C2 2.2 b la formazione in oggetto prevede:

- Modulo A: Modulo di base teorico generale → assicurato dai corsi e-llaber 2-3-5-6-7 oppure dal Corso unico PNRR di 14 ore
- Modulo B e Modulo C - Modulo pratico → in presenza con approfondimenti pratici, sessioni interattive e formazione sul campo con approfondimento sul Programma locale di contrasto alle infezioni ospedaliere

A livello aziendale sono definiti i target di formati per ciascun Dipartimento ospedaliero per il personale dirigente e per il personale di comparto a cui è stato dato mandato di completare il modulo A entro il 30/09/2024 (se appartenenti al primo gruppo di formati) oppure tassativamente entro il 31/12/2024.

A partire dal 01/10/2024 prenderanno avvio le edizioni del corso "Modulo B e Modulo C" residenziale in aula (4 ore) e contemporaneamente le edizioni di formazione sul campo (1 ora) necessarie per completare la formazione richiesta dal PNRR M6C2 Sub intervento 2.2 (b)-Corso di formazione in infezioni ospedaliere.

Indicatori di risultato

- Numero corsi aziendali con le parole chiave specifiche (ICA, Antibioticoresistenza, Antisepsi/disinfezione/sterilizzazione, Igiene ambientale) / anno
- Numero edizioni corsi PNRR infezioni ospedaliere effettuati (residenziale e FSC)/ anno
- Numero operatori corsi PNRR infezioni ospedaliere formati / anno

SCHEDA 3
Adesione iniziative AGENAS: Raccomandazioni e Call for Good Practice

<i>Ambito intervento</i>	<i>di</i>	Monitoraggio Agenas Raccomandazioni per la Sicurezza delle cure e Call for good practice
<i>Tipologia</i>		Sicurezza pazienti e operatori
<i>Normativa riferimento</i>	<i>di</i>	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” Raccomandazioni per la sicurezza delle cure – Ministero della Salute Report Annuale sulle fonti informative per la sicurezza delle cure – Regione Emilia-Romagna
<i>Tematiche correlate</i>		Raccomandazioni della Regione Emilia-Romagna sulla sicurezza delle cure Procedure ed Istruzioni Operative Ausl Piacenza Sistema Azienda USI Piacenza di segnalazione (incident reporting)
<i>Responsabile Processo</i>		Dott. Giuseppe Arcari – Risk Manager
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>		<p>Il Ministero della Salute, in collaborazione con professionisti esterni provenienti dalla sanità pubblica e privata, è impegnato fin dal 2005 nella stesura e diffusione di "Raccomandazioni" per la prevenzione di eventi sentinella.</p> <p>Sul sito del Ministero della Salute sono state pubblicate 19 raccomandazioni che forniscono un supporto alle strutture e agli operatori sui temi riguardanti la sicurezza delle cure ed il contrasto agli eventi dannosi.</p> <p>AGENAS, attraverso un questionario di autovalutazione, propone ogni anno il monitoraggio dello stato di sviluppo ed applicazione delle Raccomandazioni da parte delle Aziende Sanitarie.</p> <p>In relazione alle tematiche contenute nelle Raccomandazioni, ogni anno AGENAS propone la “Call for Good Practice”, una chiamata “a tema” rivolta alle Aziende Sanitarie perché presentino pratiche sicure nella cura dei pazienti all’interno degli argomenti proposti ogni anno.</p> <p>Anche questa attività viene effettuata attraverso il sito AGENAS andando a registrare quelle procedure che le Aziende ritengono essere prioritarie per la sicurezza dei pazienti.</p>
<i>Altri Flussi correlati</i>		Flusso SIMES, Dispositivovigilanza, Farmacovigilanza, Incident Reporting, Flusso Sicurezza Trasfusionale, Flusso SICHER e segnalazioni URP.
<i>Valutazione del rischio</i>	<i>del</i>	L’AUSL di Piacenza aderisce dal 2015 al monitoraggio delle <i>Raccomandazioni per la Sicurezza</i> proposto da AGENAS compilando i questionari sul sito dell’Agenzia. Il livello di implementazione aziendale delle raccomandazioni ministeriali è andato migliorando negli anni ed raggiunto una buona performance a partire dal 2021 grazie al lavoro congiunto del Gruppo Ristretto Gestione del Rischio con l’UO Innovazione e ricerca, processi clinici e strutture accreditate.

<i>Interventi effettuati nel periodo precedente</i>	<p>L'AUSL di Piacenza aderisce dal 2016 alle "Call for Good Practice" registrando sul sito AGENAS le pratiche ritenute più idonee per sviluppare sicurezza nelle cure all'interno degli argomenti proposti da AGENAS ogni anno.</p> <p>Nel corso degli anni l'Ausl di Piacenza ha preso parte attiva alle call di AGENAS, producendo e condividendo esperienze significative, di seguito un breve elenco delle pubblicazioni inviate:</p> <p>2016 Sistema di Trasporto Assistito Materno</p> <p>2017 Formazione in ambiente di simulazione per la gestione dell'emergenze ostetriche e neonatali Emorragia del post-partum (EPP) Reporting System</p> <p>2018 Prevenzione violenza a danno di operatori: la sicurezza nelle strutture psichiatriche</p> <p>2019 Sistema di rilevazione settimanale di incremento anomalo di positività per alcuni agenti patogeni ACINETOBACTER B., KLEBSIELLA, CLOSTRIDIUM D., MRSA Approccio multimodale per aumentare l'igiene delle mani Sicurezza dei farmaci durante la transizione di cura</p> <p>2021 Sviluppo e implementazione di un sistema informatizzato per la tracciabilità della sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico Sviluppo e implementazione di un sistema informatizzato per la tracciabilità dei casi di Sars-CoV2 e relativo contact tracing</p> <p>2022 Il processo di supply chain del lotto monodose di farmaci destinati ai pazienti del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche</p> <p>2023 Il PDTA del paziente con sclerosi multipla L'Ambulatorio educativo per il paziente diabetico</p> <p>2024 Screening per l'individuazione di soggetti colonizzati da "Candida auris"</p>
<i>Empowerment dei cittadini</i>	<p>Pubblicazione annuale ex art. 2, comma 5, Legge 24/2017 (Legge Gelli).</p>
<i>Giudizio complessivo</i>	<p>L'obbligo del monitoraggio AGENAS delle Raccomandazioni ministeriali è stato assolto costantemente dal 2015, così come la risposta alle Call for Good Practice. La pratica clinica ha beneficiato, e continua a beneficiare, dell'applicazione delle procedure di sicurezza recepite all'interno delle procedure ed istruzioni operative aziendali.</p>
<i>Obiettivo generale</i>	<p>Prosecuzione nell'applicazione dei contenuti delle Raccomandazioni attraverso il recepimento di parte dei loro contenuti all'interno delle procedure aziendali.</p>
<i>Attività</i>	<p>Mantenimento dell'adesione al monitoraggio AGENAS Mantenimento della risposta alla Call for Good Practice</p>

*Indicatori
risultato*

di Adesione al monitoraggio AGENAS nei tempi richiesti
Adesione alla Call for Good Practice nei tempi richiesti

The page features several abstract, organic shapes in shades of teal and dark blue. A dark blue circle is positioned in the upper center. To its right, a large, light teal shape with rounded corners extends from the top edge. In the top right corner, there are dark blue and light teal shapes. On the left side, a light grey semi-circle is visible. The main title is centered in the lower half of the page.

Le schede di processo

**Raccomandazioni
per la sicurezza
delle cure**

The page features several abstract, organic shapes in shades of teal and dark blue. A dark blue circle is positioned in the upper center. To its right, a large, light teal shape with rounded corners extends from the top edge. In the top right corner, there are dark blue and light teal shapes. On the left side, a light grey semi-circle is visible. The main title is centered in the lower half of the page.

SCHEDA 4
Prevenzione delle cadute

<i>Ambito intervento</i>	<i>di</i>	Gestione e prevenzione del fenomeno cadute
<i>Tipologia</i>		sicurezza del paziente durante il periodo di degenza ospedaliera .
<i>Normativa riferimento</i>	<i>di</i>	<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>Circolare RER PG/2016/0724115 del 18/11/2016 Piano di Prevenzione Cadute;</p> <p>Regione Emilia-Romagna, “Linee di indirizzo su prevenzione e gestione delle cadute del paziente in ospedale”, dicembre 2016.</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>Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende DGR 945/2024</p> <p>Regione Emilia-Romagna, report regionale sulle fonti informative per la sicurezza delle cure 2021-2022-2023</p>
<i>Tematiche correlate</i>		<p>Raccomandazioni ministeriali e regionali per la sicurezza delle cure.</p> <p>Segnalazioni spontanee degli eventi avversi e dei near miss.</p> <p>Eventi sentinella e eventi significativi per la sicurezza delle cure</p> <p>Richieste risarcitorie</p>
<i>Responsabile Processo</i>		Dott.ssa Katia Manchi
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>		<p>Già dall’anno 2017 si sono costituiti in Azienda usl di Piacenza i presupposti per lo sviluppo di un progetto integrato per la sorveglianza e la prevenzione delle cadute per quanto riguarda il contesto ospedaliero e sono stati realizzati diversi interventi al fine di:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Migliorare la qualità del sistema di monitoraggio e prevenzione delle cadute dei pazienti nelle Unità operative ospedaliere. ✓ Aumentare il livello di sensibilizzazione degli operatori a prevenire e segnalare le cadute; attraverso la costituzione di una rete di referenti aziendali per le cadute . ✓ Estendere a tutte le U.O. aziendali l’utilizzo di uno strumento multidimensionale per la valutazione del rischio di caduta dei pazienti e per la pianificazione delle azioni preventive. ✓ Unificare e stabilizzare il flusso informativo di segnalazione delle cadute. ✓ Migliorare l’efficienza e la fruibilità del flusso informativo di segnalazione delle cadute. ✓ Diffondere a tutte le UO la procedura aziendale (recepimento delle linee di indirizzo regionali). ✓ Monitorare il grado di applicazione delle raccomandazioni per la prevenzione delle cadute.

	<p>Allo stato odierno Il flusso informativo delle segnalazioni di caduta avviene attraverso una scheda di Notifica caduta presente sull'applicativo informatico Galileo presente anche in cartaceo quale allegato nella procedura aziendale relativa alle cadute. Lo strumento di Notifica caduta consente una buona tracciabilità del fenomeno cadute. I dati presenti nelle schede di Notifica caduta confluiscono in un database generale dal quale attingere un report complessivo, per Ospedale, per Dipartimento e per singola U.O. che viene restituito durante gli Audit formativo/residenziali accreditati ECM per gli operatori sanitari.</p> <p>Implementazione del sistema di segnalazione Piattaforma regionale Segnal ER.</p>
<i>Altri Flussi correlati</i>	Incident reporting, flusso SIMES, segnalazioni URP, richieste di risarcimento.
<i>Valutazione del rischio</i>	<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 poli patologici, ecc.) e per la complessità dei contesti di cura. La conoscenza del fenomeno all'interno della propria organizzazione, è fondamentale per qualsiasi attività di prevenzione e miglioramento del sistema.</p> <p>A tale scopo presso l'Azienda USL di Piacenza sono programmati da alcuni anni Audit formativo/residenziali accreditati ECM, rivolti agli operatori al fine di restituire dati di flusso relativi al n. delle cadute avvenute per ogni singola unità operativa, all'orario di caduta, all'età media dei pazienti caduti, e agli esiti di caduta. All'interno degli Audit si promuovono anche azioni rivolte alla prevenzione del fenomeno con particolare attenzione alla rete dei facilitatori quali strumento di sensibilizzazione al fenomeno.</p>
<i>Interventi effettuati nel periodo precedente</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Audit effettuati con metodologia reattiva rispetto l'accadimento di eventi sentinella o near miss. ✓ Formazione residenziale attraverso Audit rivolti agli operatori dei Dipartimenti Aziendali. ✓ È inoltre proseguito il monitoraggio da parte della funzione di risk management in collaborazione con la Direzione delle Professioni sanitarie, 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 fini di individuare le eventuali azioni di miglioramento necessarie, nonché alla segnalazione al SIMES degli eventi sentinella correlati ad episodi di caduta con esito trauma maggiore
<i>Empowerment dei cittadini</i>	Si sta implementando la formazione territoriale. Allo stato attuale distribuzione di brochure ai pazienti e loro caregiver del rischio cadute nuova campagna informativa regionale ParaCadute
<i>Giudizio complessivo</i>	Le attività aziendali si stanno svolgendo in linea con quanto richiesto dalla Regione Emilia Romagna: frequenza degli operatori al corso FAD Cadute presente sul sito E Ilaber ed attività del gruppo multidisciplinare di recente ricostituzione PAPC.
<i>Obiettivo generale</i>	Potenziare e completare le strategie di prevenzione attuate e attuabili in ospedale con particolare attenzione alla mappatura dello stato dell'arte degli ausili quali carrozzine, barelle ,ecc.

Attività

Pianificazione attività semestrali gruppo multidisciplinare PAPC.
Aggiornamento della rete di facilitatori di U.O. e loro formazione.
Audit formativo/residenziali per restituzione dati riguardanti il fenomeno cadute e sensibilizzazione al tema della prevenzione.
Iniziative di sensibilizzazione al fenomeno delle cadute rivolto al territorio.

*Indicatori
risultato*

di

Eventi formativi rivolti ai referenti per le cadute di U.O. ≥ 1
Incontri con il gruppo multidisciplinare PAPC . ≥ 2
N° Audit formativi /residenziali accreditati ECM rivolti agli operatori ≥ 9
Evidenza di iniziative di sensibilizzazione al fenomeno delle cadute rivolte al territorio . ≥ 1

SCHEDA 5
Sicurezza trasfusionale

<i>Ambito di intervento</i>	Servizio di immunoematologia e Medicina Trasfusionale
<i>Tipologia</i>	Sicurezza del processo trasfusionale
<i>Normativa di riferimento</i>	<ul style="list-style-type: none"> • DL 21 ottobre 2005, n. 219 • Direttiva 2005/61/CE • DL 9 novembre 2007, n. 207 • D.L. 2 Novembre 2015, • Raccomandazione Per La Prevenzione Della Reazione Trasfusionale Da Incompatibilità ABO, Ministero della salute, 09/01/2020
<i>Tematiche correlate</i>	Prevenzione dell'errore trasfusionale Appropriatezza delle terapie trasfusionali
<i>Responsabile Processo</i>	Dr. Francesco Romeo Dirigente U.O.C. Servizio Immuno-Trasfusionale
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	Raccolta dei near miss, delle non conformità, delle non conformità gravi a cura del Servizio Trasfusionale con coinvolgimento del Risk Management. La raccolta avviene a seguito di segnalazioni provenienti dai reparti oppure a seguito di segnalazioni interne.
<i>Altri Flussi correlati</i>	SIMES, Incident reporting, segnalazione URP
<i>Valutazione del rischio</i>	<p>I rischi vengono valutati in base alle specifiche dei DM e delle Linee guida attuali. I rischi sono individuati e studiati attraverso l'applicazione degli audit o della root cause analysis a seguito delle quali, evidenziando gli elementi critici determinanti l'evento, vengono intraprese azioni correttive, se necessarie e a distanza di tempo valutata la loro efficacia. L'efficacia può essere verificata anche attraverso l'analisi dei flussi provenienti dalle schede di segnalazione prodotte.</p> <p>I momenti strutturati per la valutazione dei rischi sono i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - riunioni COBUS/anno, con tutti i referenti (1 medico, 1 coordinatore/infermiere per UO). Nelle riunioni viene effettuata la presentazione /discussione delle criticità emerse nel trimestre, dei Near Miss trattati, delle Non Conformità (disponibili report); - verifica dell'aderenza alle procedure sulla sicurezza e appropriatezza trasfusionale nelle UU.OO di emergenza/degenza mediante Audit strutturati all'interno delle UU.OO (disponibili report); - gestione trimestrale degli indicatori di UU.OO. che includono: <ul style="list-style-type: none"> N° near miss RICEVUTI/ N° richieste trasfusionali; N° near miss RILEVATI/ N° richieste trasfusionali; N° di NC gravi gestite/ N° di NC gravi raccolte; N° richieste trasfusionali inappropriate: HB > 9 g/dl/N° richieste trasfusionali (disponibili report trimestrali e report RDD).

<i>Interventi effettuati nel periodo precedente</i>	Audit, RCA e report dei flussi informativi, formazione informazione.
<i>Empowerment dei cittadini</i>	Al momento non sono state intraprese azioni verso l'utenza
<i>Giudizio complessivo</i>	Il processo è monitorato ed ogni evento critico o near miss viene gestito con gli strumenti del risk management. Deve essere maggiormente diffusa la cultura della segnalazione e la cultura sulla sicurezza attraverso il paradigma imparare dall'errore.
<i>Obiettivo generale</i>	<p>Ridurre al minimo la probabilità che un evento generi dei rischi sul paziente/ operatori. La scelta di raccogliere ed analizzare gli eventi avversi che hanno causato un danno o che avrebbero potuto causarlo, hanno un significato rilevante sia per il sistema di qualità che di sicurezza trasfusionale.</p> <p>La corretta informazione e la promozione alla cultura della segnalazione degli eventi da parte dei nostri operatori ci deve impegnare sempre di più.</p> <p>Solo conoscendo quello che accade realmente nel nostro percorso trasfusionale riusciremo a tenerlo sotto controllo.</p>
<i>Attività</i>	<p>Sorveglianza e controllo degli eventi e dei near miss segnalati ma anche l'analisi dei processi attivi nell'ambito del processo trasfusionale.</p> <p>Formazione e informazione di tutti gli operatori coinvolti nel processo.</p> <p>Saranno pianificati Audit nelle UU.OO e restituito il ritorno informativo nelle riunioni del COBUS che verranno pianificate nell'anno.</p>
<i>Indicatori di risultato</i>	<ul style="list-style-type: none"> • n° di reazioni trasfusionali imputabili/ N° reazioni trasfusionali • n° Look back/ n° donazioni • n° di NC gravi gestite/n° di NC gravi raccolte • n° near miss RICEVUTI/ n° di richieste trasfusionali • n° near miss RILEVATI/ n° di richieste trasfusionali

SCHEDA 6
Progetto Vi.Si.Ta.RE (Visite per la sicurezza)

<i>Ambito intervento</i>	<i>di</i>	Visite per la sicurezza: per garantire l'applicazione di misure volte alla prevenzione, gestione e controllo della sicurezza degli operatori ma anche sicurezza delle cure e dal punto di vista etico, della trasparenza e della correttezza dei comportamenti
<i>Tipologia</i>		Il Safety Walk arounds (SWR) è una tecnica di Risk Assessment, che prevede visite e interviste strutturate da parte dei un team di professionisti in U.O. e Servizi sui temi della sicurezza e sulle cause che possono determinare eventi avversi o situazioni di criticità
<i>Normativa riferimento</i>	<i>di</i>	Legge regionale 6 Novembre 2019 n.22 DGR n. 1943 del 04/12/2017 criterio 6 "Appropriatezza clinica e sicurezza" Raccomandazioni ministeriali n. 8 Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari; Raccomandazioni e linee di indirizzo regionali per la sicurezza delle cure; D.Lgs 9 aprile 2008, n. 81 e s.m.i. Testo Unico Sicurezza sul Lavoro; 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"; Regione Emilia-Romagna, "Progetto Vi.Si.T.A.RE: promozione della rete
<i>Tematiche correlate</i>		Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari, conoscenza di procedure, protocolli e linee guida nazionali regionali e aziendali, Conoscenza delle raccomandazioni ministeriali, regionali e delle procedura aziendali in tema di sicurezza degli operatori.
<i>Responsabile Processo</i>		Dott. Arcari Giuseppe Risk Manager aziendale Dott.ssa Procopio Maria Grazia responsabile aziendale progetto visitare territorio
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>		Report visite
<i>Altri Flussi correlati</i>		Visite per la sicurezza: Valutazione qualitativa dei risultati derivati dai questionari somministrati agli operatori del setting visitato, osservazione delle criticità rilevate e raccolte attraverso la comunicazione efficace derivante dall'instaurarsi del rapporto di fiducia tra visitatore e operatore del setting . implementazione delle azione di miglioramento e valutazione a distanza di sei mesi dell'efficacia o meno della azione correttiva .
<i>Valutazione del rischio</i>	<i>del</i>	Sulla base delle differenti notifiche di segnalazioni attraverso incident reporting su violenza a danno di operatore è stato deciso di applicare lo strumento delle Visite per la sicurezza e quindi di applicare il progetto Vi.Si.T.A.RE al Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche nell'U.O. Centro di salute mentale con sede in Piacenza
<i>Interventi effettuati nel periodo precedente</i>	<i>nel</i>	Eseguite n. 2 visite per la sicurezza per la diffusione della cultura del rischio. Sono stati effettuati sia dei lavori strutturali sia delle modifiche organizzative in modo da poter permettere agli operatori sanitari non solo di sentirsi più sicuri nell'erogazione dei servizi e di prestazioni ma anche di disporre effettivamente di strumenti e ambienti che facilitano questa sensazione.

<i>Empowerment dei cittadini</i>	Il progetto, per caratteristiche tecniche, non si presta ad essere divulgato.
<i>Giudizio complessivo</i>	Soddisfacente il ritorno avuto ma c'è una esigenza costante di presidiare la sicurezza dovuta alla caratteristica del setting assistenziale
<i>Obiettivo generale</i>	<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 • Far emergere nei contesti coinvolti le eventuali criticità legate ai pericoli presenti e di fattori di rischio correlati agli eventi avversi, al fine di individuare e adottare le relative misure di contenimento e prevenzione; • Favorire la comunicazione e la relazione interdisciplinare sia tra gli operatori che tra i servizi coinvolti.
<i>Attività</i>	n.2 visite della sicurezza nei setting assistenziali territoriali
<i>Indicatori risultato</i>	di numero di visite eseguite / numero visite pianificate = 100%

The background features several abstract, organic shapes in shades of teal and dark blue. A small dark blue circle is positioned near the top center. A larger, light teal shape is on the right side, and a dark blue shape is at the top right. On the left side, there is a light teal semi-circle and a dark blue shape. At the bottom, there are several overlapping shapes in dark blue, medium teal, and light teal.

Le schede di processo

Area Materno Infantile

SCHEDA 7
Near Miss Ostetrici, morte materna e morte perinatale

<i>Ambito intervento</i>	<i>di</i>	Prevenzione della morte materna e perinatale, near miss ostetrici.
<i>Tipologia</i>		Sicurezza della donna e del feto-neonato.
<i>Normativa riferimento</i>	<i>di</i>	<p>Raccomandazioni Ministero della Salute n. 6 <u>Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto</u>, Marzo 2008 e Raccomandazione n. 16 <u>“Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso>2500 grammi non correlata a malattia congenita”</u> Aprile 2014;</p> <p>Regione Emilia-Romagna “Raccomandazione per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto”;</p> <p>Progetto di Sorveglianza della Mortalità Materna: Progetto pilota in Regioni del Nord, Centro e Sud Italia a cura dell’Istituto Superiore di sanità e del Ministero della Salute. Anno 2013;</p> <p>ISS, progetto “Near miss ostetrici in Italia: la sepsi, l’eclampsia, l’embolia di liquido amniotico e l’emoperitoneo spontaneo in gravidanza”, 2016;</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 18 novembre 2019, n. 2050 “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”;</p> <p>Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale (DGR n. 919/2018, 977/2019, DGR 2339/2019, DGR 1770/2021);</p> <p>Regione Emilia-Romagna, report regionale sulle fonti informative per la sicurezza delle cure 2021;</p>
<i>Tematiche correlate</i>		<p>Sicurezza delle cure. Segnalazioni spontanee degli eventi avversi e dei near miss.</p> <p>Eventi sentinella e eventi significativi per la sicurezza delle cure.</p> <p>Check-list sicurezza per il taglio cesareo</p> <p>Prevenzione e gestione dei Sinistri e contenzioso.</p>
<i>Responsabile Processo</i>		<p>Dott.ssa Ottoboni Mariacristina referente aziendale near miss ostetrici</p> <p>Dott.ssa Bonini Renza Direttore SOC Ostetricia e Ginecologia</p>
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	<i>del</i>	<p>La raccolta dei dati relativi ai near miss può essere estremamente utile per identificare criticità e priorità di intervento in ambito sanitario ostetrico evidenziando bisogni utili alla definizione di politiche di intervento preventivo e assistenziale con l'obiettivo finale di migliorare la qualità dell'assistenza del percorso nascita e prevenendo le morti materne evitabili o gravi morbilità.</p> <p>I presidi dotati di reparti di ostetricia segnalano i casi incidenti di near miss di eventi morbosi gravi, i near miss da emorragia grave del post partum, i near miss dovuti a</p>

	<p>sepsi, eclampsia, embolia amniotica ed emoperitoneo spontaneo e ne descrivono le caratteristiche mediante un sistema web che permette la raccolta e l'analisi dei dati presso l'ISS. Tutto ciò in continuità con gli anni precedenti.</p> <p>La nostra Azienda, tramite un dirigente medico accreditato, ha partecipato alla prima ed alla seconda raccolta dati del Ministero tutt'ora in corso sui near miss ostetrici.</p> <p>I nostri dati sono in linea con quanto osservato in altri Paesi socialmente avanzati, dove i SMMR (severe maternal morbidity rate , ossia il rapporto tra i near miss e il totale dei parti) si attestano intorno al 2-3 per 1.000 parti.</p>
<i>Altri Flussi correlati</i>	Scheda di Incident Reporting, flusso SIMES, segnalazioni URP, SSCL 776 e SSCL TC, SiChER, gestione sinistri e contenzioso, flussi regionali morte materna e morte perinatale.
<i>Valutazione del rischio</i>	Valutazione del rischio multidisciplinare: Audit clinico con professionisti afferenti alla specialità anestesia e rianimazione e ostetrici ginecologi. Tale attività ha portato alla produzione del documento prevenzione e gestione, della emorragia nel post partum
<i>Interventi effettuati nel periodo precedente</i>	<p>Le iniziative dell'ISS (Ricerca near miss, Corso FAD e LG) hanno indotto ad aggiornare procedure e protocolli per la prevenzione e la gestione dell'EPP e della sepsi con l'inserimento in tutte le sale parto di una flow chart operativa multidisciplinare con i vari steps di allerta clinici e di gestione farmacologica in condivisione multidisciplinare (Ostetriche, ginecologi, anestesisti).</p> <p>Creazione di kit box assistenziali per i principali near miss (EPP, eclampsia) contenenti i farmaci per la gestione dell'emergenza /urgenza nei corretti dosaggi</p> <p>Maggiore sensibilizzazione alla gestione del 3° stadio del travaglio con interventi sulla riduzione della perdita ematica nel post-partum, prevenzione dell'anemia in gravidanza, skin to skin e suzione precoce.</p> <p>Implementazione di nuova IO assistenziale per la cura delle garze dopo l'assistenza al parto che preveda una sutura perineale</p> <p>Compilazione della check list per la sicurezza del taglio cesareo SSCL-TC;</p> <p>Programmazione e attuazione di formazione sul campo con simulate relative a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Taglio cesareo in emergenza 2) Distocia di spalle con simulazione su manichino; <p>IO assistenziale per la prevenzione della MEN del feto e del neonato nel post partum</p> <p>Formazione teorico pratica e mantenimento delle competenze ostetriche sulle suture perineali</p> <p>E' stato istituito un ambulatorio di pre-ricovero per le gravidanze patologiche, che possono presentare eventuali fattori di rischio (es. precesarizzate, ipertensione pre-gestazionale e gestazionale, pregressa emorragia del post partum).</p> <p>Attività ancora in atto: Cartella condivisa ospedale territorio</p>
<i>Empowerment dei cittadini</i>	Promuovere l' empowerment della donna attraverso la formazione e la informazione del percorso gravidanza e post partum. Qualora lo donna acconsente effettuare anche formazione e informazione al nucleo familiare in modo che essi possano sostenere e contribuire al benessere della diade mamma bambino.
<i>Giudizio complessivo</i>	Per l'anno 2023 possiamo ritenerci soddisfatti delle attività svolte per la prevenzione del rischio ostetrico e per gli obiettivi prefissati e raggiunti. Nel 2023 verranno comunque mantenute e aggiornate le competenze acquisite negli anni precedenti .

Obiettivo generale

Mantenimento delle competenze ad elevata specialità a garanzia della corretta e sicura assistenza alla donna e alla diade madre bambino.

Attività

- Mantenimento conoscenze FAD con incontri Regionali sul tema
- Rendicontazione alla Regione
- Attivazione di formazione sul campo per il mantenimento delle competenze sulla rianimazione neonatale del personale ostetrico e medico
- Istituzione di percorso formativo multidisciplinare sul campo in simulata relativo alla gestione delle EPP
- Istituzione di un percorso formativo sul campo rivolto ai Dirigenti Medici relativo alla riparazione di lacerazioni perineali di 3-4 grado
- Istituzione di una figura professionale medica responsabile della gestione e organizzazione delle attività di sala parto.
- Svolgimento di AUDIT multiprofessionale (ginecologi e ostetriche, Medici trasfusionali e tecnici di laboratorio) con la partecipazione della Direzione e del Referente Risk Managment su un caso di EPP finalizzato al miglioramento dell'interfaccia con il Centro Trasfusionale
- Condivisione multiprofessionale e multidisciplinare soprattutto con medici anestesisti e Pediatri per migliorare la comunicazione e la condivisione dei ruoli, lavorando in equipe, dove ogni componente ha il proprio ruolo e conosce esattamente compiti e responsabilità
- Audit: Analizzando la conduzione del caso, dalla valutazione del profilo di rischio in gravidanza e al momento del ricovero, alla conduzione degli stadi del travaglio fino alla tempestività alla individuazione e nell'allerta dell'EPP confrontandoci agli standard delle Linee guida.)
Formazione del personale ostetrico neo assunto e mantenimento delle competenze nella strumentazione degli interventi in urgenza e/o emergenza.
- Progettazione di Ambulatorio di patologia ostetrica dedicato alla gestione dei ritardo di crescita (SGA/IUGR)

Valutazione con Audit di casi ostetrici appartenenti alla 1 Classe di Robson verificando l'aderenza e andamento indicatori della procedura " Assistenza al parto fisiologico BRO"

Indicatori risultato

di

- % di parti cesarei nella 1° classe di Robson
- % di parti cesari primari in strutture con 1.000 parti e oltre l'anno.
- % neonati a termine con ricorso a manovre di rianimazione
- % di neonati a termine per punteggio APGAR <7 A 5 minuti

SCHEDA 8
Check list Taglio Cesareo SSCL TC

<i>Ambito intervento</i>	<i>di</i>	Utilizzo della Check List per la sicurezza del taglio Cesareo(SSCL-TC) negli interventi effettuati in regime di elezione e in urgenza
<i>Tipologia</i>		Aumentare la sicurezza in ambiente chirurgico
<i>Normativa riferimento</i>	<i>di</i>	<ul style="list-style-type: none"> • WHO guidelines for safe surgery: 2009: Safe Surgery Saves Lives; • Ministero della Salute: Raccomandazioni per la sicurezza delle cure n. 2, 3, 9; • Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, “Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist”, ottobre 2009; • RER, Agenzia sanitaria e sociale regionale, “Raccomandazioni per la sicurezza in sala operatoria”, Febbraio 2010 • Regione Emilia-Romagna, progetto “Rete delle sale operatorie sicure (SOS.net)”, 2010; • DM 2 aprile 2015, n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera” (Standard generali di qualità per i presidi ospedalieri – Gestione del Rischio clinico); • Circolare regionale n.18/2016 “Specifiche per la gestione della check list di Sala Operatoria (SSCL) e infezioni del sito chirurgico (SiChER)”; • 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”; • Regione Emilia-Romagna, novembre 2018 “Linee di indirizzo per la gestione delle vie aeree nell’adulto”; • Regione Emilia-Romagna, novembre 2018 Linee di indirizzo per la profilassi del tromboembolismo venoso nel paziente chirurgico adulto”; • Regione Emilia-Romagna, luglio 2019 “Indicazioni per la sicurezza in elettrochirurgia in sala operatoria”; • Regione Emilia-Romagna, ottobre 2019 “Indicazioni per il corretto posizionamento dell’assistito in sala operatoria; • 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”; • Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale (DGR n. 977/2019, DGR 2339/2019, DGR 1770/2021, DGR 1772/2022); • DGR 18 novembre 2019, n. 2050 “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”; <p>Regione Emilia-Romagna, report</p>
<i>Tematiche correlate</i>		Sicurezza chirurgia, sicurezza del operatori, sicurezza del paziente, contenzione dei sinistri prevenzioni degli eventi sentinella

<i>Responsabile Processo</i>	Dott.ssa Procopio Maria Grazia Referente di struttura SSCL
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	Numero di check list, numero check list con non conformità e relativa percentuale, numero di non conformità. Attraverso il caricamento dei dati SOSNET viene attivato il processo di raccolta ed analisi che viene notificata all'Ausl attraverso il ritorno informativo presente nel SISEPS Regionale e notificato attraverso mail
<i>Altri Flussi correlati</i>	Segnalazione attraverso schede di Incident reporting di eventi inerenti la non corretta compilazione della SSCL-TC
<i>Valutazione del rischio</i>	Sulla base del ritorno informativo SSCL si individuano gli indicatori: numero totale Check list Tc: 471, percentuale di non conformità 60.43 % media di non conformità per Check list 1.08 dato regionale 1.06 Buona adesione allo strumento da parte dei professionisti, item controllati correttamente nella scheda TC è pari al 99.29%
<i>Interventi effettuati nel periodo precedente</i>	Flussi SoSnet e ritorno informativo SSCL TC
<i>Empowerment dei cittadini</i>	Rendicontazione dei dati attraverso relazione annuale sugli accadimenti relativi alla sicurezza delle cure (legge n. 24/2017 – art. 2 comma 5)
<i>Giudizio complessivo</i>	Buona aderenza allo strumento, ma lo scopo sarà quella di raggiungere sempre risultati migliori e per tale ragione l'azione di miglioramento futura sarà quella di andare ad abbattere il dato di percentuale di non conformità effettuando una restituzione del dato, ascolto delle osservazioni proposte dai professionisti e conseguente formazione al personale sanitario che utilizza la SSCL TC.
<i>Obiettivo generale</i>	Migliorare la qualità e la sicurezza degli interventi chirurgici attraverso 1) la diffusione di raccomandazioni e standard di sicurezza volti a rafforzare i processi preoperatori, intra-operatori e post-operatori 2) l'implementazione degli standard di sicurezza tramite l'applicazione della checklist per la sicurezza in sala operatoria .
<i>Attività</i>	Verranno pianificati degli incontri di tipo informativo-formativo con gli operatori coinvolti nella compilazione della SSCL TC
<i>Indicatori risultato</i>	di Percentuale check list non conformi < 35%

The background features several abstract, organic shapes in various shades of blue and teal. These shapes are scattered across the page, with some appearing as partial elements at the edges. The colors range from a light, dusty blue to a deep, dark navy blue. The overall aesthetic is clean and modern.

Le schede di processo

**Sicurezza in
Chirurgia**

SCHEDA 9
Check-list di sala operatoria SSCL 776- SOS.net

<i>Ambito intervento</i>	<i>di</i>	Safety Surgery CheckList (SSCL) è uno strumento di supporto alle équipe operatorie per effettuare controlli di sicurezza. Prevede tre fasi
<i>Tipologia</i>		sicurezza dei pazienti, sicurezza dei professionisti, sinistri
<i>Normativa riferimento</i>	<i>di</i>	<ul style="list-style-type: none"> • WHO guidelines for safe surgery: 2009: safe surgery saves lives • Ministero della salute e delle Politiche sociali Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist Ottobre 2009 • Ministero della Salute:Raccomandazioni per la sicurezza delle cure n. 2, 3, 9; • RER, Agenzia sanitaria e sociale regionale, “Raccomandazioni per la sicurezza in sala operatoria”, febbraio 2010 Regione Emilia-Romagna, progetto “Rete delle sale operatorie sicure (SOS.net)” • DM 2 Aprile 2015, n. 70, “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera” • Circolare regionale n. 18/2016, “Specifiche per la gestione della check list di Sala Operatoria (SSCL) e infezioni del sito chirurgico (SiChER)”; • 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” • Regione Emilia-Romagna, novembre 2018: “Linee di indirizzo per la gestione delle vie aeree nell’adulto” • Regione Emilia-Romagna, novembre 2018: “Linee di indirizzo per la profilassi del tromboembolismo venoso nel paziente chirurgico adulto” • Regione Emilia-Romagna, luglio 2019: “Indicazioni per la sicurezza in elettrochirurgia in sala operatoria” • Regione Emilia-Romagna, ottobre 2019: “Indicazioni per il corretto posizionamento dell’assistito in sala operatoria” • 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” • Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale (DGR n. 977/2019, DGR 2339/2019, DGR 1770/2021, DGR 1772/2022); • Regione Emilia-Romagna, report regionale sulle fonti informative per la sicurezza delle cure 2021.
<i>Tematiche correlate</i>		Sicurezza chirurgia, sicurezza deli operatori, sicurezza del paziente, contenzione dei sinistri, prevenzioni degli eventi sentinella
<i>Responsabile Processo</i>		Dott.ssa Maria Grazia Procopio Risk Management Referente di struttura

<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	<p>Numero di check list, numero check list con non conformità e relativa percentuale, numero di non conformità.</p> <p>Attraverso il caricamento dei dati SOSNET viene attivato il processo di raccolta ed analisi che viene notificata all'Ausl attraverso il ritorno informativo presente nel SISEPS Regionale e notificato attraverso mail</p>
<i>Altri Flussi correlati</i>	Flussi SoS net e ritorno informativo SSCL modulo 776
<i>Valutazione del rischio</i>	Attraverso l'utilizzo della SSCL si possono prevenire delle situazioni che potrebbero determinare eventi avversi. Buona aderenza allo strumento che può sicuramente essere migliorata e intenzionata negli anni futuri
<i>Interventi effettuati nel periodo precedente</i>	Scarico e successivo inserimento Flussi SoS net sul portale del sistema informativo politiche per la salute e politiche sociali, SSCL Gestione flusso informativo, della regione Emilia Romagna e ritorno informativo SSCL
<i>Empowerment dei cittadini</i>	Il progetto, per caratteristiche tecniche, non si presta ad essere divulgato.
<i>Giudizio complessivo</i>	<p>Sulla base del ritorno informativo SSCL modulo 776 si individuano gli indicatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> • numero totale Check list 8.806 , • percentuale di non conformità 20.35% • media di non conformità per Check list 1.11 dato regionale 1.16 <p>Buona adesione allo strumento da parte dei professionisti, item controllati correttamente nella scheda è pari al 99%</p> <p>L'azione di miglioramento futura sarà quella di andare ad abbattere il dato di percentuale di non conformità effettuando una restituzione del dato, ascolto delle osservazioni proposte dai professionisti e conseguente formazione al personale sanitario che utilizza la SSCL</p>
<i>Obiettivo generale</i>	Aumentare la sicurezza in ambiente chirurgico
<i>Attività</i>	Incontri di tipo informativo-formativo con gli operatori coinvolti nella compilazione della SSCL
<i>Indicatori di risultato</i>	% di check list con almeno una non conformità segnalata nella scheda 776/B

SCHEDA 10
Progetto OssERvare (osservazioni in sala operatoria)

<i>Ambito intervento</i>	<i>di</i>	<p>Safety Surgery CheckList (SSCL) è uno strumento di supporto al team chirurgico per eseguire controlli di sicurezza e ha anche la finalità di favorire in modo sistematico l'aderenza agli standard di qualità e sicurezza raccomandati. In Emilia-Romagna si è ritenuto opportuno verificare l'effettiva adesione delle équipe chirurgiche a una corretta applicazione della checklist in sala operatoria attraverso un progetto denominato "OssERvare", con l'obiettivo di:</p>
<i>Tipologia</i>		<p>Sicurezza in chirurgia sicurezza per il paziente sicurezza, per l'operatore e prevenzione del contenzioso</p>
<i>Normativa riferimento</i>	<i>di</i>	<ul style="list-style-type: none"> • WHO guidelines for safe surgery: 2009: safe surgery saves lives; • Ministero della Salute, raccomandazioni per la sicurezza delle cure n. 2, 3, 9; • Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, "Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist", ottobre 2009; • RER, Agenzia sanitaria e sociale regionale, "Raccomandazioni per la sicurezza in sala operatoria", Febbraio 2010 • Regione Emilia-Romagna, progetto "Rete delle sale operatorie sicure (SOS.net)", 2010; • DM 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" (Standard generali di qualità per i presidi ospedalieri – Gestione del Rischio clinico); • Circolare regionale n.18/2016 "Specifiche per la gestione della check list di Sala Operatoria (SSCL) e infezioni del sito chirurgico (SiChER)"; • 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"; • Regione Emilia-Romagna, novembre 2018 "Linee di indirizzo per la gestione delle vie aeree nell'adulto"; • Regione Emilia-Romagna, novembre 2018 Linee di indirizzo per la profilassi del tromboembolismo venoso nel paziente chirurgico adulto"; • Regione Emilia-Romagna, luglio 2019 "Indicazioni per la sicurezza in elettrochirurgia in sala operatoria"; • Regione Emilia-Romagna, ottobre 2019 "Indicazioni per il corretto posizionamento dell'assistito in sala operatoria; • 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"; • Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale (DGR n. 977/2019, DGR 2339/2019, DGR 1770/2021, DGR 1772/2022); • DGR 18 novembre 2019, n. 2050 "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"; <p>Regione Emilia-Romagna, report</p>

<i>Tematiche correlate</i>	Sicurezza chirurgia, sicurezza deli operatori, sicurezza del paziente, contenzione dei sinistri prevenzioni degli eventi sentinella
<i>Responsabile Processo</i>	Dott.ssa Maria Grazia Procopio Risk management, Referente di struttura ossERvare
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	Attraverso l'uso di apposita scheda regionale informatizzata viene condotta l'osservazione dei comportamenti in sala operatoria. Gli osservatori registrano eventuali incongruenze rispetto alle corrette modalità di utilizzo e di compilazione della check list. I dati raccolti vengono inviati ad un applicativo regionale che produce un ritorno consultabile dalle Aziende. La Regione ogni anno definisce il numero minimo di osservazioni.
<i>Altri Flussi correlati</i>	Sos net SSCL
<i>Valutazione del rischio</i>	Le osservazioni si propongono di cogliere ulteriori elementi che vanno al di là del mero adempimento formale alla SSCL (la sola misurazione della compliance potrebbe mostrare che i box sono tutti compilati...) perdendo di vista la possibile bassa qualità d'uso della SSCL, l'opportunità del miglioramento nel suo impiego e dei suoi potenziali benefici in termini di sicurezza per i pazienti. In particolare si vuole cercare di porre l'attenzione su aspetti maggiormente legati ad alcune categorie delle Non technical skills, quali: <ul style="list-style-type: none"> ✓ la capacità di utilizzare le informazioni disponibili, ✓ la qualità delle comunicazioni, ✓ l'inclusione e il sostegno degli operatori, ✓ il lavoro in team, il riconoscimento dei ruoli,
<i>Interventi effettuati nel periodo precedente</i>	Il metodo per la verifica è l'osservazione diretta dei comportamenti dei professionisti all'atto della compilazione della SSCL. L'osservatore, attraverso l'utilizzo dell'app Osservare compila a seconda delle fasi e degli item, il discostamento dalla raccomandazione, procede all'osservazione guidata dei comportamenti in sala operatoria, registrando eventuali incongruenze rispetto alle corrette modalità di utilizzo della SSCL.
<i>Empowerment dei cittadini</i>	Il progetto, per caratteristiche tecniche, non si presta ad essere divulgato.
<i>Giudizio complessivo</i>	All'interno della AUSL piacenza sono state effettuate 5 osservazioni mensili per quanto riguarda SSCL TC e 10 osservazioni mensili per quanto riguarda la SSCL CH, generando in totale 130 schede. Confrontando il nostro dato con il dato regionale risultiamo i maggiori fruitore del progetto osservare. Gli Item non verificati correttamente sono in linea con le non conformità presenti nelle schede SSCL e sono: il pz presenta difficoltà gestione vie aeree/o rischio di aspirazione sito chirurgico marcato controlli apparecchiature anestesia completati e pulsossimetro presente elemento critico risulta il campo nel 20% dei casi il coordinatore NON compila la SSCL contestualmente alla

		formulazione delle domande agli operatori interessati mentre il compilatore dichiara che solo nel 28% delle SSCL questo viene fatto in parte.
<i>Obiettivo generale</i>		ottimizzare l'adesione allo strumento e implementare la giusta compilazione della SSCL
<i>Attività</i>		Restituzione ritorno informativo e discussione con i componenti del team chirurgico
<i>Indicatori risultato</i>	<i>di</i>	numero schede compilate / numero schede richieste da RER

The page features several abstract, organic shapes in shades of teal and dark blue. A small dark blue circle is positioned near the top center. A larger, light teal shape is on the right side, and a dark blue shape is at the top right. On the left side, there is a light teal semi-circle at the top and a dark blue shape at the bottom. The text is centered on the page.

Le schede di processo

**Raccomandazioni
Sicurezza Farmaci e
Dispositivi Medici**

SCHEDA 11
Farmacovigilanza – Polifarmaco

<i>Ambito intervento</i>	<i>di</i>	Polifarmaco Terapia nel paziente fragile – Analisi delle terapie assunte da pazienti anziani politrattati
<i>Tipologia</i>		Analisi della terapia dei pazienti anziani e ricoverati presso il reparto di Geriatria e strutture(CRA) per diminuire il rischi di reazioni avverse a Farmaci dovute anche a possibili interazioni farmacologiche. L’obiettivo è minimizzare il rischio di interazioni tra farmaci per aumentare la sicurezza e la compliance della terapia in questa categoria di pazienti fragili, politrattati e quindi maggiormente soggetti a reazioni avverse a farmaco.
<i>Normativa riferimento</i>	<i>di</i>	Regolamento UE 1235/2010, Direttiva 2010/84/UE, Decreto Legislativo del 30 Aprile 2015,. Raccomandazione regionale Sicurezza nella terapia farmacologica: “CORRETTA GESTIONE DELLE FORME FARMACEUTICHE ORALI” Raccomandazione n. 19 - Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide
<i>Tematiche correlate</i>		Sicurezza nella gestione e manipolazione da parte degli operatori e possibili effetti collaterali sul paziente derivanti dalla poli-farmaco terapia.
<i>Responsabile Processo</i>		Dott.ssa Alessandra Melfa Dott.ssa Maria Cristina Granelli
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>		Analisi delle terapie dei pazienti fragili anziani politrattati in termini di contenimento del numero di farmaci concomitanti come primo step per la riduzione del numero di ADR al fine di aumentare appropriatezza prescrittiva e riduzione delle DDD. Tutti i dati vengono caricati ed elaborati su data base ed applicativi aziendali
<i>Altri Flussi correlati</i>		Analisi delle reazioni avverse raccolte a livello aziendale per verificare l’interessamento di questa categoria di pazienti
<i>Valutazione del rischio</i>	<i>del</i>	Numero delle reazioni avverse segnalate o note a livello aziendale su paziente
<i>Interventi effettuati nel periodo precedente</i>	<i>nel</i>	Sono stati elaborati report di consumi e valutazioni da parte del Farmacista Ospedaliero dei farmaci erogati nei primi tre mesi dell’anno 2024 sia per il reparto di geriatria che per le CRA
<i>Empowerment dei cittadini</i>	<i>dei</i>	Minimizzare il rischio di interazioni tra farmaci nella poli terapia dei pazienti fornendo counselling farmacologico al clinico con ricaduta nel trattamento farmacologico al paziente
<i>Giudizio complessivo</i>		Aumentare consapevolezza delle azioni relative alla interazioni farmacologiche.

Obiettivo generale

Anche per l'anno 2024 si è pensato di implementare il progetto iniziato nel 2023 in modo da poter portare a conoscenza dell'utenza la valutazione dei rischi e quindi assolvere l'obiettivo di minimizzare il rischio di interazioni tra farmaci nella politerapia dei pazienti, migliorare il rapporto professionali fra diversi operatori sanitari: medici internisti, farmacisti ospedalieri, infermieri

Attività

Valutazione delle terapie somministrate a pazienti anziani politrattati verificando eventuali incompatibilità tra i farmaci somministrati contemporaneamente e verifica della possibilità di sostituire forme farmaceutiche orali solide con altre per facilitare l'assunzione delle stesse come previsto dalla Raccomandazione Ministeriale 19

Indicatori risultato

di Numero di reazioni avverse notificate su pazienti ricoverati/ tot pz dimessi annuo

SCHEDA 12
Dispositivovigilanza

<i>Ambito intervento</i>	<i>di</i>	Farmaco e Dispositivo vigilanza
<i>Tipologia</i>		Dispositivo vigilanza
<i>Normativa riferimento</i>	<i>di</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Circolare del Ministero della Salute del 27 Luglio 2004 – “Vigilanza sugli incidenti con dispositivi medici”. • Circolare del Ministero della Salute del 28 Luglio 2004 –“Segnalazioni di incidenti e mancati incidenti con dispositivi medici. Progetto di una rete di vigilanza”. • Decreto Ministero della Salute del 15 Novembre 2005 – “Approvazione dei modelli di schede di segnalazioni di incidenti o mancati incidenti, che coinvolgono dispositivi medici e dispositivi medico-diagnostici in vitro”. o Direttive Europee 2007/47/CE. • Circolare del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 23 Luglio 2008 “Modalità di divulgazione di informazioni relative ai dispositivi medici coinvolti in Azioni Correttive di Campo – FSCA” • Linee Guida MedDev 2.12-1 rev 6 December 2009– Guidelines on a Medical Devices vigilance system o Decreto Legislativo 25 gennaio 2010, n.37 • Attuazione della direttiva 2007/47/CE che modifica le direttive 90/385/CEE per il ravvicinamento delle legislazioni degli Stati Membri relative ai dispositivi medici impiantabili attivi, 93/42/CE concernente i dispositivi medici e 98/8/CE relativa all'immissione sul mercato dei biocidi. • Circolare Ministeriale n° 49052 dell’8 luglio 2021. Regolamento UE 745/2017 • Articolo 15 della Legge 22 aprile 2021, n. 53 • Circolare del Ministero della Salute (prot 0073279-11/10/2022-DGDMF-MDS-P) dell’11 ottobre 2022 - “Indicazioni in materia di vigilanza ai sensi degli artt. 87, 88, 89 e 90 del Regolamento UE 745/2017 e dell’art.10 del Decreto Legislativo 5 agosto 2022, n. 137”. • Il D. Lgs del 5 agosto 2022 - “Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2017/745 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 5 aprile 2017, • Il D.Lgs del 5 agosto 2022 – “Disposizioni per l’adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2017/746, • Settore Assistenza Ospedaliera/Direzione Generale Cura Della Persona, Salute E Welfare – Area Farmaco E Dispositivi Medici “Linee di indirizzo in materia di vigilanza sui dispositivi medici, sui dispositivi medici impiantabili attivi e sui dispositivi medico-diagnostici in vitro” Novembre2022 <p>Il Decreto Ministeriale 31 marzo 2022, n.90 - “Istituzione della rete nazionale per la dispositivo-vigilanza e del sistema informativo a supporto della stessa”.</p>

<i>Tematiche correlate</i>	Sicurezza degli operatori, sicurezza del paziente, sicurezza del cittadino, prevenzione e gestione dei Sinistri
<i>Responsabile Processo</i>	Dott.ssa FRANCESCA CARINI responsabile aziendale Dispositivo vigilanza
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	I dati vengono caricati su un portale regionale e nazionale e successivamente sono rilevati dalla banca dati regionale sugli degli incidenti con dispositivi medici. Si considerano solo i ricoveri in ospedali pubblici della Regione
<i>Altri Flussi correlati</i>	Segnalazioni provenienti attraverso la compilazione della scheda di Incident Reporting, flusso SIMES, Dispositivovigilanza, gestione sinistri e contenzioso, infortuni operatori, avvisi di sicurezza da parte dei Fabbrianti di DM (inclusi i recall).
<i>Valutazione del rischio</i>	Sono stati effettuati Audit relativi a specifiche criticità evidenziate dai professionisti. Il coinvolgimento multidisciplinare ha consentito una analisi approfondita e, soprattutto, la tempistica individuazione di azioni correttive e di miglioramento.
<i>Interventi effettuati nel periodo precedente</i>	Sulla base delle notifiche ricevute sono stati eseguiti Audit e incontri per approfondimento del caso.
<i>Empowerment dei cittadini</i>	Il cittadino informato può essere parte attiva del processo mediante la segnalazione spontanea di eventi dannosi o potenzialmente dannosi .
<i>Giudizio complessivo</i>	Si esprime complessivamente un giudizio positivo sull'attività di presidio e segnalazione. Potrebbe essere opportuna un'analisi approfondita per cercare di migliorare l'adesione del personale delle UU.OO. segnalanti e valutare l'organizzazione e la gestione delle sempre più numerose comunicazioni relative la dispositivo vigilanza (avvisi recall, segnalazioni).
<i>Obiettivo generale</i>	<p>Obiettivi della vigilanza sui dispositivi medici</p> <ul style="list-style-type: none"> - incrementare la protezione della salute e sicurezza dei dispositivi a tutela dei pazienti e degli utilizzatori, riducendo la probabilità che lo stesso tipo di incidente si ripeta in posti diversi in tempi successivi; - permettere la condivisione delle informazioni tra i responsabili aziendali della dispositivo vigilanza e risk management, in modo tale da rendere quanto più tempestiva possibile l'applicazione delle azioni correttive; - rendere sicuri il percorso del dispositivo in ospedale attraverso la collaborazione tra il Dipartimento di Farmacia e il risk management; - ridurre il rischio di errore ed eliminare, laddove possibile, il verificarsi di eventi causativi di un danno per il paziente; - adottare e diffondere percorsi, strumenti e metodi condivisi che diventino conoscenza diffusa all'interno delle strutture
<i>Attività</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Formazione dei professionisti • Divulgazione della cultura della segnalazione e supporto ai professionisti per il corretto utilizzo degli strumenti di segnalazione .

*Indicatori
risultato*

di N. segnalazioni di incidente con dispositivi medici x 10.000 ricoveri

SCHEDA 13
Contenzione

<i>Ambito intervento</i>	<i>di</i>	Raccomandazioni per la sicurezza delle cure – prevenzione e gestione della contenzione.
<i>Tipologia</i>		sicurezza del paziente
<i>Normativa riferimento</i>	<i>di</i>	DGR RER 1095/2010, recante i requisiti specifici per l’accreditamento delle strutture di geriatria ospedaliera per acuti; DGR RER 2012/419, recante i requisiti specifici per l’accreditamento delle strutture di Medicina Interna; Delibera della Giunta Regionale 9 novembre 2009, n. 1706 “Individuazione di aree di miglioramento della qualità delle cure e integrazione delle politiche assicurative e di gestione del rischio”; 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”; DGR 10 marzo 2021, n. 4125 “Approvazione del documento di indirizzo tecnico alle strutture Sanitarie della Regione in materia di buone pratiche per la prevenzione della contenzione”; Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende sanitarie per l’anno 2024 (DGR 1772/2022).
<i>Tematiche correlate</i>		Raccomandazioni ministeriali e regionali per la sicurezza delle cure. Segnalazioni spontanee degli eventi avversi e dei near miss. Eventi sentinella e eventi significativi per la sicurezza delle cure. Significant Event Audit. Corretta tenuta della documentazione sanitaria. Sinistri e contenzioso.
<i>Responsabile Processo</i>		Team multi professionale costituito da professionisti afferenti alla Direzione Professioni Sanitarie, Direzione Medica , Servizio di Risk Managment aziendale.
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	<i>del</i>	La procedura aziendale n. 5269 “Prevenzione e gestione della contenzione in ospedale” è stata approvata il 28/3/23 e diffusa agli operatori via mail , è consultabile attraverso l’applicativo Delphi sul sito intranet aziendale
<i>Altri Flussi correlati</i>		Incident reporting, segnalazioni URP, cadute, richieste di risarcimento danni
<i>Valutazione del rischio</i>	<i>del</i>	Non sono pervenute nel 2023 segnalazioni rispetto ad eventi Avversi correlati a processi contenitivi.
<i>Interventi effettuati nel periodo precedente</i>	<i>nel</i>	Publicata la procedura aziendale n.5269 “Prevenzione e gestione della contenzione in ospedale” è stata approvata 28/3/23 e diffusa agli operatori. Si è proceduto inoltre con la sensibilizzazione degli operatori alla partecipazione della FAD regionale “Linee di indirizzo regionali sulle cadute in ospedale”.

<i>Empowerment dei cittadini</i>	Il cittadino, in quanto paziente o caregiver, è coinvolto nel processo di prevenzione della contenzione e nella sua gestione.
<i>Giudizio complessivo</i>	Le attività aziendali si stanno svolgendo in linea con quanto richiesto dalla Regione Emilia Romagna: frequenza degli operatori al corso FAD Contenzione presente sul sito e sensibilizzazione al fenomeno attraverso corsi residenziali.
<i>Obiettivo generale</i>	Implementare le conoscenze degli operatori in tema di prevenzione della contenzione e sua corretta gestione
<i>Attività</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sollecitare gli operatori sanitari alla partecipazione al corso FAD regionale in tema di prevenzione della contenzione. Invitare in particolare alla frequenza gli operatori presenti in Unità operative particolarmente sensibili al fenomeno quali aree psichiatriche, aree mediche, aree di emergenza urgenza. ✓ Organizzare un corso di formazione residenziale sulle buone pratiche di prevenzione e gestione della contenzione in ospedale . ✓ Proseguire con gli audit aziendali effettuati in ambito psichiatrico rivolti alle contenzioni attuate superiori alle 12 ore.
<i>Indicatori risultato</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Numero di edizioni al corso di formazione in presenza su prevenzione e gestione della contenzione in ospedale ≥ 1 ✓ Numero di Audit effettuati in ambito psichiatrico rivolti alla contenzioni attuate superiore alle 12 ore ≥ 2 ✓ Evidenza documentale di sensibilizzazione e partecipazione alle iniziative di formazione regionale sul tema della prevenzione e corretta gestione della contenzione in ospedale ≥ 1

SCHEDA 14
Prevenzione lesioni da pressione

<i>Ambito intervento</i>	<i>di</i>	Le lesioni da pressione (LDP) costituiscono una condizione severa e dolorosa che può colpire soggetti di ogni età. Sono un esempio di danno evitabile che aumenta la mortalità e la durata della degenza, causando un ingente consumo di risorse. I tassi di prevalenza variano dal 4.7% al 32.1% in ambito ospedaliero e si attestano intorno al 22% nelle persone assistite nelle case di riposo. La prevenzione di questa condizione devastante deve rappresentare una priorità per qualunque servizio sanitario sia perché le LDP di stadio 1 possono essere reversibili se individuate tempestivamente, sia perché la maggior parte di LDP di stadio 2 e 3 può essere guarita con cure appropriate. In ogni caso, tutte le LDP richiedono un approccio multidisciplinare per una gestione efficace.
<i>Tipologia</i>		sicurezza dei pazienti, prevenzione del contenzioso , gestione efficiente delle risorse.
<i>Normativa riferimento</i>	<i>di</i>	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”; Regione Emilia-Romagna “Criteri per l’uso appropriato della terapia a pressione negativa nelle ferite acute e croniche” (novembre 2013); Regione Emilia-Romagna “Linee di indirizzo sulla prevenzione delle lesioni da pressione nell’assistenza ospedaliera e territoriale” (maggio 2018); Regione Emilia-Romagna “Guida della Regione Emilia Romagna alla scelta appropriata dei dispositivi di medicazione” (giugno 2022); Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende sanitarie per l’anno 2022 (DGR 1772/2022);
<i>Tematiche correlate</i>		La valutazione e l’intervento nutrizionale mobilità attiva, movimentazione e posizionamento del paziente a rischio Le superfici di appoggio Gestione del dolore procedurale
<i>Responsabile Processo</i>		Dott.ssa Dorsi Patrizia referente Ausl Piacenza Osservatorio wound care
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>		Linee di indirizzo regionali sulla prevenzione delle lesioni da pressione nell’assistenza ospedaliera e territoriale (dicembre 2018) Documento regionale “Informazioni e consigli al paziente, ai suoi familiari ed assistenti per la prevenzione delle lesioni da pressione” Documento regionale “Indicazioni per il corretto posizionamento dell’assistito in sala Operatoria” (ottobre 2019)
<i>Altri Flussi correlati</i>		Incident reporting, contenzioni, richieste risarcimento
<i>Valutazione del rischio</i>	<i>del</i>	Un esame della cute dalla testa ai piedi dovrebbe essere effettuato in tutti gli assistiti al momento del ricovero, e poi quotidianamente nei soggetti a rischio di lesione cutanea. Particolare attenzione dovrebbe essere riservata alle aree più vulnerabili,

	<p>specialmente al di sopra delle prominente ossee. Il rischio di sviluppare un'ulcera da pressione si determina combinando il giudizio clinico ed i risultati ottenuti con un affidabile strumento di valutazione del rischio. Tutti i dati devono essere documentati al momento della valutazione e della rivalutazione. In azienda è presente un team che fornisce consulenza sulla base della attivazione.</p>
	<p>La procedura aziendale in tema di prevenzione e trattamento delle LDP è stata pubblicata ad aprile 2019 e diffusa agli operatori. Nel triennio 2020-2022 è stata individuata la nuove figura di Case manager wound care per quiescenza del precedente . Il Case manager in Wound care ha partecipato ai diversi gruppi di lavoro regionali per definire il documento sul corretto utilizzo delle medicazioni complesse ed ha tenuto un corso di formazione in tre edizioni sulla categorizzazione e gestione delle lesioni da pressione. Il Case Manger in Wound care ha inoltre</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ promosso incontri periodici con cadenza trimestrale con discussione di casi difficili da parte dell'Osservatorio wound care ✓ promosso la partecipazione dei professionisti alla formazione FAD regionale "Linee indirizzo sulla prevenzione delle lesioni da pressione nell'assistenza ospedaliera e territoriale" presente sulla piattaforma e-laber, ✓ promosso quelle dedicate al corretto utilizzo delle medicazioni avanzate ed alla "Valutazione e Categorizzazione delle lesioni da pressione". <p>Promosso incontri di formazione sul campo per la costruire la rete dei facilitatori sulle lesioni da pressione Nell'anno 2023 sono stati effettuati :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incontri periodici con cadenza trimestrale con discussione di casi difficili da parte dell'Osservatorio wound care • Formazione residenziale e sul campo per la gestione del bendaggio elastocompressivo nelle lesioni vascolari • Nella seconda parte del 2024 ci saranno le nuove edizioni del corso di approfondimento del corso di e-laber "Valutazione e categorizzazione delle lesioni da pressione • E' stata creata una guida pratica lesione-medicazione che sarà pubblicata nei documenti aziendali e che sarà promossa capillarmente nei prossimi mesi in tutte le U.O. • In collaborazione con il dipartimento delle Chirurgie è stata aggiornata l'istruzione operativa della medicazione chirurgica
<i>Interventi effettuati nel periodo precedente</i>	<p>A livello territoriale la formazione dei carevigers è rivolta prevalentemente all'educazione rispetto la prevenzione delle LDP e alla gestione delle medicazioni semplici .</p>
<i>Empowerment dei cittadini</i>	<p>Le attività aziendali si stanno svolgendo in linea con quanto richiesta dalla Regione Emilia Romagna: frequenza ai Corsi Fad. Valutazione e categorizzazione delle lesioni da pressione e corsi di secondo livello in presenza relativi al corso Fad citato</p>
<i>Giudizio complessivo</i>	<p>Mantenere ed implementare la rete dei referenti aziendali; Proseguire la formazione e sensibilizzazione degli operatori alla prevenzione e gestione delle lesioni da pressione Promuovere gli incontri dell'Osservatorio sulle LDP che vede la figura di professionisti afferenti a diverse aree multidisciplinari per affrontare casi complessi</p>
<i>Obiettivo generale</i>	

	<p>e problematiche correlate alle LDP. Ampliare la formazione riguardante le lesioni cutanee e le medicazioni appropriate anche in aree meno interessate, ma che ne hanno fatto richiesta, come per esempio il dipartimento di salute mentale Strutturare un percorso chiaro e semplice da applicare ogni qualvolta ci troviamo di fronte un pz con lesione cutanee</p>
<i>Attività</i>	<p>Attività dell'Osservatorio sulle LDP:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Discussione casi difficili ✓ Elaborazione di un documento aziendale di consultazione "agile" rispetto le lesioni da pressione e il loro trattamento , ricavato dalle linee guida regionali e da diffondere in tutte le Unità Operative <p>Attività di formazione a tutti gli operatori sanitari Ricerca e sviluppo di nuovi strumenti atti a snellire i percorsi per i pz e per gli operatori, dando anche uno sguardo al futuro che possa proporre un'azione migliorativa ed integrativa del servizio di vulnologia attraverso la telemedicina.</p>
<i>Indicatori risultato</i>	<p><i>di</i></p> <p>N° edizioni di corso di formazione residenziale e sul campo "gestione infermieristica dell'utente con piede diabetico" >= 2 N° edizioni di corso di formazione residenziale "valutazione e categorizzazione delle lesioni da pressione" >= 4 N° edizioni di corso di formazione sul campo rivolto all' Osservatorio sulle LDP "Affrontare casi complessi" >= 3 N° edizioni corso di formazione base sulle lesioni cutanee, sulla loro valutazione attraverso il TIME, e sulla gestione del fondo di lesione con la wbp (wound bed preparation)>=2</p>

The background features several abstract, organic shapes in shades of teal and dark blue. These shapes are scattered across the page, with some appearing as solid colors and others as outlines or semi-transparent areas. The overall aesthetic is clean and modern.

Le schede di processo

Prevenzione e
sorveglianza rischio
infettivo

SCHEDA 15

Prevenzione e controllo eventi epidemici (COVID-19, epidemie in setting ad alto rischio,)

<i>Ambito di intervento</i>	Rischio infettivo
<i>Tipologia</i>	Sicurezza del paziente e rischio infettivo
<i>Normativa di riferimento</i>	Ministero della salute: <i>Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023</i> RER: piano strategico operativo di risposta a una pandemia influenzale della Regione Emilia Romagna (PanFlu Regione Emilia-Romagna 2021-2023) DGR 186/2005: Attivazione di un "Sistema di segnalazione rapida" di eventi <u>epidemici ed eventi sentinella</u> nelle strutture sanitarie e nella popolazione generale. Indicazioni e Normativa Ministeriale e Regionale in merito alla pandemia da SARS-CoV-2
<i>Tematiche correlate</i>	Sicurezza delle cure e qualità della assistenza Gestione del rischio infettivo Prevenzione del contenzioso Gestione efficiente delle risorse
<i>Responsabile Processo</i>	Dott. Franco Federici Direttore stabilimento ospedaliero di Piacenza e Governo dell'accesso
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Riconcontro positività casi di infezione o positività SARS-CoV2/influenza: segnalazione e/o estrazione banca dati IGEA e incrocio con pazienti ricoverati da elaborazione file da applicativo aziendale ADT; presa in carico paziente positivo; verifica condizioni nella UO di appartenenza; indagine epidemiologica su caso indice/contatti. Disposizioni alla UO per caso indice/contatti; disposizioni per ambiente. • Aggiornamenti delle procedure inerenti la situazione emergenziale da SARS-CoV2 • Implementazione della sanificazione integrativa tramite atomizzatori • Annuale valutazione della distribuzione e verifica del corretto funzionamento di purificatori d'aria nelle UUOO. • Attivazione di campionamenti ambientali nelle UU.OO,
<i>Altri Flussi correlati</i>	nessuno

Valutazione del rischio

Il flusso informativo è preso in carico, a livello aziendale, a partire dal momento in cui viene effettuata la segnalazione di malattia infettiva oppure quando il Laboratorio identifica un microrganismo “alert fino alla segnalazione rapida in Regione”. Ciò permette la pronta adozione delle procedure di prevenzione e protezione del rischio biologico.

Ad ogni segnalazione di malattia infettiva da parte di medico ospedaliero, U.O. Igiene delle Strutture Sanitarie esegue indagine per tracciare il percorso ospedaliero del paziente e di eventuali contatti di caso ed assicura l'intervento tempestivo dei servizi preposti in Azienda per le misure di controllo e prevenzione a livello locale post-esposizione.

Ad ogni segnalazione di microrganismo infettivo o microrganismo “alert” segue il controllo dell'operatore sanitario dell'U.O. Igiene delle Strutture Sanitarie che verifica l'esatta adozione delle idonee misure di controllo e predispone se necessario sorveglianza sui contatti. Inoltre il personale afferente all' U.O. Igiene delle Strutture Sanitarie-adempe alla registrazione dei dati riguardanti tali microrganismi, al fine di permettere una più rapida individuazione di eventuali criticità nelle U.O.

Interventi effettuati nel periodo precedente

- Aggiornamento procedure ed IO inerenti la pandemia da sars-cov-2;
- Aggiornamento Procedura Aziendale Gestione sorveglianza per SARSCOV2/Flusso pazienti in Pronto Soccorso e verso i reparti
- Aggiornamento procedura controlli di qualità per attività di pulizia, sanificazione, disinfezione
- Revisione Procedura medicazione ferita chirurgica
- Aggiornamento IO indicazione utilizzo DPI per operatori, visitatori e utenti
- Aggiornata Procedura Aziendale Gestione Rifiuti Sanitari
- Monitoraggio del consumo di guanti con azione formativa
- Riunione gruppo di lavoro per C. auris e MRSA
- Termine Progetto HALT4 fase longitudinale – Inizio formazione per HALT4 studio di prevalenza puntuale
- Predisposizione questionario per Indagine conoscitiva sorveglianza CPE nelle CRA
- Sono state effettuate attività di disinfestazione nelle aree verdi interne all'Ospedale (Rischio Arbovirosi)
- Promozione corsi piattaforma E-lalber FAD sul governo rischio infettivo; Corso 1 “La prevenzione del rischio infettivo ed antimicrobico resistenza”; Corso 2 “La prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza”, Corso 3 - Antimicrobial Stewardship - edizione 2024, Corso 4 - Sinergie e integrazione tra risk management e rischio infettivo - edizione 2024, Corso 5 - Gestione eventi epidemici e pandemici - edizione 2024, Corso 6 - Il contrasto alla sepsi - edizione 2024, Corso 7 - Vaccinazioni e operatori sanitari - edizione 2024

Empowerment dei cittadini

Il progetto, per caratteristiche tecniche, non si presta ad essere divulgato.

Giudizio complessivo

Sulla base dei dati analizzati, derivanti dalla reportistica aziendale e regionale possiamo ritenerci soddisfatti. Questo però non va ad incidere sulle attività di promozione e diffusione della cultura aziendale sulla prevenzione del rischio infettivo in quanto anche nel 2024 saranno pianificate attività di divulgazione della

cultura della prevenzione del rischio infettivo in accordo con le direttive nazionali e regionali.

Assicurare la prevenzione del rischio infettivo attivando buone pratiche assistenziali, misure di controllo, sorveglianza e monitoraggio, anche mediante la realizzazione di idonee innovazioni organizzative e di supporto tecnico.

Obiettivo generale

Implementazione di nuovi sistemi informatizzati di controllo e verifica dei casi segnalati e della sorveglianza specifica attivata rispetto al caso indice ed eventuali contatti di caso.

I casi di positività in pazienti ricoverati vengono individuati attraverso la ricezione della segnalazione di caso effettuata dalle UO (cartacea o in IGEA Igiene ospedaliera) e/o attraverso l'estrazione dalla banca dati IGEA e file di estrazione dei pazienti ricoverati; inoltre viene effettuato un confronto con il dipartimento di sanità pubblica delle positività nel periodo considerato.

Presa in carico della positività:

Analisi a seguito di riscontro di positività SARS-CoV 2: valutazione e analisi al riscontro di positività mediante indagine epidemiologica con eventuale comunicazione di disposizioni specifiche ad ogni singola Unità Operativa.

Verifica e disposizioni per i contatti del caso indice

Le disposizioni comprendono il timing tamponi e le indicazioni per dichiarazione di guarigione/dimissione in isolamento e Supporto al Dipartimento di Sanità Pubblica per i debiti informativi di segnalazione

Attività

Valutazione, segnalazione e gestione di eventuali focolai di SARS-CoV2: analisi della trasmissione, analisi delle possibili cause che hanno generato il focolaio; redazione e condivisione della relazione; trasmissione dei dati e di tutte le informazioni richieste al Dipartimento di Sanità Pubblica e al SPP, fino alla chiusura del focolaio.

Visite ispettive nelle UO di verifica delle disposizioni impartite

Disposizioni in merito alla igiene ambientale:

Implementazione della sanificazione integrativa tramite atomizzatori con aggiornamento e formazione del personale delle UU.OO all'utilizzo delle attrezzature al fine di garantire una sempre più ottimale sanificazione. Definizione e aggiornamento delle relative Istruzioni Operative.

Annuale valutazione della distribuzione e verifica del corretto funzionamento di purificatori d'aria nelle UUOO

Attivazione di campionamenti ambientali nelle UU.OO, programmati per prestabilite superfici delle stanze di degenza e locali operativi delle UU.OO.; attivazione di eventuali modalità correttive di intervento in base ai risultati dei referti.

Aggiornamenti delle procedure inerenti la situazione emergenziale da SARS-CoV2

<p>(es. Procedura Aziendale di Gestione del Rischio Infettivo, Procedura modalità di controllo e sorveglianza dei pazienti ricoverati – emergenza COVID-19) e verifica e controllo a campione della loro applicazione.</p> <p>Mantenimento dei registri informatizzati e data base condivisi per la registrazione dei casi segnalati;</p> <p>mantenimento registri informatizzati ubicazione e manutenzione purificatori d’aria.</p> <p>Allestimento ed archiviazione data base “ file ricoverati” giornaliero;</p> <p>mantenimento del sistema informativo IGEA con la parte IGEA-IGIENE OSPEDALIERA per avere una unica banca informatizzata e immediatamente condivisibile, per la gestione dei casi e della casistica.</p> <p>Notifica malattia infettiva informatizzata (DECRETO PREMAL)- IGEA</p>	<p>numero di isolamenti effettuati correttamente/numero di casi positivi individuati = 1</p>
---	--

Indicatori di risultato

SCHEDA 16
Prevenzione e controllo della Legionellosi

<i>Ambito di intervento</i>	Prevenzione sorveglianza rischio infettivo
<i>Tipologia</i>	prevenzione della legionellosi
<i>Normativa di riferimento</i>	Linee guida regionali per la sorveglianza e il controllo della legionellosi di cui alla d.g.r. n.167 del 19.06.2017
<i>Tematiche correlate</i>	sicurezza dell'operatore e dell'utente da rischio biologico
<i>Responsabile Processo</i>	Dott. Valerio Tagliaferri – Direttore UOC Lavori su Strutture Esistenti e Impianti Dott. Franco Federici – Responsabile UOSD Igiene Ospedaliera
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	Data base aziendale: - esiti dei campionamento in autocontrollo - registri manutentivi
<i>Altri Flussi correlati</i>	Alert o notifica di referti derivanti da esami microbiologici
<i>Valutazione del rischio</i>	i rischi vengono valutati in relazione al “documento di valutazione del rischio legionella” dell'Azienda usl di Piacenza ed agli esiti dei campionamenti in autocontrollo
<i>Interventi effettuati nel periodo precedente</i>	Son stati eseguiti i campionamenti con cadenza
<i>Empowerment dei cittadini</i>	Il progetto, per caratteristiche tecniche, non si presta ad essere divulgato.
<i>Giudizio complessivo</i>	Buono/ottimo
<i>Obiettivo generale</i>	-corretta applicazione delle linee guida regionali -tracciabilità dell'attività svolta
<i>Attività</i>	-manutenzione periodica terminali impianto idrico-sanitario e di climatizzazione -pulizia/sostituzione periodica rompigitto -sostituzione periodica filtri assoluti antilegionella -spurgo periodico delle reti idrauliche -flussaggio periodico terminali impianto idrico-sanitario

- utilizzo di biocida all'interno dell'impianto idrico-sanitario
- controlli periodici per la ricerca di legionella all'interno dell'impianto idrico-sanitario e di climatizzazione
- attività di bonifica dei tratti di rete risultati contaminati e relative controanalisi
- gestione dei registri manutentivi
- analisi dei report dell'attività di campionamento e relative valutazioni

Misure di prevenzione e controllo adottate

L'Area tecnica ha puntualmente effettuato le operazioni di controllo e prevenzione previste nel documento di valutazione del rischio (programma controllo legionellosi) a cui si rimanda; in particolare è stata effettuata la manutenzione programmata dei componenti dell'impianto idrico sanitario e di climatizzazione così come indicato nel DVR e sono stati effettuati i campionamenti ambientali previsti dalle linee guida.

Nel 2023

Ospedale di Piacenza: Campionamenti totali eseguiti su acqua calda/fredda n. 415

Di cui sono state riscontrate n. 10 positività (7 su ACS e 3 su AFS)

Ospedale di Castel San Giovanni: Campionamenti totali eseguiti su acqua calda/fredda n. 82

Di cui sono state riscontrate n. 1 positività (AFS)

Ospedale di Fiorenzuola: Campionamenti totali eseguiti su acqua calda/fredda n. 89

Di cui sono state riscontrate n. 0 positività

Ospedale di Bobbio: Campionamenti totali eseguiti su acqua calda/fredda n. 32

Di cui sono state riscontrate n. 1 positività (AFS)

Adottati gli interventi previsti, le positività sono state annullate come verificato al campionamento di controllo dopo 15 giorni dalla ricezione dell'esito

Si è periodicamente provveduto negli ospedali al flussaggio dai punti di erogazione acqua nelle UU.OO di degenza, e il padiglione 7. E' stato elaborato da parte della DPS report con percentuale di adesione, con riscontro di valori soddisfacenti (più dell'80% delle U.O con valore di adesione superiore al 70% nel rapporto atteso/effettuati.

La sostituzione dei filtri assolti sui terminali è stata sempre effettuata regolarmente

come da relativo registro

interventi effettuati:

Ospedale di Castelsangiovanni

Sostituito nel 2023 il sistema di trattamento acqua passando da Perossido di Idrogeno e Sali di Argento a Monoclorammina (acqua calda) e Biossido di Cloro (acqua fredda). Il nuovo sistema dosa automaticamente il prodotto in base al valore residuo di biocida riscontrato nelle tubazioni e ne permette una migliore tracciabilità rispetto al sistema precedentemente in uso.

Ospedale di Piacenza

Sostituito nel 2023 il sistema di trattamento acqua calda sanitaria passando da Perossido di Idrogeno e Sali di Argento a Monoclorammina. Il nuovo sistema dosa automaticamente il prodotto in base al valore residuo di biocida riscontrato nelle tubazioni e ne permette una migliore tracciabilità rispetto al sistema precedentemente in uso.

*Indicatori di
risultato*

numero campionamenti positivi/numero campionamenti effettuati

SCHEDA 17
Sorveglianza infezioni (SICHER, CPE)

<i>Ambito intervento</i>	<i>di</i>	Prevenzione e sorveglianza del rischio infettivo
<i>Tipologia</i>		Sorveglianza infezioni sito chirurgico (SICHER) Sorveglianza degli enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)
<i>Normativa riferimento</i>	<i>di</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Circolare regionale n. 18/2016, "Specifiche per la gestione della check list di Sala Operatoria (SSCL) e infezioni del sito chirurgico (SiChER)"; - Linee Guida Regionali Flusso SICHER - Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico e Specifiche Funzionali Flusso SICHER - DOSSIER 261-2017 – Documento Regione Emilia Romagna - Prevenzione delle infezioni del sito chirurgico - Legge 8 Marzo 2017 n.24
<i>Tematiche correlate</i>		Sicurezza delle cure (prevenzione ICA) e qualità della assistenza Gestione del rischio infettivo Prevenzione del contenzioso Gestione efficiente delle risorse
<i>Responsabile Processo</i>		Dott. ssa Maria Grazia Silvotti - referente aziendale
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	<i>del</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Flusso SICHER: Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico nei pazienti delle Unità Operative ospedaliere coinvolte nel sistema di sorveglianza regionale SICHER mediante schede SICHER su applicativo Aziendale "Galileo". - Sorveglianza mensile degli enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE) e segnalazione immediata di batteriemie da CPE
<i>Altri Flussi correlati</i>		<ul style="list-style-type: none"> - Segnalazione di infezione del sito chirurgico (da elaborazioni applicativo SICHER o segnalazione dell'UO interessata) - Segnalazione di Laboratorio Microbiologia - Invio mensile dei dati richiesti per CPE tramite piattaforma PRCAR.
<i>Valutazione del rischio</i>	<i>del</i>	<p>Il risultato ottenuto nel primo semestre 2023 83,4 % - Commento: è ampiamente soddisfacente. Il flusso di dati Regionale è semestrale; in attesa di chiusura della sorveglianza del 2° semestre 2023, prevista per 1 luglio 2024, e consolidamento di tutti i dati riferiti all'anno 2023, come da tempistiche di flusso Regionale. Inoltre, il referente SICHER aziendale ha svolto la revisione dei "casi probabili di infezione" sia del 1° che del 2° semestre (altro obiettivo regionale).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sorveglianza mensile CPE (100%) - Segnalazione immediata di batteriemie da CPE (100%), segnalazione di primo isolamento di agente infettivo con profilo di resistenza inusuale (100%). Valutazione di possibili cluster epidemici. Analisi dei dati di flusso.

Analisi di tutti i casi di infezione delle categorie con tasso superiore a quello regionale per la valutazione delle possibili cause. Analisi delle infezioni segnalate come probabili post dimissione del sito chirurgico, identificate attraverso i flussi informativi regionali.

Analisi delle infezioni segnalate come probabili post dimissione del sito chirurgico, identificate attraverso i flussi informativi regionali, come richiesto da Regione.

Implementazione del programma di compilazione informatizzato e nello specifico implementazione del numero delle Unità Operative ospedaliere che aderiscono al sistema di sorveglianza regionale e del numero degli interventi sorvegliabili (*oltre alle UU.OO. Chirurgiche, Unità Operative di Terapia del Dolore e di Nefrologia*): studio per l'adeguamento informatico del programma dell'UO Cardiologia per la generazione delle schede SICHER per gli interventi sorvegliati.

Rivalidazione annuale della procedura aziendale per la sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico e sorveglianza SICHER e del manuale di istruzione.

Ripresa delle attività della rete dei Referenti SICHER di Unità Operativa tramite attività di formazione sul campo e corso di formazione specifico per Referenti accreditato ECM, secondo indicazioni delle Linee guida regionali in tema di prevenzione e controllo dell'antibioticoresistenza.

E' stato puntualmente mantenuto il flusso di segnalazione diretta alla Regione di determinati eventi: segnalazione immediata di batteriemie da CPE, flusso mensile dei CPE, primo isolamento di agente infettivo con particolare profilo di resistenza (*quest'ultimo abrogato da Regione a seguito dell'entrata in vigore del decreto Premal*).

In particolare, mantenimento del sistema di sorveglianza delle infezioni da CPE, tramite tempestiva raccolta dei dati richiesti per la compilazione della specifica scheda SMI in caso di batteriemia. E' stato implementato lo screening per la ricerca di CPE nei pazienti "eleggibili" al momento del ricovero (ampliando il numero dei reparti interessati). Lo screening viene ripetuto ogni 7 o 14 giorni di ricovero in reparti con pazienti fragili, quali Riabilitazione e Lungo Degenza.

Analisi dei possibili casi di infezioni correlate all'assistenza.

Il progetto, per caratteristiche tecniche, non si presta ad essere divulgato.

Per ogni intervento "SICHER Sì" viene importata automaticamente una frase nella lettera di dimissione per informare il paziente che l'intervento a cui è stato sottoposto è oggetto di sorveglianza da parte della Regione e che potrebbe essere contattato telefonicamente; questo agevolerebbe il personale che esegue le telefonate. La frase viene aggiunta in Lettera di dimissione se nel ricovero esiste almeno un intervento SICHER e viene adattata a seconda del sesso del paziente (maschio/femmina).

Sulla base dei dati analizzati, derivanti dalla reportistica aziendale e regionale possiamo ritenerci soddisfatti. Questo però non va ad incidere sulle attività di promozione e diffusione della cultura aziendale sulla prevenzione delle infezioni ospedaliere in quanto anche nel 2023 saranno pianificate attività di divulgazione della cultura della prevenzione del rischio infettivo.

*Interventi
effettuati nel
periodo precedente*

*Empowerment dei
cittadini*

*Giudizio
complessivo*

Obiettivo generale

Implementare in altre UO il sistema di sorveglianza SICHER; implementare il sistema informatizzato di supporto alla rilevazione (studio in atto per Cardiologia); mantenimento della rete dei referenti; implementare il sistema di audit in caso di segnalazione di tasso di infezione superiore all'atteso regionale.
Mantenimento costante dei flussi richiesti a livello Regionale per le CPE e analisi delle possibili ICA

Attività

Predisposizione delle attività necessarie per la Unità Operativa di Cardiologia affinché nel 2024 possano entrare nel sistema di sorveglianza SICHER anche gli interventi di installazione pacemaker.
Ulteriore implementazione del sistema informatizzato per agevolare l'attività di sorveglianza da parte del personale sanitario coinvolto, sia medico che infermieristico (modifiche integrative in studio: importazione automatica dei dati inseriti in una scheda in tutte le schede SICHER relative al medesimo intervento e modifica della scheda di "Asepsis score" di ricongiunzione con un'unica scheda "medicazione").
Mantenimento della rete dei Referenti SICHER di Unità Operativa e della loro formazione sul campo; sostituzione dei Referenti dimissionari.
Analisi di eventuali casi di infezione delle categorie con tasso superiore a quello regionale per la valutazione delle possibili cause. Costante analisi delle infezioni segnalate come probabili post dimissione del sito chirurgico, identificate attraverso i flussi informativi regionali.

Mantenimento puntuale e costante del sistema di sorveglianza delle infezioni da CPE, nel rispetto delle tempistiche richieste da Regione, per quanto riguarda il report mensile sui CPE e per la compilazione della specifica scheda SMI in caso di batteriemia, di possibili cluster epidemici, di comparsa di agenti infettivi con particolare profilo di resistenza.

Indicatori risultato

di

N. procedure ICD9-CM sorvegliate in SICHER / N. procedure ICD9-CM da sorvegliare secondo il protocollo SICHER presenti in SDO > **75%**

SCHEDA 18
Igiene delle mani

<i>Ambito intervento</i>	<i>di</i>	Prevenzione e sorveglianza del rischio infettivo
<i>Tipologia</i>		Igiene delle mani
<i>Normativa riferimento</i>	<i>di</i>	Linee guida OMS, ER –ReCI Il programma regionale di promozione dell’igiene delle mani; ISS Protocollo della sorveglianza nazionale del consumo di soluzione idroalcolica per l’igiene delle mani in ambito ospedaliero vers. 25/11/2021
<i>Tematiche correlate</i>		sicurezza delle cure e qualità della assistenza
<i>Responsabile Processo</i>		Dr. Franco Federici – Responsabile rischio infettivo aziendale Dott. ssa Maria Grazia Silvotti referente MappER aziendale
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	<i>del</i>	Il flusso informativo è costituito da un data base aziendale nel quale vengono inseriti i dati di consumo dei materiali utilizzati. Consumo (in litri) di prodotti idroalcolici per l’igiene delle mani per 1.000 giornate di degenza
<i>Altri Flussi correlati</i>		Non presenti flussi correlati
<i>Valutazione del rischio</i>	<i>del</i>	La corretta igiene delle mani è la misura più efficace per diminuire il rischio di trasmissione di microrganismi potenzialmente patogeni da un paziente all’altro, in qualsiasi setting assistenziale. L’Organizzazione mondiale della sanità (OMS) e i <i>Centers for Disease Control and Prevention</i> statunitensi hanno elaborato linee guida, indicazioni e raccomandazioni specifiche per gli operatori sanitari per andare a migliorare le pratiche di igiene delle mani. Oltre al lavaggio delle mani, le indicazioni danno come buona pratica l’indicatore di consumo di prodotto a base alcolica per il frazionamento delle mani delle Unità Operative di degenza.
<i>Interventi effettuati nel periodo precedente</i>	<i>nel</i>	L’implementazione dell’igiene delle mani è stata promossa a tutti i livelli e richiamata in molteplici procedure e istruzioni operative aziendali, rappresentando uno degli elementi chiavi per la prevenzione della diffusione dei microrganismi infettivi diffusivi, compreso SARS-CoV2 e per la protezione di utenti, operatori e visitatori. Controllo e mantenimento dei dispenser di soluzione idroalcolica presso ogni posto letto di degenza, nei Servizi e nelle sale d’attesa e della relativa cartellonistica e materiale informativo.

Rivalidazione annuale l'istruzione operativa aziendale "Igiene delle mani".

Per il monitoraggio dell'adesione alla pratica dell'igiene delle mani Regione ha implementato il nuovo sistema di rilevazione MAppER, è stata svolta da Regione specifica formazione per AUSL Piacenza in merito all'utilizzo del nuovo applicativo a marzo 2022.

Nel 2023 ripresa delle osservazioni dirette del comportamento degli operatori sanitari in merito all'igiene delle mani mediante il nuovo sistema di rilevazione MAppER.

Mantenimento dell'adesione alla sorveglianza CSIA (consumo delle soluzioni idro-alcoliche) e risposta alla valutazione tramite Framework OMS sottoposto da Regione.

E' stata mantenuta l'adesione alla sorveglianza regionale CSIA (consumo delle soluzioni idro-alcoliche). Nell'anno 2023 il consumo di soluzione idroalcolica per l'igiene delle mani nelle UU.OO. di degenza ordinaria è stato di 38,96 litri per 1000 giornate di degenza (a fronte di un indicatore regionale di 30 litri per 1000 giornate di degenza).

In particolare il valore di indicatore raggiunto nelle tre unità di terapia Intensiva è stato di 88,47 litri per 1000 giornate di degenza.

Il risultato ottenuto è ampiamente soddisfacente ed è in aumento rispetto al dato dati di consumo dell'anno 2022 di 31,6 litri / 1000 giornate di degenza.

Target richiesto regionale ≥ 90 osservazioni per 10.000 giornate di degenza: le osservazioni richieste per 10.000 giornate di degenza sono corrispondenti alla richiesta Regionale.

Empowerment dei cittadini

Campagne di sensibilizzazione regionali alla popolazione sul corretto lavaggio delle mani; offerta del prodotto alla cittadinanza in tutti i punti di erogazione delle cure.

Giudizio complessivo

Sulla base dei dati analizzati, derivanti dalla reportistica aziendale e regionale possiamo ritenerci soddisfatti. Questo però non va ad incidere sulle attività di promozione e diffusione della cultura aziendale sulla prevenzione del rischio infettivo in quanto anche nel 2023 saranno pianificate attività di divulgazione della cultura della prevenzione del rischio infettivo in accordo con le direttive nazionali e regionali.

Obiettivo generale

Divulgazione della cultura della prevenzione del rischio infettivo.

Attività

Mantenimento delle osservazioni dirette del comportamento degli operatori sanitari in merito all'igiene delle mani mediante il nuovo sistema di rilevazione MAppER, anche a fronte di specifiche richieste regionali

*Indicatori
risultato*

di

Mantenimento della rete dei Referenti ICA di Unità Operativa e della loro formazione sul campo per la promozione dell'igiene delle mani
Consumo (in litri) di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani per 1.000 giornate di degenza = > 30 litri per 1.000 giornate di degenza



Le schede di processo

Gestione Sinistri

SCHEDA 19
Gestione sinistri

<i>Ambito di intervento</i>	Gestione diretta dei sinistri
<i>Tipologia</i>	Gestione del contenzioso : monitoraggio della sinistrosità aziendale – studio ed analisi delle criticità emerse nella gestione dei sinistri
<i>Normativa di riferimento</i>	L.R. 7 novembre 2012 n. 13 modificata con L.R. n. 28/2013 DGR n. 2079/2013; N. 561/2014; N. 1889/2015 L. 8/3/2017 n. 24 (Gelli Bianco)
<i>Tematiche correlate</i>	Gestione del contenzioso Prevenzione degli eventi avversi
<i>Responsabile/Referente del Processo</i>	Dott.ssa Ornella Cereghino – Responsabile dell’attuazione del programma regionale di gestione diretta dei sinistri
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	<p>Per sinistro si intende ogni possibile evento dannoso cagionato a terzi riconducibile all’attività dell’Azienda sanitaria, comprese le attività preliminari, conseguenti, accessorie, sussidiarie e complementari, di qualsiasi natura e con qualsiasi mezzo svolte, anche connesse all’utilizzo e/o uso di strutture ed apparecchiature destinate al raggiungimento dei fini istituzionali.</p> <p>L’Azienda USL di Piacenza con decorrenza 1.12.2015, non si avvale di compagnie assicuratrici per la copertura della responsabilità civile verso terzi, ma provvede in proprio alla gestione dei sinistri ai sensi e per gli effetti di quanto stabilito nella Legge regionale 7 novembre 2012, n. 13 e successive disposizioni.</p> <p>Aspetto fondamentale della procedura è il coinvolgimento dei professionisti direttamente coinvolti nel sinistro e la partecipazione del Risk Manager sia nella fase istruttoria (Triage) che nella fase decisoria (CVS) accanto alle componenti Medico Legali, legali ed assicurative. Ciò consente al gruppo di lavoro deputato alla gestione dei sinistri di acquisire rilevanti informazioni sui fatti oggetto di contenzioso, individuare eventuali criticità e/o lacune nei percorsi di cura, favorendo l’analisi dei rischi nonché l’adozione di adeguate misure correttive.</p> <p>Grazie all’integrazione tra le reti che intervengono nella gestione dei sinistri i dati sulla sinistrosità, costituiscono uno strumento fondamentale di conoscenza dei fenomeni aziendali funzionale sia alla predisposizione degli accantonamenti necessari a fronteggiare le richieste di risarcimento, sia alla programmazione delle attività di miglioramento.</p>
<i>Altri Flussi correlati</i>	Data Base regionale dei sinistri INSIDER SEGNALER in corso di implementazione

<i>Valutazione del rischio</i>	<p>La gestione diretta dei sinistri è parte integrante di una politica di gestione del rischio, alla cui attuazione concorrono, nel rispetto delle distinte attribuzioni, Regione Emilia-Romagna ed Aziende del Servizio Sanitario Regionale.</p> <p>L'analisi dei dati relativi alla sinistrosità consente di valutare l'andamento del rischio in relazione all'attività espletata.</p> <p><u>Andamento della sinistrosità</u></p> <p>Nell'anno 2023 sono pervenute all'Azienda n° 41 richieste di risarcimento danni, di cui:</p> <p>n. 35 relative a danni da Malpractice, n. 6 relative a danni a cose (smarrimenti, danneggiamenti, furti ecc.) .</p> <p>Il dato 2023 conferma il trend del 2022 che aveva fatto registrare una considerevole riduzione dei sinistri rispetto agli anni precedenti</p> <p><u>Aree maggiormente a rischio</u></p> <p>In linea con l'andamento nazionale, l'area che risulta maggiormente esposta al rischio di contenzioso per malpractice è quella chirurgica con il 37% dei sinistri seguita dall'area dell'Emergenza Urgenza (23%), area Medica (17%), area Psichiatrica (8%)</p> <p>Tuttavia, analizzando nel dettaglio i sinistri dell'area chirurgica si evidenzia una netta diminuzione dei sinistri, in particolare quelli afferenti le UU.OO di Ortopedia (da 16 nel 2021 a 4 nel 2023) e Chirurgia (passati da 6 nel 2021 a 3 nel 2022)</p> <p>Ciò denota da un lato l'efficacia delle azioni di miglioramento messe in campo negli ultimi anni e dall'altro il forte impegno e la competenza delle varie componenti aziendali coinvolte nella gestione dei sinistri.</p> <p>Il valore medio dei sinistri liquidati dal 2019 al 2023 è di circa 66.000,00 euro.</p>
<i>Interventi effettuati nel periodo precedente</i>	<p>Alimentazione del Data Base regionale</p> <p>Monitoraggio ed analisi degli eventi dannosi.</p> <p>Reportistica sull'andamento del contenzioso</p> <p>Partecipazione alla formazione regionale sulla gestione dei sinistri e la prevenzione del rischio clinico e del contenzioso.</p> <p>Nell'anno sono state effettuate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - n. 12 sedute di Triage con l'esame di n. 31 sinistri - n. 12 sedute di CVS con valutazione di 149 sinistri
<i>Empowerment dei cittadini</i>	<p>I dati relativi ai sinistri ed ai risarcimenti pagati negli ultimi 5 anni sono pubblicati sul sito aziendale come previsto dalla L. n. 24 dell'8/3/2017</p>
<i>Giudizio complessivo</i>	<p>I risultati della gestione sinistri sono soddisfacenti sotto l'aspetto quantitativo ed economico: in generale l'Ausl di Piacenza ha un numero di richieste di risarcimento in linea con la media regionale.</p> <p>Il dato relativo ai sinistri 2023 ha confermato il trend positivo già registrato nell'anno precedente con un netto calo delle richieste di risarcimento rispetto al periodo pre e post Covid .</p>
<i>Obiettivo generale</i>	<p>Presenza in carico e gestione puntuale delle richieste di risarcimento</p> <p>Riduzione dei tempi di istruttoria dei sinistri</p> <p>Riduzione del rischio di contenzioso funzionale alla riduzione degli esborsi per il</p>

risarcimento dei danni

Il processo di integrazione con la gestione del rischio clinico attuato con la partecipazione congiunta delle componenti legali, medico legali ed assicurative alle attività di Triage e del CVS ha consentito di condividere spunti di riflessione e di acquisire maggiori informazioni finalizzate allo studio ed all'implementazione delle eventuali azioni di miglioramento ovvero alla modifica dei percorsi e delle procedure in corso.

Attività

Nel 2023 è stata effettuata un Corso aziendale su "Gestione del rischio e sicurezza delle cure" rivolto a tutto il personale del Dipartimento Cure Primarie. Nel 2023 tutti gli operatori coinvolti nell'attività di gestione dei sinistri e della prevenzione del rischio hanno partecipato alla formazione regionale sul tema. Trattasi di formazione continua che proseguirà anche nel 2024. E' in corso l'attività di implementazione del portale SEGNALER che andrà a regime entro il 2024

Indicatori di risultato

- % sinistri con intervallo di tempo tra apertura e registrazione ≤ 15 giorni;
- % sinistri con intervallo di tempo tra apertura e determinazione CVS ≤ 180 giorni
- Tasso di sinistrosità per 10.000 ricoveri

SCHEDA 20
Infortuni

<i>Ambito di intervento</i>	Salute e sicurezza degli operatori
<i>Tipologia</i>	Infortuni lavorativi
<i>Normativa riferimento</i>	di Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 e s.m. i. - Testo Unico in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 e s.m.i. - Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali
<i>Tematiche correlate</i>	Salute e sicurezza presso i luoghi di lavoro Sicurezza dei lavoratori e di terzi Prevenzione infortuni lavorativi e malattie professionali
<i>Responsabile/Referente del Processo</i>	Dott. Giampietro Scaglione – RSPP, Medico Competente Coordinatore
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	Il dipendente infortunato notizia il SPP circa l'avvenuto infortunio, esibendo certificazione di Pronto Soccorso oppure inviandola a mezzo email. Personale SPP provvede alla compilazione del questionario di infortunio ad uso aziendale, qualora la prognosi dell'infortunio non sia pari a giorni zero; successivamente, invia la certificazione di Pronto Soccorso nella copia per il Datore di Lavoro, unitamente al questionario, presso personale afferente alla UO Area Risorse Umane a mezzo email. Qualora si tratti di infortunio biologico, il dipendente infortunato esibisce certificazione attestante consulenza infettivologica che riporta se sia necessario procedere con indagini di follow-up e quali siano le tempistiche; qualora il Consulente Infettivologo ritenga necessario effettuare indagini di follow-up, personale SPP consegna al dipendente infortunato opportuna modulistica per l'effettuazione degli esami individuati dall'infettivologo; il dipendente infortunato si sottopone alle indagini di follow-up o recandosi di persona presso SPP oppure effettuandoli presso la propria UO di appartenenza, salvo inviare i campioni raccolti presso SPP ove si procede con etichettatura degli stessi al fine dell'invio in laboratorio. Personale SPP provvede altresì alla registrazione degli infortuni presso un registro informatizzato dedicato.
<i>Altri Flussi correlati</i>	Attività di sorveglianza sanitaria Monitoraggio e presa in carico dei casi di malattia professionale Gestione rischio epidemico anche verso terzi (cfr. piano pandemico)
<i>Valutazione del rischio</i>	Stesura di Documento di Valutazione dei Rischi relativo ai rischi presenti presso i luoghi di lavoro; individuazione e messa in atto di opportune misure preventive e protettive di carattere tecnico, organizzativo e procedurale atte a contenere il rischio infortunistico; interventi di formazione, informazione e addestramento

<i>Interventi effettuati nel periodo precedente</i>	Monitoraggio e presa in carico di tutti gli infortuni lavorativi presso AUSL Piacenza; interazione con Area Risorse Umane AUSL PC e INAIL Piacenza
<i>Empowerment dei cittadini</i>	Attenzione rivolta verso il rischio terzi
<i>Giudizio complessivo</i>	Rispetto nella coerenza normativa dei flussi informativi e delle tempistiche relative
<i>Obiettivo generale</i>	Gli obiettivi generali sono la prevenzione degli infortuni e la presa in carico dei casi di infortunio che si sono verificati, nonché l'aggiornamento del Documento di Valutazione dei Rischi, l'attivazione di misure correttive e le proposte di rinforzo di interventi formativi
<i>Attività</i>	Equipe di personale SPP costituita da Medici Competenti, infermieri, personale tecnico e personale amministrativo impegnati nella gestione dei casi e nella produzione della reportistica; interfaccia con ARU
<i>Indicatori di risultato</i>	Numero di casi presi in carico / numero di casi segnalati $\geq 90\%$

SCHEDA 21
Movimentazione manuale di carichi e pazienti

<i>Ambito di intervento</i>	Salute e sicurezza degli operatori
<i>Tipologia</i>	Movimentazione manuale dei carichi e dei pazienti
<i>Normativa di riferimento</i>	D.lgs 81/2008 Titolo VI°
<i>Tematiche correlate</i>	Salute e sicurezza dei lavoratori; sicurezza dei pazienti; prevenzione infortuni e malattie professionali; attrezzature; valutazione dei rischi
<i>Responsabile/Referente del Processo</i>	Dr. G. Scaglione, RSPP e Medico Competente Coordinatore – U.O.C. Servizio di Prevenzione e Protezione
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	Interfaccia con Dirigenti e Preposti relativamente ad acquisizione dati sul numero di pazienti collaboranti/non collaboranti e ausili. Formazione e addestramento sul campo.
<i>Altri Flussi correlati</i>	Movimentazione manuale carichi non animati/traino-spinta. Sorveglianza sanitaria. Dati epidemiologici e relazione sanitaria. Sopralluoghi mirati.
<i>Valutazione del rischio</i>	Revisione documento di valutazione dei rischi ex. D.lgs 81/2008.
<i>Interventi effettuati nel periodo precedente</i>	Valutazione del rischio: MAPO, metodo Tovoli. Formazione formatori sul rischio da movimentazione manuale di carichi e pazienti. Formazione e addestramento lavoratori.
<i>Empowerment dei cittadini</i>	Formazione e informazione dei caregivers.
<i>Giudizio complessivo</i>	Rispetto dei contenuti del percorso di valutazione del rischio e misure correttive nella normativa cogente.
<i>Obiettivo generale</i>	Individuare le aree a maggior rischio, prevenire gli infortuni e le malattie professionali, implementare le attività di formazione, informazione e addestramento, adottare misure correttive laddove necessario.
<i>Attività</i>	Formazione/informazione/addestramento lavoratori. Sorveglianza sanitari. Sopralluoghi. Interfaccia Dirigenti e Preposti per acquisizione dati specifici.

Indicatori di risultato

N° operatori presentati al corso di Formazione/N° operatori convocati \geq 90%

SCHEDA 22
Violenza contro gli operatori

<i>Ambito di intervento</i>	Salute e sicurezza degli operatori
<i>Tipologia</i>	Percorso di monitoraggio e presa in carico degli episodi di violenza nei confronti degli operatori sanitari
<i>Normativa di riferimento</i>	Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 e s.m. i. - Testo Unico in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro Legge 14 agosto 2020, n. 113 - Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni.
<i>Tematiche correlate</i>	Benessere organizzativo Prevenzione del rischio Stress Lavoro-Correlato Prevenzione di infortuni lavorativi e malattie professionali Prevenzione rischio terzi
<i>Responsabile/Referente del Processo</i>	Dott. Giampietro Scaglione – RSPP, Medico Competente Coordinatore
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	Il flusso informativo ha origine dall'invio al Servizio di Prevenzione e Protezione da parte delle U.O. sedi di episodi di violenza delle specifiche schede di segnalazione eventi violenti. I casi vengono registrati e presi in carico, con sopralluogo presso i luoghi di lavoro e visita di sorveglianza del lavoratore vittima dell'episodio di violenza, ove opportuno previa valutazione del caso di specie.
<i>Altri Flussi correlati</i>	Prevenzione di disagio lavorativo e burn-out Prevenzione di infortuni lavorativi e malattie professionali Prevenzione rischio terzi
<i>Valutazione del rischio</i>	In ottemperanza al D.Lgs. n.81/08 in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro il Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP) procede periodicamente alla registrazione degli episodi di violenza segnalati e all'aggiornamento del Documento di Valutazione del Rischio (DVR); individuazione e messa in atto di opportune misure preventive e protettive di carattere tecnico, organizzativo e procedurale atte a contenere il rischio aggressioni; interventi di formazione, informazione e addestramento; attività del gruppo aziendale e del gruppo regionale per il contrasto della violenza nei confronti degli operatori sanitari.
<i>Interventi effettuati nel periodo precedente</i>	Aggiornamento periodico del Documento di Valutazione dei Rischi; monitoraggio e presa in carico degli episodi segnalati, con eventuali sopralluoghi e visite di sorveglianza sanitaria; interventi di formazione, informazione e addestramento; messa in atto di misure preventive e protettive volte al contenimento del rischio aggressione; attività del gruppo aziendale e del gruppo regionale per il contrasto della violenza nei confronti degli operatori sanitari.

<i>Empowerment dei cittadini</i>	Si intende promuovere politica tolleranza zero rispetto alla tematica della violenza nei confronti degli operatori sanitari.
<i>Giudizio complessivo</i>	Rispetto della cogente normativa
<i>Obiettivo generale</i>	Riduzione del numero di aggressioni e del numero di relativi infortuni, miglioramento dei quadri di disagio lavorativo; individuazione delle aree a maggior rischio di eventi violenti
<i>Attività</i>	Le attività prevedono la registrazione delle schede di segnalazione, sopralluoghi, attività di formazione e addestramento di competenza del SPP, interventi di natura preventiva di carattere tecnico e ambientale, presa in carico psicologica
<i>Indicatori di risultato</i>	Numero di casi presi in carico / numero di casi di violenza segnalati \geq 90%

The background features several abstract, organic shapes in shades of teal and dark blue. A small dark blue circle is positioned in the upper center. A large, light teal shape is on the right side, and a dark blue shape is at the top right. On the left side, there is a light teal semi-circle at the top and a dark blue shape at the bottom. A large, light teal circle is at the bottom left, and a dark blue shape is at the bottom left. A light teal circle is on the right side, and a dark blue shape is at the bottom right.

Le schede di processo

Salute e Sicurezza

SCHEDA 23
Radioesposizione

<i>Ambito di intervento</i>	Salute e sicurezza degli operatori
<i>Tipologia</i>	Esposizione dalle radiazioni ionizzanti
<i>Normativa di riferimento</i>	Dlgs 101/20
<i>Tematiche correlate</i>	Sicurezza dei lavoratori e prevenzioni malattie professionali, sicurezza attrezzature radiologiche, radioterapeutiche e di medicina nucleare
<i>Responsabile/Referente del Processo</i>	Dott. Carlo Giordano, Direttore Fisica Sanitaria
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	Il flusso informativo ha origine dai dati trasmessi dal datore di lavoro all'Esperto di radioprotezione, inerente le attrezzature che emettono radiazioni ionizzanti e le mansioni dei lavoratori che sono coinvolti. Ne consegue che l'Esperto di Radioprotezione effettua la classificazione e la valutazione della dose ai lavoratori e comunica i risultati al Medico Autorizzato e al lavoratore stesso.
<i>Altri Flussi correlati</i>	Movimentazione lavoratori all'interno dell'Azienda. Idoneità medica da parte del Medico Autorizzato. Acquisto e dismissione apparecchi emittenti radiazioni ionizzanti.
<i>Valutazione del rischio</i>	Vengono effettuate periodicamente le relazioni art.109 Dlgs 101/20 (valutazione del rischio da radiazioni ionizzanti)
<i>Interventi effettuati nel periodo precedente</i>	In seguito alla pubblicazione del Dlgs 101/20 sono stati raccolti i dati ed effettuata la valutazione del rischio da radiazioni ionizzanti di tutta l'azienda. Sono stati adeguati i nulla osta di categoria B
<i>Empowerment dei cittadini</i>	Il cittadino è stato informato mediante poster in radiologia del livello delle dosi erogate al paziente in azienda.
<i>Giudizio complessivo</i>	Il sistema di controllo dell'assorbimento dosi ai lavoratori è robusto e presidiato attentamente.
<i>Obiettivo generale</i>	L'obiettivo generale è la prevenzione dei rischi da radiazioni ionizzanti.
<i>Attività</i>	Le attività sono la gestione dal punto di vista protezionistico delle attrezzature, la gestione della dosimetria dei lavoratori, la gestione autorizzativa dell'impiego delle radiazioni ionizzanti (comunicazioni di pratica, nulla osta, sito ISIN, sito INAIL)

Indicatori di risultato

Controllo di tutte le apparecchiature, di tutte le sorgenti e di tutti i radioisotopi.
Sorveglianza dei lavoratori.

SCHEDA 24
Monitoraggio ambientale gas anestetici

<i>Ambito di intervento</i>	Salute e sicurezza degli operatori
<i>Tipologia</i>	Monitoraggi ambientali gas anestetici
<i>Normativa di riferimento</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ DECRETO LEGISLATIVO 9 aprile 2008 , n. 81 - Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro; ➤ American Conference of Governmental Industrial Hygienists (ACGIH)
<i>Tematiche correlate</i>	Salute e sicurezza dei lavoratori; sicurezza dei pazienti; valutazione dei rischi
<i>Responsabile/Referente del Processo</i>	Dr. Giampietro Scaglione – RSPP e Medico Competente Coordinatore U.O.C. Servizio di Prevenzione e Protezione
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	Il monitoraggio ambientale dei gas anestetici viene eseguito in continuo 365 giorni/anno ed è rappresentativo dell'esposizione degli operatori nei diversi turni di lavoro. Viene eseguito da una ditta esterna, la quale comunica attraverso un portale dedicato gli esiti del monitoraggio stesso. A tale portale accedono tutte le parti coinvolte.
<i>Altri Flussi correlati</i>	Sorveglianza sanitaria. Sopralluoghi mirati.
<i>Valutazione del rischio</i>	Revisione documento di valutazione dei rischi ex. D.lgs 81/2008.
<i>Interventi effettuati nel periodo precedente</i>	Valutazione del rischio chimico con utilizzo del metodo INRS (<i>Institut National de Recherche et de Sécurité</i>)
<i>Empowerment dei cittadini</i>	Il progetto per caratteristiche tecniche non si presta ad essere divulgato ai cittadini
<i>Giudizio complessivo</i>	Rispetto dei contenuti del percorso di valutazione del rischio e misure correttive nella normativa cogente.
<i>Obiettivo generale</i>	Sicurezza dei luoghi di lavoro
<i>Attività</i>	Sorveglianza sanitaria. Sopralluoghi. Interfaccia Dirigenti e Preposti per acquisizione dati specifici.
<i>Indicatori di risultato</i>	N° di NC segnalate/N° di NC prese in carico ≥ 90%

The page features several abstract, organic shapes in various shades of teal and blue. In the top right, there is a large, light teal shape and a smaller dark teal circle. In the bottom left, there is a large dark teal shape and a light teal circle. A medium-sized light teal circle is located in the bottom right. The text is centered on the page.

Le schede di processo

Anticorruzione e
percorso Attuativo
Certificabilità

SCHEDA 25
Benessere organizzativo

<i>Ambito di intervento</i>	salute e sicurezza degli operatori
<i>Tipologia</i>	Salute e Sicurezza degli Operatori in ambito sanitario Percorso di valutazione e aggiornamento dello Stress Lavoro correlato (SLC)
<i>Normativa riferimento</i> di	<ol style="list-style-type: none"> 1) D.Lgs. 81/08 - art.28 comma 1 bis 2) Regione Emilia-Romagna – Bollettino Ufficiale: Deliberazione della Giunta Regionale 19 luglio 2021, N. 1141, Approvazione delle Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie per l’area “Psicologia clinica della salute e di comunità” e definizione del monitoraggio relativo all’applicazione delle linee stesse nell’ambito del territorio regionale 3) INAIL La metodologia per la valutazione e gestione del rischio Stress Lavoro correlato. Modulo contestualizzato al settore sanitario, Collana Ricerche, marzo 2022
<i>Tematiche correlate</i>	Rischi psicosociali: rischio Stress Lavoro correlato, rischio violenza nei confronti degli operatori sanitari Promozione del Benessere organizzativo e individuale
<i>Responsabile/Referente del Processo</i>	Dr. Giampietro Scaglione – RSPP e Medico Competente Coordinatore - U.O.C. Servizio di Prevenzione e Protezione
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>	Compilazione di questionari specifici per la valutazione del rischio Stress Lavoro correlato rivolti a tutto il personale sanitario, previo accordo con i Direttori e i Coordinatori delle U.O. coinvolte. Elaborazione e analisi da parte del Medico competente e Psicologo del lavoro dei dati, con conseguente profilazione del grado di rischio SLC rilevato e successiva restituzione al Datore di Lavoro e ai lavoratori stessi.
<i>Altri Flussi correlati</i>	Realizzazione di focus-group, analisi degli eventi sentinella, attività di sorveglianza sanitaria da parte del Medico competente, presa in carico di singoli casi da parte dello Psicologo del lavoro
<i>Valutazione del rischio</i>	Valutazione del rischio Stress Lavoro correlato in ottemperanza al D.Lgs. 81/08 - art.28 comma 1 bis
<i>Interventi effettuati nel periodo precedente</i>	Aggiornamento periodico della valutazione rischio Stress Lavoro correlato all’interno del Documento di Valutazione dei Rischi (DVR)
<i>Empowerment dei cittadini</i> di	Rischio/interfaccia terzi
<i>Giudizio complessivo</i>	Rispetto dei percorsi valutativi e formativi (cogenza normativa)

Obiettivo generale

Identificare e graduare le Aree a maggior rischio Stress Lavoro correlato, implementare azioni di prevenzione e gestione di tale rischio, valorizzare il Benessere organizzativo

Attività

Le attività prevedono una fase di raccolta dati tramite questionari e realizzazione di focus-group da parte del Medico competente e dello Psicologo del lavoro, l'analisi e la successiva restituzione dei risultati ottenuti, l'implementazione di percorsi per la gestione di tale rischio

Indicatori di risultato

n° incontri effettuati/n° incontri programmati => 90%

SCHEDA 26
Trasparenza e anticorruzione

<i>Ambito intervento</i>	<i>di</i>	Trasparenza e prevenzione corruzione
<i>Tipologia</i>		Sicurezza dei Professionisti e dei Pazienti
<i>Normativa riferimento</i>	<i>di</i>	l.190/2012 e smi e DLgs. 33/2013
<i>Tematiche correlate</i>		ricadute sull'attività della P.A. che la violazione (o la sottovalutazione) delle normative sulla trasparenza possono generare, quali ad esempio: il rischio di parzialità della P.A., la perdita dell'integrità dei dipendenti pubblici e la conseguente opacità delle procedure
<i>Responsabile Processo</i>		Dott.ssa Miriam Bisagni Responsabile UOSD Supporto alla gestione di trasparenza, anticorruzione e privacy
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>		Raccolta delle dichiarazioni conflitto d'interesse, raccolta segnalazioni di imparzialità, di condizioni a rischio per interessi secondari prevalenti. Monitoraggio obblighi di trasparenza.
<i>Altri Flussi correlati</i>		Non vi sono altri flussi correlati
<i>Valutazione del rischio</i>	<i>del</i>	<p>I rischi d'imparzialità e conflitto d'interessi vengono valutati nel board aziendale per l'anticorruzione e l'integrità, costituito con delibera n. 144 del 31.03.23 che ha i seguenti compiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - proporre alla Direzione Aziendale gli ambiti su cui orientare le misure di prevenzione, le azioni di contrasto della corruzione e le azioni sospette di riciclaggio, individuando le aree prioritarie di intervento; - favorire l'applicazione di strumenti di analisi e valutazione del rischio corruttivo e di rilevazione di situazioni di conflitto d'interesse (anche potenziale) nelle diverse articolazioni aziendali; - essere di supporto alle strutture aziendali e rendere operativi i momenti di controllo e monitoraggio interni per verificare il livello di attuazione di quanto programmato e previsto dalla normativa; - proporre e mettere in campo azioni formative ed informative sui temi dell'anticorruzione, dell'integrità e dell'etica pubblica; - facilitare l'integrazione e la coerenza delle azioni attivate a livello aziendale sui temi di competenza, coinvolgendo i servizi interessati. <p>Valutazione OIV monitoraggio trasparenza</p>

<i>Interventi effettuati nel periodo precedente</i>	Audit, report dei flussi informativi, formazione informazione.
<i>Empowerment dei cittadini</i>	Non sono state intraprese azioni specifiche con ricaduta sui pazienti
<i>Giudizio complessivo</i>	Migliorare la consapevolezza dei professionisti delle situazioni di conflitto d'interesse e diseguità
<i>Obiettivo generale</i>	Diffondere una cultura dell'integrità, sviluppare percorsi formativi sul conflitto d'interesse e il codice del comportamento
<i>Attività</i>	Percorso formativo sul codice del comportamento e conflitto d'interesse e del Board aziendale
<i>Indicatori risultato</i>	<p>% di progetti PNRR con check list di valutazione conformità alle tempistiche e procedure previste.</p> <p>% di richieste di accesso civico semplice</p> <p>% di richieste di accesso Foia sui progetti PNRR</p>

SCHEDA 27
Percorso attuativo della certificabilità

<i>Ambito intervento</i>	<i>di</i>	Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci delle Aziende Sanitarie.
<i>Tipologia</i>		Percorso atto a garantire l'accertamento della qualità delle procedure amministrativo-contabili sottostanti alla corretta contabilizzazione dei fatti aziendali, nonché la qualità dei dati contabili.
<i>Normativa riferimento</i>	<i>di</i>	Decreti Ministeriali 17 settembre 2012 e 1 marzo 2013. DGR n.865 del 24 giugno 2013 DGR n.150 del 23 febbraio 2015 DGR n. 1562 del 16 ottobre 2017
<i>Tematiche correlate</i>		Mappatura dei processi aziendali declinati per aree di bilancio. Le procedure PAC mappano i processi evidenziando le responsabilità in termini di separazione delle funzioni, tracciabilità delle informazioni, correttezza e verificabilità dei dati relativamente alle seguenti aree: <ul style="list-style-type: none"> • Requisiti generali; • Patrimonio netto; • Immobilizzazioni; • Rimanenze; • Crediti/ricavi; • Debiti/Costi; • Disponibilità liquide.
<i>Responsabile Processo</i>		Dott.ssa Antonella Antonioni
<i>Descrizione del Flusso informativo</i>		<ul style="list-style-type: none"> • Diffusione linee guida regionali; • Gruppi di lavoro multidisciplinari per analisi linee guida regionali e definizione procedure aziendali; • Budget di UO con inserimento obiettivi PAC; • Analisi dei rischi e dei relativi punti di controllo; • Elaborazione e compilazione di checklist; • Stesura procedure aziendali con approvazione del Direttore Amministrativo, del Direttore UO Bilancio e del Direttore UO Qualità e Formazione; • Pubblicazione su intranet aziendale accessibile a tutto il personale dipendente.
<i>Altri Flussi correlati</i>		L'attività del PAC è stata la base di partenza per l'attività del Gruppo aziendale di audit interno istituito con Delibera del DG n. 300 del 16/11/2018 e aggiornato con DG n. 419 del 23/12/2019.

<i>Valutazione del rischio</i>	<p>Analisi del rischio di tipo amministrativo-contabile fatta in collaborazione con le UUOO di supporto (acquisti, tecnico, sistemi informativi, controllo di gestione) sulla base della matrice delle responsabilità presente in ogni singola procedura. I rischi presidiati sono principalmente quelli di reporting e di compliance.</p>
<i>Interventi effettuati nel periodo precedente</i>	<p>Ai fini del controllo dell'applicazione delle procedure PAC sono state effettuate revisioni limitate da parte del Collegio Sindacale dell'Azienda e vengono compilate annualmente in sede di bilancio consuntivo le checklist di controllo dai responsabili delle procedure.</p>
<i>Empowerment dei cittadini</i>	<p>Il progetto non si presta per caratteristiche tecniche ad essere divulgato e diffuso ai cittadini</p>
<i>Giudizio complessivo</i>	<p>Il Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) si è concluso nel rispetto delle azioni e della tempistica previste dalle disposizioni nazionali e regionali; l'Azienda ha superato con giudizio positivo le Revisioni Limitate effettuate dal Collegio Sindacale.</p> <p>Con determina n. 24526 del 23/12/2021 avente ad oggetto "Costituzione della "Cabina di Regia PAC" per l'aggiornamento delle Linee Guida Regionali del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) di cui alle deliberazioni di Giunta Regionale n. 1562/2017 e n.2119/2017" è stata istituita la Cabina di Regia PAC con i seguenti compiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • definizione dei criteri, dei principi e della metodologia di lavoro; • pianificazione e organizzazione delle attività finalizzate all'aggiornamento del PAC per adeguamenti normativi; • pianificazione e organizzazione delle attività finalizzate all'aggiornamento del PAC alla luce dell'implementazione a livello regionale del sistema informativo unico per la Gestione dell'Area Amministrativo Contabile (GAAC); • l'individuazione ed il coordinamento dei Gruppi di lavoro operativi necessari per sviluppare specifiche aree tematiche; • l'approvazione degli elaborati predisposti dai Gruppi medesimi e la verifica della loro applicabilità. <p>Con nota Prot. 27/06/2023.0620713.U ad oggetto "Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) - costituzione gruppi di lavoro" è stata definita dalla Cabina di Regia PAC la programmazione dei lavori per l'anno 2023 individuando i seguenti argomenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aggiornamento della Linea Guida PAC riguardante l'area del Ciclo Passivo (Debiti-Costi) con particolare riferimento ai processi definiti in relazione all'implementazione del sistema unico per la Gestione dell'Area Amministrativo Contabile (GAAC); • Proseguimento delle attività di aggiornamento della Linea Guida "Piano dei Conti"; • Aggiornamento del manuale delle procedure utilizzate dalla Gestione

	<p>sanitaria accentrata (GSA);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisione Linea Guida PAC riguardante l'area "I fondi per rischi ed oneri e per trattamento di fine rapporto" in relazione al trattamento contabile dell'art. 113 del D. Lgs 50/2016 e s.m.i. alla luce del nuovo codice degli appalti. <p>A tal fine sono stati individuati Gruppi di lavoro per aree tematiche, formati da personale aziendale, da Presidenti di Collegio sindacale, da personale regionale, in grado di assicurare il supporto specialistico necessario per sviluppare le diverse aree contabili.</p>
<i>Obiettivo generale</i>	Garantire la certificabilità del bilancio dell'Azienda.
<i>Attività</i>	<p>L'Azienda svolge regolarmente le seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> • applicazione delle Linee Guida regionali; • partecipazione alla Cabina di Regia PAC; • partecipazione ai gruppi di lavoro operativi necessari per l'aggiornamento delle Linee Guida regionali; • rafforzamento dei controlli operativi connessi alle fasi di predisposizione del bilancio di esercizio e dei documenti a corredo.
<i>Indicatori risultato</i>	<i>di</i> Checklist di controllo compilate e sottoscritte dai responsabili delle procedure a consuntivo di ogni esercizio.

6. INDICATORI

Di seguito vengono riportati gli indicatori dell'anno 2023 presenti nelle 28 SCHEDE con i relativi valori raggiunti.

SCHEDA	TITOLO	INDICATORI	RESPONSABILE	ESITO
1	SEGNALAZIONE GESTIONE EVENTI	N° di eventi segnalati con Livello 4	Giuseppe Arcari	9
1	SEGNALAZIONE GESTIONE EVENTI	N° di eventi segnalati con Livello 5	Giuseppe Arcari	2
1	SEGNALAZIONE GESTIONE EVENTI	N° di eventi segnalati con Livello 6	Giuseppe Arcari	1
1	SEGNALAZIONE GESTIONE EVENTI	N° di eventi segnalati con Livello 7	Giuseppe Arcari	0
1	SEGNALAZIONE GESTIONE EVENTI	N° di eventi segnalati con Livello 8	Giuseppe Arcari	4
1	SEGNALAZIONE GESTIONE EVENTI	N° totale eventi segnalati	Giuseppe Arcari	114
2	FORMAZIONE E INFORMAZIONE PER LA SICUREZZA DELLE CURE	Numero corsi effettuati / anno <i>espresso in edizioni</i>	Serena Caprioli	44
2	FORMAZIONE E INFORMAZIONE PER LA SICUREZZA DELLE CURE	Numero operatori formati / anno <i>espresso in accessi</i>	Serena Caprioli	1.067
3	ADESIONE INIZIATIVE AGENAS	AdeSIONE al monitoraggio AGENAS nei tempi richiesti	Giuseppe Arcari	100%
3	ADESIONE INIZIATIVE AGENAS	AdeSIONE alla Call for Good Practice nei tempi richiesti	Giuseppe Arcari	100%
4	PREVENZIONE DELLE CADUTE	Eventi formativi rivolti ai referenti per le cadute di U.O. >=1	Giuliana Masera	1

4	PREVENZIONE DELLE CADUTE	Stesura e diffusione del PAPC 2023 da parte del gruppo multidisciplinare di recente ricostituzione	Giuliana Masera	95%
4	PREVENZIONE DELLE CADUTE	N° Audit formativi /residenziali accreditati ECM rivolti agli operatori >= 9	Giuliana Masera	9
4	PREVENZIONE DELLE CADUTE	Evidenza di iniziative di sensibilizzazione al fenomeno delle cadute rivolte al territorio >1	Giuliana Masera	5
5	SERVIZIO IMMUNO TRASFUSIONALE	n° di reazioni trasfusionali imputabili/ N° reazioni trasfusionali	Maria Mariano	10
5	SERVIZIO IMMUNO TRASFUSIONALE	n° Look back/ n° donazioni	Maria Mariano	0
5	SERVIZIO IMMUNO TRASFUSIONALE	n° di NC gravi gestite/n° di NC gravi raccolte	Maria Mariano	0
5	SERVIZIO IMMUNO TRASFUSIONALE	n° near miss RICEVUTI/ n° di richieste trasfusionali	Maria Mariano	0
5	SERVIZIO IMMUNO TRASFUSIONALE	n° near miss RILEVATI/ n° di richieste trasfusionali	Maria Mariano	1
6	VISITARE	numero di visite eseguite / n° visite pianificate	M.Grazia Procopio	100%
7	Near Miss Ostetrici, morte materna e morte perinatale	Significant Event Audit per ciascun evento segnalato (target 100%).	Renza Bonini Mariacristina Ottoboni	90%
7	Near Miss Ostetrici, morte materna e morte perinatale	Evidenza di monitoraggio interno dei casi di near miss ostetrici sulla base del flusso SDO	Renza Bonini Mariacristina Ottoboni	90%
7	Near Miss Ostetrici, morte materna e morte perinatale	N° casi di near miss ostetrici, di morte materna e di morte perinatale segnalati = N° di casi rilevati	Renza Bonini Mariacristina Ottoboni	100%
8	SSCL TC	Percentuale check list non conformi < 35%	M.Grazia Procopio	60,43%
9	SSCL 776	%percentuale di non conformità < 10%	M.Grazia Procopio	20,35%
10	OssERvare	numero schede compilate / numero schede richieste da RER	M.Grazia Procopio	129/30

11	FARMACOVIGILANZA VACCINOVIGILANZA	Numero segnalazioni per tot vaccinati	Alessandra Melfa	12
12	FARMACOVIGILANZA POLIFARMACO	n totale di tp MODIFICATE a seguito di Probabili interazioni farmacologiche/ n. totale di tp con Probabili interazioni farmacologiche	M.Cristina Granelli	45
12	FARMACOVIGILANZA POLIFARMACO	n. tp pz dializzati con Probabili interazioni farmacologiche/ n. totale di tp pz dializzati	M.Cristina Granelli	0
13	DISPOSITIVOVIGILANZA	N. segnalazioni di incidente con dispositivi medici /tot ricoveri annui	Francesca Carini	0
13	DISPOSITIVOVIGILANZA	N. segnalazioni di incidente con dispositivi medici x 10.000 ricoveri	Francesca Carini	0,37
14	Contenzioni	Numero di edizioni al corso di formazione in presenza su prevenzione e gestione della contenzione in ospedale >= 1	Giuliana Masera	1
14	Contenzioni	Numero di Audit effettuati in ambito psichiatrico rivolti alla contenzioni attuate superiore alle 12 ore >= 2	Giuliana Masera	10
14	Contenzioni	Evidenza documentale di sensibilizzazione e partecipazione alle iniziative di formazione regionale sul tema della prevenzione e corretta gestione della contenzione in ospedale	Giuliana Masera	90%
15	LESIONI DA PRESSIONE	Evidenza di documenti di sensibilizzazione a partecipare alle iniziative di formazione regionale sul tema della prevenzione e corretta gestione delle lesioni da pressione	Patrizia Dorsi	0
15	LESIONI DA PRESSIONE	N° edizioni di corso di formazione residenziale e sul campo "gestione infermieristica dell'utente con piede diabetico " >= 2	Patrizia Dorsi	2
15	LESIONI DA PRESSIONE	N° edizioni di corso di formazione residenziale "valutazione e categorizzazione delle lesioni da pressione" >= 4	Patrizia Dorsi	2
15	LESIONI DA PRESSIONE	N° edizioni di corso di formazione sul campo rivolto all' Osservatorio sulle LDP "Affrontare casi	Patrizia Dorsi	7

		complessi" >= 5		
16	PREVENZIONE E CONTROLLO EVENTI EPIDEMICI	numero di isolamenti effettuati correttamente/numero di casi positivi individuati = 1	Franco Federici	1
17	LEGIONELLA	numero campionamenti positivi/numero campionamenti effettuati	Franco Federici Valerio Tagliaferri	12 / 618
18	SICHER	N. procedure ICD9-CM sorvegliate in SICHER / N. procedure ICD9-CM da sorvegliare secondo il protocollo SICHER presenti in SDO > 75%	Maria Grazia Silvotti	83,40%
19	IGIENE DELLE MANI	Consumo (in litri) di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani per 1.000 giornate di degenza = > 30 litri per 1.000 giornate di degenza	Maria Grazia Silvotti	38,96
20	SINISTRI	% sinistri con intervallo di tempo tra apertura e registrazione <=15 giorni;	Ornella Cereghino	100
20	SINISTRI	% sinistri con intervallo di tempo tra apertura e registrazione <=15 giorni;	Ornella Cereghino	100
20	SINISTRI	% sinistri con intervallo di tempo tra apertura e determinazione CVS <=180 giorni	Ornella Cereghino	93,5
20	SINISTRI	Tasso di sinistrosità per 10.000 ricoveri	Ornella Cereghino	4,63
21	INFORTUNI	Numero di casi presi in carico / numero di casi segnalati ≥ 90%	Giampietro Scaglione	100%
22	MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI	N° sopralluoghi effettuati/n° U.O. dotate di sistemi a binario ≥ 90%	Giampietro Scaglione	94%
23	VIOLENZA CONTRO GLI OPERATORI	Numero di sopralluoghi effettuati / numero di casi di violenza fisica segnalati ≥ 90%	Giampietro Scaglione	91%

24	RADIOESPOSIZIONE	Controllo di tutte le apparecchiature, di tutte le sorgenti e di tutti i radioisotopi. Sorveglianza dei lavoratori.	Giampietro Scaglione	100%
25	MONITORAGGI AMBIENTALE GAS ANESTETICI	n. di NC/ N tot di campionamenti > =90%	Giampietro Scaglione	100%
26	BENESSERE ORGANIZZATIVO	n° incontri effettuati/n° incontri programmati => 90%	Giampietro Scaglione	100%
27	TRASPARENZA	% dichiarazioni conflitto d'interessi raccolte	Miriam Bisagni	90
27	TRASPARENZA	% dipendenti formati sul conflitto d'interesse e codice del comportamento	Miriam Bisagni	412
27	TRASPARENZA	% annuale assolvimento obblighi di trasparenza	Miriam Bisagni	100
28	PAC	Checklist di controllo compilate e sottoscritte dai responsabili delle procedure a consuntivo di ogni esercizio.	Antonella Antonioni	86%

Indicatori anno 2024

SCHEDA	TITOLO	INDICATORI	RESPONSABILE	ESITO
1	SEGNALAZIONE GESTIONE EVENTI	N° tot eventi segnalati	Giuseppe Arcari	
1	SEGNALAZIONE GESTIONE EVENTI	N° di eventi segnalati con Livello 8/ tot eventi segnalati*100	Giuseppe Arcari	
2	FORMAZIONE E INFORMAZIONE PER LA SICUREZZA DELLE CURE	Numero corsi aziendali con le parole chiave specifiche (ICA, Antibioticoresistenza, Antisepsi/disinfezione/sterilizzazione, Igiene ambientale) / anno	Serena Caprioli	
2	FORMAZIONE E INFORMAZIONE PER LA SICUREZZA DELLE CURE	Numero edizioni corsi PNRR infezioni ospedaliere effettuati (residenziale e FSC)/ anno	Serena Caprioli	
2	FORMAZIONE E INFORMAZIONE PER LA SICUREZZA DELLE CURE	Numero operatori corsi PNRR infezioni ospedaliere formati / anno	Serena Caprioli	
3	ADESIONE INIZIATIVE AGENAS	Adesione al monitoraggio AGENAS nei tempi richiesti	Giuseppe Arcari	
3	ADESIONE INIZIATIVE AGENAS	Adesione alla Call for Good Practice nei tempi richiesti	Giuseppe Arcari	
4	PREVENZIONE DELLE CADUTE	Eventi formativi rivolti ai referenti per le cadute di U.O. >=1	Manchi Katia	
4	PREVENZIONE DELLE CADUTE	Incontri con il gruppo multidisciplinare PAPC >=2	Manchi Katia	
4	PREVENZIONE DELLE CADUTE	N° Audit formativi /residenziali accreditati ECM rivolti agli operatori >= 9	Manchi Katia	
4	PREVENZIONE DELLE CADUTE	Evidenza di iniziative di sensibilizzazione al fenomeno delle cadute rivolte al territorio >1	Manchi Katia	

5	SERVIZIO IMMUNO TRASFUSIONALE	n° di reazioni trasfusionali imputabili/ N° reazioni trasfusionali	Romeo Francesco	
5	SERVIZIO IMMUNO TRASFUSIONALE	n° Look back/ n° donazioni	Romeo Francesco	
5	SERVIZIO IMMUNO TRASFUSIONALE	n° di NC gravi gestite/n° di NC gravi raccolte	Romeo Francesco	
5	SERVIZIO IMMUNO TRASFUSIONALE	n° near miss RICEVUTI/ n° di richieste trasfusionali	Romeo Francesco	
5	SERVIZIO IMMUNO TRASFUSIONALE	n° near miss RILEVATI/ n° di richieste trasfusionali	Romeo Francesco	
6	VISITARE	numero di visite eseguite / n° visite pianificate=100%	M.Grazia Procopio	
7	Near Miss Ostetrici, morte materna e morte perinatale	% di parti cesarei nella 1° classe di Robson	Renza Bonini Mariacristina Ottoboni	
7	Near Miss Ostetrici, morte materna e morte perinatale	% di parti cesari primari in strutture con 1.000 parti e oltre l'anno.	Renza Bonini Mariacristina Ottoboni	
7	Near Miss Ostetrici, morte materna e morte perinatale	% neonati a termine con ricorso a manovre di rianimazione	Renza Bonini Mariacristina Ottoboni	
7	Near Miss Ostetrici, morte materna e morte perinatale	% di neonati a termine per punteggio APGAR <7 A 5 minuti	Renza Bonini Mariacristina Ottoboni	
8	SSCL TC	Percentuale check list non conformi < 35%	M.Grazia Procopio	
9	SSCL 776	% di check list con almeno una non conformità segnalata nella scheda 776/B	M.Grazia Procopio	
10	OssERvare	numero schede compilate / numero schede richieste da RER*100	M.Grazia Procopio	
11	FARMACOVIGILANZA POLIFARMACO	N. reazione avverse notificate su pz ricoverati/Tot pz dimesi annuo	M.Cristina Granelli	
12	DISPOSITIVOVIGILANZA	N. segnalazioni di incidente con dispositivi medici x 10.000 ricoveri	Francesca Carini	

13	Contenzioni	Numero di edizioni al corso di formazione in presenza su prevenzione e gestione della contenzione in ospedale ≥ 1	Giuliana Masera	
13	Contenzioni	Numero di Audit effettuati in ambito psichiatrico rivolti alla contenzioni attuate superiore alle 12 ore ≥ 2	Giuliana Masera	
13	Contenzioni	Evidenza documentale di sensibilizzazione e partecipazione alle iniziative di formazione regionale sul tema della prevenzione e corretta gestione della contenzione in ospedale	Giuliana Masera	
14	LESIONI DA PRESSIONE	N° edizioni di corso di formazione residenziale e sul campo "gestione infermieristica dell'utente con piede diabetico" ≥ 2	Patrizia Dorsi	
14	LESIONI DA PRESSIONE	N° edizioni di corso di formazione residenziale "valutazione e categorizzazione delle lesioni da pressione" ≥ 4	Patrizia Dorsi	
14	LESIONI DA PRESSIONE	N° edizioni di corso di formazione sul campo rivolto all' Osservatorio sulle LDP "Affrontare casi complessi" ≥ 5	Patrizia Dorsi	
14	LESIONI DA PRESSIONE	N° edizioni corso di formazione base sulle lesioni cutanee, sulla loro valutazione attraverso il TIME, e sulla gestione del fondo di lesione con la wbp (wound bed preparation) ≥ 2	Patrizia Dorsi	
15	PREVENZIONE E CONTROLLO EVENTI EPIDEMICI	numero di isolamenti effettuati correttamente/numero di casi positivi individuati = 1	Franco Federici	
16	LEGIONELLA	numero campionamenti positivi/numero campionamenti effettuati	Franco Federici Valerio Tagliaferri	

17	SICHER	N. procedure ICD9-CM sorvegliate in SICHER / N. procedure ICD9-CM da sorvegliare secondo il protocollo SICHER presenti in SDO > 75%	Maria Grazia Silvotti	
18	IGIENE DELLE MANI	Consumo (in litri) di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani per 1.000 giornate di degenza = > 30 litri per 1.000 giornate di degenza	Maria Grazia Silvotti	
19	SINISTRI	% sinistri con intervallo di tempo tra apertura e registrazione <=15 giorni;	Ornella Cereghino	
19	SINISTRI	% sinistri con intervallo di tempo tra apertura e registrazione <=15 giorni;	Ornella Cereghino	
19	SINISTRI	% sinistri con intervallo di tempo tra apertura e determinazione CVS <=180 giorni	Ornella Cereghino	
19	SINISTRI	Tasso di sinistrosità per 10.000 ricoveri	Ornella Cereghino	
20	INFORTUNI	Numero di casi presi in carico / numero di casi segnalati ≥ 90%	Giampietro Scaglione	
21	MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI	N° operatori presentati al corso di Formazione/N° operatori convocati ≥ 90%	Giampietro Scaglione	
22	VIOLENZA CONTRO GLI OPERATORI	Numero di casi presi in carico / numero di casi di violenza segnalati ≥ 90%	Giampietro Scaglione	
23	RADIOESPOSIZIONE	Controllo di tutte le apparecchiature, di tutte le sorgenti e di tutti i radioisotopi. Sorveglianza dei lavoratori.	Carlo Giordano	
24	MONITORAGGI AMBIENTALE GAS ANESTETICI	n. di NC/ N tot di campionamenti > =90%	Giampietro Scaglione	
25	BENESSERE ORGANIZZATIVO	n° incontri effettuati/n° incontri programmati => 90%	Giampietro Scaglione	

26	TRASPARENZA	% di progetti PNRR con check list di valutazione conformità alle tempistiche e procedure previste.	Miriam Bisagni	
26	TRASPARENZA	% di richieste di accesso civico semplice	Miriam Bisagni	
26	TRASPARENZA	% di richieste di accesso Foia sui progetti PNRR	Miriam Bisagni	
27	PAC	Checklist di controllo compilate e sottoscritte dai responsabili delle procedure a consuntivo di ogni esercizio.	Antonella Antonioni	

7. I PROGETTI AZIENDALI

Nel PPSC del 2023 erano stati presentati alcuni progetti aziendali ritenuti coerenti con l'andamento delle attività aziendali in tema di sicurezza delle cure.

Per ciascun progetto, come indicato nelle Linee Regionali e compatibilmente con il tipo di attività descritta, erano stati esplicitati i seguenti aspetti peculiari:

- processo a cui il progetto fa riferimento
- il responsabile del progetto
- obiettivi
- i destinatari
- i diversi soggetti interessati/attori/partner
- le azioni che dovranno essere svolte
- i metodi e gli strumenti e che si intendono adottare e che sono funzionali allo svolgimento delle attività e al raggiungimento degli obiettivi
- la possibilità di diffusione del progetto ad altri ambiti/aree/settori.
- indicatori
- diagramma di Gantt

Ad oggi alcuni di questi progetti sono conclusi, mentre altri sono tuttora in corso. Quella che segue è una sintesi dello stato dell'arte dei progetti aziendali.

7.1 PROGETTO LA CONTA GARZE IN SALA OPERATORIA: INTRODUZIONE DI UNA NUOVA SCHEDA

Obiettivo

L'obiettivo del progetto era quello di rendere più sicuro il conteggio delle garze nella fase chirurgica, identificando le garze nelle seguenti categorie: aperte, utilizzate e rese. Si è introdotto uno strumento creato ad hoc che ha implementato la sicurezza durante la fase chirurgica.

Destinatari

Il progetto era rivolto ai comparti operatori dell'Ausl di Piacenza: Presidio Ospedaliero di Piacenza e Presidio Ospedaliero di Castel San Giovanni.

Unità Operative coinvolte nel progetto

La realizzazione del progetto vede la partecipazione di tutto il personale infermieristico che opera c/o il comparto operatorio dell'Ausl di Piacenza. Accanto al personale infermieristico è prevista la costante collaborazione del personale medico delle UU.OO. chirurgiche.

Metodi e strumenti

E' stato eseguito un Audit con la partecipazione di un team multidisciplinare a seguito di un evento, durante l'incontro sono stati ascoltati gli operatori ed è stata condotta l'analisi dell'evento e, a seguito dello stesso, sono state proposte azioni di miglioramento riguardanti la modifica e l'integrazione della scheda conta garze e materiali. E' stata individuata una criticità "tecnica" nella scheda in uso, nella quale la rilevazione delle garze aperte e di quelle utilizzate non prevedeva uno step intermedio relativo alle garze "aperte ma non utilizzate". Questo elemento è stato ritenuto sostanziale nella causazione dell'evento ed ha portato alla realizzazione di un prototipo di scheda che tenesse conto delle tre diverse categorie di garze:

- chiuse,
- aperte ma non utilizzate,
- aperte ed utilizzate.

Con questo strumento che comporta una conta supplementare si ritiene si possano limitare gli errori.

Possibilità di diffusione del progetto ad altri ambiti/aree/settori

Il progetto sarà implementato all'interno dei comparti operatori dell'Azienda USL Piacenza.

Indicatori

n. scheda conta garze / n. interventi chirurgici eseguiti in comparto operatorio dell'Azienda USL Piacenza.

Aggiornamento 2024

Attualmente la scheda cartacea definitiva è stata realizzata, anche se il progetto ha subito alcuni ritardi dovuti alla realizzazione dei prodotti informatici. Per questo motivo la messa in funzione prevista per marzo 2024.

Una volta definiti i tempi di messa a regime della scheda informatizzata si testerà il suo utilizzo. Si stima di chiudere il progetto nella finestra temporale tra dicembre 2024 e gennaio 2025.

7.2 PROGETTO FORMATIVO (FAD) LA CARTELLA CLINICA: STRUMENTO DI LAVORO DEI PROFESSIONISTI SANITARI AI FINI DELLA GESTIONE DEL RISCHIO

Obiettivi

Gli obiettivi del corso sono i seguenti:

- acquisire la conoscenza dello strumento tecnico (sezioni/moduli della cartella clinica);
- stimolare la compilazione della cartella clinica in tutte le sue parti, rispettandone i requisiti di: veridicità, chiarezza, pertinenza, completezza e rintracciabilità;
- acquisire la consapevolezza del proprio ruolo e dovere deontologico;
- comprendere l'importanza del colloquio informativo e relativa acquisizione del consenso del paziente.

Destinatari

Il progetto è rivolto a tutti gli operatori sanitari dell'Azienda che concorrono alla redazione delle cartelle cliniche.

Unità Operative coinvolte nel progetto

La realizzazione del progetto vede il coinvolgimento di tutte le UU.OO. di produzione.

Metodi e strumenti

Il metodo formativo sarà quello della formazione a distanza. Si è scelta questa metodologia per avere la massima adesione da parte degli operatori. La FAD consentirà a tutti i discenti di poter scegliere tempi e modi della fruizione dell'evento.

Possibilità di diffusione del progetto ad altri ambiti/aree/settori

Il tipo di progetto e le modalità della sua realizzazione ne consentono la diffusione in ogni struttura aziendale.

Indicatori

Avvio del corso entro la fine del 2023.

Aggiornamento 2024

Il progetto è stato completato con la realizzazione delle registrazioni che si è conclusa in tempo utile per dare inizio al corso entro il 2023 come da programma.

Attualmente il corso è ancora presente nel catalogo aziendale, ad oggi hanno seguito il corso circa 160 operatori.

7.3 PROGETTO PER IL CONTRASTO ALLA VIOLENZA NEI CONFRONTI DEGLI OPERATORI DEL DSM: "IL CASO DEL CSM DI PIACENZA E DELLA COMUNITA' DI VIA BUOZZI DI PIACENZA"

Obiettivi

L'obiettivo principale era quello di rendere le strutture del DSM maggiormente sicure per gli operatori.

Destinatari

Il progetto era rivolto a due strutture afferenti il DSM: il Centro di Salute Mentale di Piacenza e la Comunità di Via BuoZZi in Piacenza. In entrambe le strutture si sono verificati casi di violenza nei confronti degli operatori che hanno dato il via al progetto nell'autunno del 2022.

Unità Operative coinvolte nel progetto

La realizzazione del progetto vede la partecipazione di diverse UU.OO. che per specifica competenza collaborano con il Risk Manager per la realizzazione delle azioni previste: Servizio Prevenzione e Protezione, U.O. Acquisizione Beni e Servizi, U.O. Lavori su strutture esistenti e impianti, Direzione Sanitaria, U.O. Risorse Umane,

Metodi e strumenti

La definizione degli interventi è stata il frutto di una serie di incontri con gli operatori delle due strutture che è iniziata con due incontri specifici sui casi di violenza verificatisi ed è proseguita con altre attività mirate alla definizione degli interventi da effettuare.

Una volta definiti gli interventi ed il loro ammontare economico, si è proceduto ad un confronto con la Direzione per la verifica della copertura economica.

Possibilità di diffusione del progetto ad altri ambiti/aree/settori

Il tipo di progetto e le modalità della sua realizzazione ne consentono la diffusione in ogni struttura aziendale, trattandosi di un percorso che prescinde dalla specificità delle Unità Operative coinvolte. Affrontare la violenza nei confronti degli operatori, pur nella naturale diversità di interventi in relazione alle strutture e alle specialità cliniche interessate, può essere esteso a molte altre realtà aziendali con percorsi analoghi a quello descritto.

Indicatori

Verifica della realizzazione degli interventi previsti

Aggiornamento 2024

Tutti gli interventi previsti sono stati realizzati nel corso del 2023 e dei primi mesi del 2024. Il leggero ritardo rispetto a quanto previsto è dipeso dalla necessaria cautela con la quale gli interventi sono stati realizzati all'interno di strutture in attività.

7.4 PROGETTO L'AUTOEFFICACIA NELLA PREVENZIONE: GESTIONE E MONITORAGGIO DEL RISCHIO IN SALA OPERATORIA

Obiettivi

L'obiettivo principale è quello di provvedere ad un'analisi rapida e condivisa delle segnalazioni che giungono all'attenzione del GRGR in modo tale da garantire una soluzione rapida ai rilievi meno critici. L'analisi sarà svolta direttamente dal personale di sala, su casi semplici e selezionati in accordo con il GRGR (che costituirà il Target A dell'indicatore). Una volta proposta la soluzione da parte degli operatori il GRGR dovrà approvarla o modificarla.

Destinatari

Il progetto è rivolto ai comparti operatori dell'Ausl di Piacenza: Presidio Ospedaliero di Piacenza e Presidio Ospedaliero di Castel San Giovanni.

Unità Operative coinvolte nel progetto

La realizzazione del progetto vede la partecipazione di tutto il personale infermieristico che opera c/o le sale operatorie dell'Ausl di Piacenza. Accanto al personale infermieristico è prevista la costante collaborazione del personale medico delle UU.OO. chirurgiche e del personale dell'U.O. Anestesia e Rianimazione.

Indicatori

Numero di casi target **A** risolti / Numero di casi target **A** segnalati

Aggiornamento 2024

Il progetto è stato ricalibrato a seguito dell'avvio dell'utilizzo della piattaforma SegnalEr. Sono stati effettuati alcuni incontri formativi con il personale di sala operatoria che proseguiranno per tutto il 2024. Si stima che il progetto potrà entrare a regime nella primavera del 2025.

8. I PIANI ALLEGATI

Al PPSC vengono allegati alcuni documenti ritenuti strategici al fine di rendere il quadro di riferimento più esaustivo possibile.

Si tratta di alcuni documenti aziendali che si inseriscono a pieno titolo nelle attività di gestione del rischio andando a governare aree di attività particolarmente sensibili e sulle quali l'attenzione dell'Azienda è massima:

- Allegato 1 Piano Prevenzione Violenza (PREVIOS)
- Allegato 2 Piano Rischio Infettivo
- Allegato 3 Piano Rischio Cadute (PAPC)

9 CONCLUSIONI

Il Piano Programma Sicurezza delle Cure assume un'importanza strategica nella gestione del rischio in quanto stabilisce interventi, attività e indicatori fondamentali per la programmazione e la pianificazione di tutte quelle determinanti che agiscono nel contenimento del rischio all'interno delle strutture sanitarie. Per questo motivo risulterà necessario monitorarne costantemente l'attuazione ed apportare i correttivi e le implementazioni che gli sviluppi della nostra attività e le esigenze degli operatori o degli utenti richiederanno.

Il lavoro di mantenimento e sviluppo del Piano dovrà necessariamente vedere la collaborazione di molte articolazioni aziendali per garantirne la piena aderenza alla realtà aziendale.

Ogni anno il Piano sarà valutato nella sua applicazione pratica e sulla base degli indicatori proposti, con la consapevolezza che si tratti di un documento che per sua natura non potrà mai essere statico ed immutabile, come non lo sono i rischi che cerchiamo ogni giorno di conoscere per governare.