



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

2019-2021

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA S.ANNA FERRARA





## Sommario

1. RIFERIMENTI NORMATIVI .....	4
2. PREMESSA .....	6
3. IL CONTESTO .....	7
3.1 Cosa facciamo (mission e vision aziendale) .....	8
3.2 Contesto socio demografico .....	9
3.3 Analisi del sistema di offerta in cui opera l’Azienda .....	10
4. IL PERSONALE .....	10
5. STRATEGIE AZIENDALI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO .....	11
5.1 Visione .....	11
6. LE VARIAZIONI RECENTI DEL CONTESTO ORGANIZZATIVO/OPERATIVO .....	13
7. MAPPATURA DEL RISCHIO: CONOSCENZA, MONITORAGGIO DEI PERICOLI E MISURAZIONE DEI RISCHI .....	15
8. OBIETTIVI GENERALI E SPECIFICI PER IL TRIENNIO 2019-2021 .....	17
8.1 Sicurezza del Paziente .....	17
8.1.1 Cultura della gestione del Rischio .....	17
8.1.2 Gestione del Rischio Infettivo .....	19
8.1.3 Sicurezza del paziente chirurgico .....	23
8.1.4 Gestione del Farmaco .....	26
8.1.5 Prevenzione, gestione e segnalazione delle cadute accidentali .....	28
8.1.6 Sicurezza del processo di gestione della trasfusione di sangue ed emocomponenti .....	29
8.1.7 Raccomandazioni ministeriali e regionali per la prevenzione degli eventi avversi .....	30
8.1.8 Gestione dei Sinistri .....	31
8.1.9 Corretta gestione della documentazione sanitaria .....	32
8.2 Sicurezza dell’operatore .....	32

**Alla stesura del documento hanno collaborato:**

- ❖ Risk Manager – Direzione Medica
- ❖ Acquari
- ❖ Direzione delle Professioni
- ❖ Igiene Ospedaliera
- ❖ Medicina Legale Ospedaliera
- ❖ Farmacia Ospedaliera
- ❖ Servizio di Immunoematologia e TrASFusionale
- ❖ Servizio Prevenzione e Protezione

## 1. RIFERIMENTI NORMATIVI

- Legge Regionale 12 ottobre 1998, n. 34 “Norme in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private in attuazione del D.P.R. 14 gennaio 1997, nonché di funzionamento di strutture pubbliche e private che svolgono attività socio-sanitaria e socio-assistenziale”, con i successivi provvedimenti attuativi fino a Delibera di giunta n, 327/2004;
- DPCM del 29 novembre 2001 “Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza”;
- Legge Regionale 23 dicembre 2004, n. 29 “Norme generali sull’organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale e sim;
- Delibera R.E.R. n. 86 del 30.01.2006 “Direttiva alle Aziende sanitarie per l’adozione dell’atto aziendale”;
- Decreto del Ministero della Salute del 10 gennaio 2007 di Istituzione del Sistema Nazionale di Riferimento per la Sicurezza dei Pazienti;
- Ministero della Salute – “Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: Manuale per la formazioni degli operatori sanitari” – 22 maggio 2007;
- Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure – Intesa del 20 marzo 2008 ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131;
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 in materia di tutela della salute e della salute e della tutela nei luoghi di lavoro, e successive Disposizioni integrative e correttive apportate dal decreto legislativo 3 agosto 2009, n. 106, e dell’art. 39 della legge 7 luglio 2009, n. 8;
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociale; Dipartimento della Qualità Direzione Generale della programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema Ufficio III “Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e checklist” – Ottobre 2009;
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociale; Dipartimento della Qualità Direzione Generale della programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema Ufficio III Osservatorio Nazionale sugli eventi sentinella “Protocollo di Monitoraggio degli Eventi Sentinella – 2° Rapporto” – ottobre 2009;
- Delibera di Giunta regionale n. 1706 del 9/11/2009, e s.m.i.
- Decreto 11 dicembre 2009: “Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in Sanità”;
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali; Dipartimento della Qualità Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi

Etici di Sistema Ufficio III “Metodi di analisi per la gestione del rischio clinico: Root cause analysis RCA Analisi delle Cause Profonde”, anno 2009;

- Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale – Regione Emilia-Romagna “Raccomandazioni per la sicurezza in sala operatoria”, febbraio 2010;
- Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale – Regione Emilia-Romagna (Collana Dossier):
  - Gestione del Rischio in Emilia-Romagna 1999-2007;
  - FMEA-FMECA Analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie;
  - La Root Cause Analysis per l’analisi del rischio nelle strutture sanitarie;
  - Il sistema di Incident Reporting nelle organizzazioni sanitarie;
  - Glossario Integrato “Gestione del rischio nelle strutture sanitarie”;
- Delibera R.E.R. n. 1349 del 17/09/2012 “Approvazione del progetto di Legge Regionale recante: “Norme per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli enti del Servizio Sanitario Regionale”;
- Delibera R.E.R. n. 1350 del 17/09/2012 di approvazione del “Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile nelle Aziende Sanitarie”;
- Legge Regionale n. 13 del 7/11/2012: Norme per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli enti del Servizio Sanitario Regionale;
- Delibera di Giunta Regionale n, 1905 del 10/12/2012 “Prime misure attuative per l’avvio del novo sistema per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli enti del servizio sanitario regionale: istituzione del nucleo regionale di valutazione e individuazione delle aziende sanitarie sperimentatrici”;
- Determinazione n. 2416 del 15/03/2013: “Approvazione delle indicazioni operative per la gestione diretta dei sinistri nelle Aziende Sanitarie sperimentatrici”;
- Delibera di Giunta regionale n. 318 del 25/03/2012 “Linee di indirizzo alle Aziende per la gestione del rischio infettivo: infezioni correlate all’assistenza e uso responsabile di antibiotici”;
- Decreto Ministeriale 70 del 2.4.2015 del Ministero della Salute: Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera;
- Legge 28 dicembre 2015, n. 208 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di Stabilità 2016). Comma 538 “La realizzazione delle attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario rappresenta un interesse primario del Sistema sanitario nazionale perché consente maggiore appropriatezza nell’utilizzo delle risorse disponibili e garantisce la tutela del paziente”. Comma 539 “Per la realizzazione dell’obiettivo di cui al comma 538, ...omissis ..., le regioni e le province autonome di Trento

e Bolzano dispongono che tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management), per l'esercizio dei seguenti compiti: a) attivazione dei percorsi di audit o altre metodologie finalizzati allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti, con segnalazione anonima del quasi-errore e analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari. Omissis; b) rilevazione del rischio di in appropriatezza nei percorsi diagnostici e terapeutici e facilitazione dell'emersione di eventuali attività di medicina difensiva attiva e passiva; c) predisposizione e attuazione di attività di sensibilizzazione e formazione continua del personale finalizzata alla prevenzione del rischio sanitario; d) assistenza tecnica verso gli uffici legali della struttura sanitaria nel caso di contenzioso e nelle attività di stipulazione di coperture assicurative o di gestione di coperture assicurative.

- Delibera R.E.R. n. 771 del 29 giugno 2015. Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018.
- Delibera R.E.R. n. 1003 del 28 giugno 2016 "Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale per l'anno 2016".
- Legge n°24 dell'8 marzo 2017 - Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie

## 2. PREMESSA

Il governo clinico implica un approccio integrato al tema della qualità dell'assistenza sanitaria e una sistematicità rispetto alla gestione del rischio e alla sicurezza degli ambienti e delle prestazioni, sia per quanto attiene alla salute dei lavoratori, sia di tutti gli utenti fruitori dei servizi sanitari.

La clinical governance, nell'accezione originaria del termine anglosassone, significa che tutti gli attori coinvolti nel processo concorrono a sviluppare un "contesto in cui i servizi sanitari si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e mantengono prestazioni di livello qualitativamente elevato, creando un ambiente che favorisce l'espressione dell'eccellenza clinica nel limite delle risorse disponibili".

La clinical governance è un tipico esempio di "governabilità" messa in pratica in cui la competenza professionale tutta rappresenta un aspetto essenziale nella gestione dei rischi in ambito sanitario. Ciò richiede interventi di programmazione e di utilizzo delle risorse nell'organizzazione dei servizi anche ai fini del governo del rischio, possibile solo con l'attiva partecipazione dei professionisti alla realizzazione del mandato dell'Azienda sanitaria. La mancata integrazione e l'interazione "imperfetta" delle differenti componenti di un sistema complesso come quello sanitario genera inevitabilmente incidenti, per cui si può solo idealmente tendere ad un'organizzazione error free e/o risk free.

È tuttavia il perseguire il "controllo" del rischio e la riduzione di eventi avversi prevenibili che deve ispirare ed alimentare questa nobile tensione verso l'obiettivo. La complessità della gestione della

sicurezza in ambito sanitario si esprime sotto diversi aspetti legati all'organizzazione, ai fattori tecnologici-strutturali, alla tipologia di utenza e/o ad altri fattori di contesto esterni (stakeholders, ecc...).

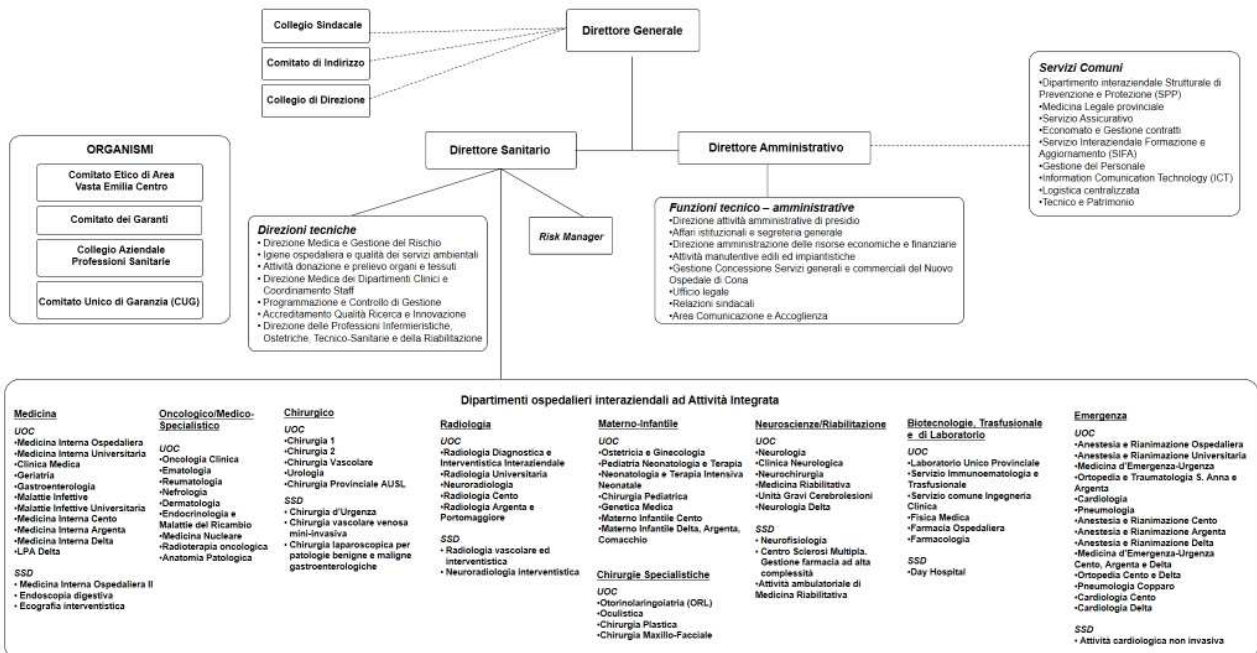
### 3. IL CONTESTO

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara è istituita dalla legge regionale 23 dicembre 2004, n. 29 e disciplinata con delibera di Giunta regionale n. 318 del 14 febbraio 2005 ad oggetto "la disciplina delle Aziende Ospedaliero – Universitarie" e con la delibera di Giunta regionale n. 297 del 14 febbraio 2005 ad oggetto "Protocollo di intesa tra la Regione Emilia - Romagna e le Università degli Studi di Bologna, Ferrara, Modena - Reggio Emilia e Parma, in attuazione dell'art. 9 della L.R. 23 dicembre 2004, n. 29.

L'Azienda è dotata di personalità giuridica e di autonomia imprenditoriale.

Costituisce per l'Università degli Studi di Ferrara l'Azienda di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca della Facoltà di Medicina, ai sensi di quanto previsto dall'art. 9, comma 4 della L.R. n. 29/2004, e garantisce l'integrazione fra le attività assistenziali e le attività didattiche e di ricerca svolte dal Servizio Sanitario Regionale e dall'Università ed opera nel rispetto reciproco degli obiettivi istituzionali e di programmazione del Servizio Sanitario Regionale e dell'Università, nonché nell'ambito del sistema di relazioni fra le Aziende del Servizio Sanitario Regionale.

#### Organigramma aziendale 2019



### **3.1 Cosa facciamo (mission e vision aziendale)**

L'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara, nell'ambito del sistema regionale per la salute e per i servizi sociali, esercita le proprie funzioni assistenziali (di diagnosi, cura, riabilitazione e prevenzione), di ricerca biomedica e sanitaria e di formazione e didattica in integrazione con l'Università, in coordinamento e piena collaborazione con la Azienda USL di Ferrara e con le espressioni istituzionali e associative della comunità in cui opera.

Attraverso una risposta clinica e assistenziale appropriata e di qualità, costruita attorno ai bisogni dell'utente e allo sviluppo della sua funzione di ricerca e didattica, l'Azienda intende raggiungere i propri principali obiettivi ed in particolare:

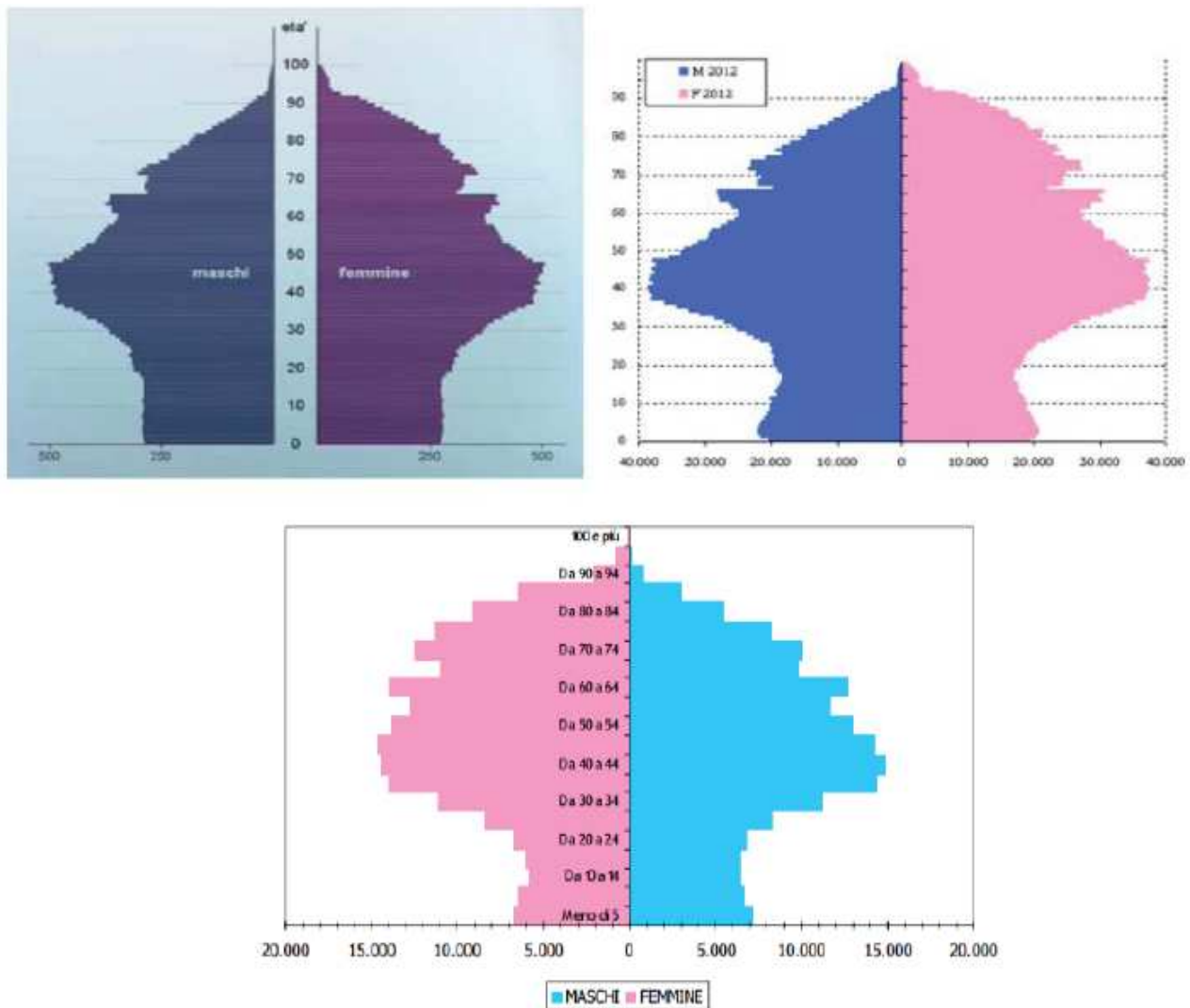
- a) sviluppare la propria capacità di diagnosi, cura, riabilitazione e prevenzione e, più in generale, di soddisfazione dei bisogni di salute delle persone che si rivolgono all'Azienda, al massimo livello qualitativo possibile, in modo appropriato, efficiente ed efficace;
- b) sviluppare, nell'ambito dell'integrazione con l'Università, percorsi che favoriscano l'attuazione di processi di ricerca, formazione e di didattica di alta qualità;
- c) consolidare la leadership dal punto di vista scientifico, diagnostico e di cura all'interno del contesto regionale e nazionale;
- d) qualificarsi maggiormente come Ospedale di eccellenza nella Regione per completezza e per la complessità dei servizi erogati;
- e) promuovere la cultura della sicurezza del paziente e degli operatori per portare l'Ospedale ai più elevati livelli possibili nel governo clinico e nell'organizzazione del lavoro.

### 3.2 Contesto socio demografico

Tra gli aspetti economici, la popolazione della provincia di Ferrara presenta un basso valore di PIL pro-capite a confronto con le altre provincie della Regione.

Il confronto fra le piramidi delle età mostra che nella regione Emilia-Romagna l'incidenza della popolazione di età compresa fra i 30 e i 50 anni è maggiore rispetto al grafico nazionale. Risulta invece minore in proporzione il numero delle persone fra i 10 e i 30 anni. Lo stesso grafico elaborato per la provincia di Ferrara mostra l'accentuarsi di tale differenza, documentando un netto sbilanciamento verso le fasce più anziane della popolazione.

Piramide dell'età della popolazione nazionale (in alto a sinistra), dell'Emilia-Romagna (in alto a destra) e della Provincia di Ferrara (in basso al centro)



La provincia di Ferrara risulta essere di gran lunga quella con la percentuale più elevata di popolazione anziana (25,9%); Ferrara presenta inoltre il rapporto standardizzato di mortalità (SMR) più alto in Regione. Inoltre, la provincia di Ferrara presenta i più alti tassi standardizzati di mortalità specifici, rispetto alle medie regionali per neoplasie, malattie del Sistema circolatorio; malattie del sangue e degli organi ematopoietici; malattie del sistema osteo-muscolare e tessuto connettivo.

### 3.3 Analisi del sistema di offerta in cui opera l'Azienda

Il Sant'Anna è l'ospedale della città di Ferrara e il punto di riferimento per la sanità della Provincia. Il personale che vi lavora è costituito da 2.474 dipendenti di cui:

- 413 medici
- 157 amministrativi
- 423 tecnici
- 1.474 sanitari
- 7 dirigenti professionali

L'Arcispedale S. Anna ha 650 posti letto ordinari e 52 posti letto di Day Hospital/Day Surgery (il 57,84% della dotazione di posti letto provinciali).

Nella provincia di Ferrara sono presenti altri 3 Presidi Ospedalieri: Delta, Cento e Argenta.

## 4. IL PERSONALE

L'attività dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara viene svolta attraverso proprio personale dipendente, personale dipendente dall'Università degli Studi di Ferrara e personale con altre tipologie di rapporto di lavoro (incarichi libero professionali, assegnisti di ricerca e borsisti).

Il personale dipendente dell'Azienda si compone di una percentuale del 78,03% di laureati. Il ruolo sanitario da solo rappresenta il 74,25% del personale, a cui si devono aggiungere le unità del ruolo tecnico che collaborano più strettamente con l'attività assistenziale (Operatori Socio Sanitari e Autisti 118) che costituiscono il 10,06%, per un totale dell' 84,31%.

L'evoluzione professionale in atto del personale delle professioni sanitarie (infermieri, ostetriche, tecnico-sanitarie e della riabilitazione) comporterà nei prossimi anni il delinearsi di nuovi modelli organizzativi che dovranno tenere conto della presenza sempre maggiore di dipendenti in possesso della laurea specialistica. A tal proposito, l'Azienda sta affrontando diverse modifiche organizzative dovute a cambiamenti dello scenario ambientale, sociale e di conseguenza sanitario alle quali sta reagendo attraverso adeguamenti organizzativi sui processi individuando professionalità definibili "contendibili", intendendo posizioni per la quale le professioni sanitarie esprimono un vantaggio competitivo rispetto alle altre per la richiesta di approcci e saperi diversificati quali:

- la necessità di transitare dalla monoprofessionalità alla interprofessionalità;
- la diversificazione dei setting della cura e dell'assistenza;
- la modifica degli assetti organizzativi che porta all'emergere di meccanismi operativi e di responsabilità trasversali che richiedono alle aziende la costruzione nei processi operativi di posizioni sia organizzative (gestione dei flussi dei pazienti) che cliniche (PDTA/Reti).

Il personale dipendente dell'Università degli Studi di Ferrara che svolge attività assistenziale presso l'Azienda Ospedaliera viene identificato sulla base dell'Accordo Attuativo Locale. Pur mantenendo l'Università degli Studi la titolarità del rapporto di lavoro, funzionalmente tale personale per gli adempimenti dei doveri assistenziali risponde al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera.

Il personale dipendente dell'Azienda è parte integrante nello svolgimento dell'attività didattica nei corsi di laurea del personale sanitario e nelle scuole di specializzazione per le diverse discipline mediche.

## 5. STRATEGIE AZIENDALI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, nel suo atto aziendale, fa ripetuti riferimenti al governo clinico e ai suoi componenti, che notoriamente sono il miglioramento continuo della qualità, la formazione permanente, e la gestione del rischio clinico.

Tali riferimenti indicano, nella sintesi effettuata dal Direttore Sanitario, in quanto presidente del Collegio di Direzione, la garanzia di unitarietà dei diversi interventi ed apporti connessi al governo clinico, ma l'esercizio della strategia che porta questo nome viene diffusa a più livelli organizzativi.

Nell'ordine, dopo il Direttore Sanitario e il Collegio di Direzione, sono responsabili della strategia i Direttori di Dipartimento, la Direzione Medica in quanto articolazione organizzativa che assicura l'operatività del ruolo di "coordinamento, supporto e affiancamento" del Direttore Sanitario ai Direttori di Dipartimento, unitamente alle Direzioni delle Professioni e di Farmacia, i direttori di struttura semplice e complessa, l'articolazione che si occupa del miglioramento della qualità.

Tale impostazione dell'atto aziendale consente di esplicitare formalmente la visione dell'azienda in relazione alla gestione del rischio clinico.

### 5.1 Visione

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara intende la gestione del Rischio Clinico come attività specifica che concorre alla realizzazione della strategia del governo clinico. In questo senso le articolazioni organizzative che in questo ambito vengono identificate hanno la funzione di indirizzare, coordinare, facilitare, la realizzazione di un indirizzo strategico (governo clinico) teso al miglioramento della qualità dell'attività clinica e riconosce alla gestione del rischio clinico il ruolo di componente essenziale di detta strategia.

La Gestione del Rischio Clinico ha sempre una funzione preventiva, ma in essa sono riconoscibili diversi ambiti e concorrono a detta gestione competenze diverse che si esplicano in relazione ad eventi o oggetti diversi:

1. Gli ambiti: Per le specificità delle competenze, dei processi e dell'organizzazione dettata dalla regolamentazione regionale, si riconosce la gestione del rischio infettivo, e quella del rischio clinico in generale.
2. Gli eventi: la mappatura del rischio, che è finalizzata alla prevenzione dei rischi più ricorrenti, si avvale sia dell'analisi dei quasi eventi che della gestione dei sinistri. Tuttavia, nella gestione dei sinistri è indispensabile l'apporto della Medicina Legale la cui azione deve essere coerente con i principi del Governo Clinico, ma che ha un suo ambito di azione specifico. Da tale azione specifica derivano le informazioni indispensabili per la descrizione della rischiosità dell'azienda e per la predisposizione degli interventi che minimizzino il ripetersi di eventi avversi.

Essendo dunque la gestione del rischio una strategia che attraversa tutta l'azienda, e segnatamente le articolazioni organizzative che erogano servizi sanitari, ne deriva che l'individuazione dell'organizzazione che supporta tale strategia deve contemporaneamente assicurare:

- **la diffusione** delle attività ad essa coerenti nei dipartimenti clinici;
- **la sintesi** di valutazione dei rischi, di decisione delle azioni che li minimizzano e di monitoraggio della loro applicazione;
- **la inclusione delle evidenze derivanti nella gestione medico-legale dei sinistri** nella definizione delle strategie di minimizzazione del rischio.

Al fine della realizzazione di quanto appena descritto è istituita nella Azienda Ospedaliera di Ferrara la figura del Risk manager.

Il **Risk Manager** è responsabile:

- della stesura del Piano Programma Gestione del Rischio e dei report annuali relativi all'applicazione del Piano e della loro presentazione al Collegio di Direzione
- dell'implementazione delle azioni elencate nel piano programma, sia direttamente, sia attraverso le appropriate articolazioni organizzative
- del monitoraggio dell'implementazione di cui al paragrafo precedente
- della gestione degli Eventi Sentinella
- del monitoraggio delle fonti informative legate alla gestione del rischio
- dell'assolvimento di tutti i debiti informativi relativi alla gestione del Rischio verso la Regione e il Ministero.

Il Risk Manager è supportato, per le specifiche competenze da:

- Referente del Rischio della Direzione Medica
- Referente del Rischio della Direzione della Professioni.
- Responsabile Acquari.
- Responsabile Modulo Medicina Legale Ospedaliera.

Queste quattro figure collaborano nell'ottica più ampia del governo clinico e del miglioramento continuo, con l'obiettivo di diffondere la cultura della gestione del rischio, come strumento di miglioramento professionale e organizzativo, utilizzando gli "errori" per l'evidenziazione dei difetti organizzativi del sistema che li determinano o li facilitano, e impiegando tutti gli strumenti del governo clinico in tutti i processi del governo aziendale (strutturali, organizzativi, finanziari e professionali), al fine di sviluppare e mantenere un sistema organizzativo in cui sia favorita la buona pratica.

La traduzione a livello organizzativo di quanto riportato più sopra nel paragrafo della visione implica la formalizzazione di rapporti di collaborazione e coordinamento tra il risk manager e le diverse unità organizzative, distinguendo tra:

- UU.OO. che erogano servizi di diagnosi e cura per:
  - Sostenere, sviluppare e facilitare l'attenzione al rischio clinico nell'analisi e nella progettazione dei processi assistenziali
- a livello dei servizi tecnici e di staff per collaborazione:
  - nella programmazione delle attività collegate alla gestione del rischio
  - nell'analisi di accadimenti specifici.

Per tali motivi vengono istituiti:

1. La Rete dei referenti del Governo Clinico
2. Il Board Aziendale per la Sicurezza

**La Rete dei Referenti del Governo Clinico** è costituita da:

- 1 rappresentante medico per ogni Dipartimento
- Almeno 1 rappresentante delle professioni sanitarie per Dipartimento (dalla Rete Organizzativa dei Professionisti sanitari Esperti).

La rete deve fungere da supporto al personale delle UU.OO. per facilitare la raccolta delle segnalazioni e l'analisi degli eventi significativi.

Viene convocata da Risk Manager, Referente della Direzione delle Professioni, Referente Acquari e Responsabile Modulo Medicina Legale Ospedaliera ogni trimestre per:

- Dare piena operatività agli obiettivi indicati nel Piano Programma

- Valutare e programmare l'applicazione delle azioni di miglioramento previste a seguito dell'analisi di eventi
- Fornire reportistica utile alle UU.OO.

**Il Board Aziendale** per la Sicurezza è costituito dai Responsabili (o loro Delegati) delle Strutture che presidiano in maniera specifica, nell'ambito della mission assegnata e delle rispettive competenze, gli aspetti correlati alla sicurezza dei pazienti, degli operatori e dell'ambiente.

La composizione del board è la seguente:

- Risk Manager (Coordinamento)
- Referente del Rischio Direzione Medica
- Referente del Rischio Direzione delle Professioni
- Acquari
- Igiene Ospedaliera (Riferimento per Rischio Infettivo)
- Servizio di farmacia
- Medicina legale
- Direzione Affari Legali
- Ingegneria Clinica
- Dipartimento Prevenzione e Protezione
- Servizio Comune Tecnico e Patrimonio
- Formazione
- Area Comunicazione - URP
- ICT

Alle riunioni del Board è invitato il Direttore Sanitario.

Mandato e attività:

- garantire il supporto delle proprie competenze per le attività individuate sia nell'ambito di Piano-Programma che per altri interventi in materia individuati dalla Direzione strategica, direttamente o attraverso il Risk Manager;
- collaborazione alla predisposizione dei Piani – Programma di Gestione del Rischio
- monitoraggio della loro attuazione a seguito di approvazione;
- collaborazione alla revisione annuale delle Raccomandazioni Ministeriali (Agenas).

Il Board aziendale viene convocato una volta all'anno per il monitoraggio delle attività programmate.

## 6. LE VARIAZIONI RECENTI DEL CONTESTO ORGANIZZATIVO/OPERATIVO

Le variazioni del contesto organizzativo/operativo intervenute nel corso dell'ultimo biennio sono state realizzate sulla base dell'“Accordo quadro per lo svolgimento delle funzioni provinciali unificate dei servizi sanitari, amministrativi tecnici e professionali” intervenuto tra Azienda USL di Ferrara e Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara.

Nella logica di sviluppo di una nuova governance locale, basata sul modello dell'integrazione strutturale, l'assetto organizzativo dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara e dell'Azienda USL di Ferrara coinvolge le amministrazioni locali, rendendole protagoniste del “modello ferrarese” basato su una forte integrazione.

L'assetto organizzativo che si viene a delineare è supportato dal consenso, dall' identificazione e dalla fiducia dei cittadini, a garanzia di un sistema sanitario ferrarese di tutela e qualità, degli enti

locali, per una valorizzazione dei territori che duri nel tempo e, infine, dei professionisti nel proprio ambito territoriale, per lo sviluppo delle competenze cliniche.

L'Azienda Ospedaliero- Universitaria di Ferrara e l'Azienda USL di Ferrara perseguono un modello di governance locale incentrato sulla cooperazione strategico-gestionale e sulla messa in condivisione di conoscenze, professionalità e risorse del sistema sanitario provinciale, attraverso l'integrazione orientata al rapporto con il territorio, per le problematiche locali, e alla programmazione di un sistema sanitario Hub & Spoke, nella continua ricerca della qualità, dell'innovazione e della valorizzazione delle risorse umane. Questo modello è fondato sull'integrazione con l'Università, sull'utilizzo di strumenti di esercizio associato di funzioni e servizi, sulla costruzione di Direzioni uniche provinciali e prevede la concentrazione delle funzioni valorizzando la prossimità agli utenti.

Le finalità connesse a tale modello organizzativo sono:

- migliorare la qualità dei servizi alla persona.
- massimizzare l'efficienza del sistema di produzione e favorirne la sostenibilità economica e finanziaria, attraverso la razionalizzazione delle procedure, la realizzazione di economie di scala e scopo, l'uso congiunto e razionale di risorse umane, tecniche e informatiche, di tecnologie sanitarie.
- fornire nuove opportunità per l'Università e per il Servizio Sanitario Regionale della Provincia di Ferrara, per consolidare e sviluppare le competenze nella formazione, nella ricerca clinica e nello sviluppo organizzativo, ridisegnando la rete formativa oltrepassando i confini architettonici dell'azienda di riferimento.
- realizzare la governance dei servizi del territorio assicurando i rapporti istituzionali al fine di soddisfare la domanda dei cittadini e delle comunità, nel rispetto delle specifiche missioni delle istituzioni coinvolte.
- costruire un'organizzazione agile e flessibile, semplificare i livelli decisionali e gli atti conseguenti, aumentare il grado di responsabilità.

Il sistema di governance è quindi basato su logiche centralizzate di "produzione" (delle conoscenze, dei saperi e delle risorse) e su luoghi di "distribuzione" territoriali, ovvero i nodi della rete erogativa locale, a garanzia del rapporto continuo ospedale-territorio, per una appropriata gestione dei pazienti, e del miglioramento continuo dei percorsi di presa in carico, nel rispetto dei principi di equità di accesso ed equità d'uso.

Le strategie aziendali sono fondate su:

- Integrazione strutturale delle funzioni, sia sul versante Tecnico Amministrativo sia sul versante Sanitario, per avviare un processo di ottimizzazione organizzativa e di miglioramento dell'efficienza e della qualità nell'erogazione dei servizi alla popolazione di riferimento. Il processo deve avvenire sia in un contesto intra-aziendale che nei rapporti con l'AUSL e deve estendersi anche alla condivisione dei percorsi di valutazione delle performance organizzative ed individuali.
- Miglioramento significativo dei livelli di efficienza e di qualità delle prestazioni erogate all'utenza (compresa la gestione del rischio), il cui effetto potrà riflettersi sulle performance degli esiti, sulla riduzione dei tempi di attesa e dei flussi di mobilità della popolazione verso altre realtà sanitarie extraprovinciali o regionali.
- Integrazione con l'Università, sia sul versante assistenziale, sia sul versante relativo allo sviluppo della ricerca/didattica e dell'innovazione, delineando con maggiore solidità gli effetti delle relazioni tra assistenza, didattica e ricerca.

Gli ambiti sopra elencati, che costituiscono la base delle strategie aziendali, permetteranno di descrivere le relative azioni specifiche che si realizzeranno attraverso una sequenza metodologica

lineare che parte dalla pianificazione strategica per arrivare alla rendicontazione e alla valutazione, i cui risultati permetteranno a loro volta di contribuire a porre le basi per la pianificazione degli anni successivi.

Tenuto conto degli assetti organizzativi vigenti al momento della sottoscrizione dell'accordo (Accordo quadro per lo svolgimento delle funzioni provinciali unificate dei servizi sanitari, amministrativi tecnici e professionali), in relazione alle funzioni specifiche di entrambe le Aziende (Azienda USL di Ferrara - Azienda Ospedaliero -Universitaria di Ferrara) ed alla presenza dell'Università, è stata realizzata l'istituzione delle seguenti strutture Comuni:

Per le funzioni sanitarie:

- Prevenzione e Protezione provinciale
- Medicina Legale provinciale

Per le funzioni tecniche ed amministrative:

- Servizio Tecnico e Patrimonio
- Servizio ICT
- Servizio Gestione del Personale
- Servizio Economato e Gestione contratti
- Logistica centralizzata
- Servizio Assicurativo
- Servizio Formazione

Per i Dipartimenti clinici, l'istituzione di:

- Dipartimento di Emergenza
- Dipartimento Oncologico/Medico specialistico
- Dipartimento Medico
- Dipartimento di Neuroscienze/Riabilitazione
- Dipartimento di Chirurgie specialistiche
- Dipartimento Chirurgico
- Dipartimento di Radiologia
- Dipartimento di Biotecnologie, TrASFusionale e di Laboratorio
- Dipartimento Materno- Infantile

In relazione alla presenza dell'Università, tutti i Dipartimenti clinici provinciali sono definiti integrati con la funzione universitaria di Didattica e Ricerca, con tutto ciò che ne discende rispetto alla puntuale applicazione della normativa ad essi prevista.

## **7. MAPPATURA DEL RISCHIO: CONOSCENZA, MONITORAGGIO DEI PERICOLI E MISURAZIONE DEI RISCHI**

Le fonti informative aziendali che possono fornire dati utili all'identificazione dei rischi sono:

- Segnalazioni Incident Reporting /SEA
- Segnalazioni – Eventi Sentinella (SIMES)
- Segnalazioni cadute accidentali
- Segnalazione lesioni da pressione
- Sistema di segnalazione delle morti materne e near miss ostetrici

- Segnalazioni dei cittadini per la gestione del rischio - URP
- Monitoraggio implementazione delle Raccomandazioni per la Sicurezza – AGENAS
- Segnalazione sinistri (Database Regionale)
- Segnalazione farmacovigilanza
- Segnalazione dispositivo vigilanza
- Eventi correlati all'uso del sangue
- Infezioni correlate all'assistenza (Sistema di segnalazione rapida di epidemie ed eventi sentinella, Infezioni del sito chirurgico-SIcHer; sistema di sorveglianza degli enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)
- Rilevazione indicatori di performance relativi a controllo del rischio infettivo
- Indicatori di rischio clinico (Sepsi post-operatoria per chirurgia d'elezione, Mortalità intraospedaliera nei dimessi con Drg a bassa mortalità, Embolia polmonare o trombosi venosa post-chirurgica)
- Utilizzo della check list di sala operatoria
- Infortuni agli operatori
- Segnalazioni degli utenti attraverso URP

La sistematica individuazione delle tipologie di rischio, delle aree/strutture ove si verificano, unitamente alla quantificazione degli stessi, della loro entità in termini di gravità ed esito, nonché delle possibili conseguenze economiche e di immagine, costituiscono il presupposto metodologico fondamentale per individuare le priorità di intervento.

L'Identificazione degli obiettivi e dei progetti finalizzati al miglioramento della sicurezza passa necessariamente da una mappatura dei rischi all'interno dell'Azienda Ospedaliera. Conoscere i processi e gli ambiti aziendali già a rischio consente di arrivare ad una prioritarizzazione delle azioni da pianificare per "trattare" i rischi che tenga conto non solo della frequenza e della gravità, ma anche della efficacia delle soluzioni e della loro sostenibilità. Per costruire una mappatura dei rischi e comprendere meglio i fenomeni è necessaria una lettura integrata dei dati provenienti dalle diverse fonti formative aziendali.

## 8. OBIETTIVI GENERALI E SPECIFICI PER IL TRIENNIO 2019-2021

### 8.1 Sicurezza del Paziente

#### 8.1.1 Cultura della gestione del Rischio

##### **Obiettivo 1: Lo sviluppo della rete del Governo Clinico e la promozione della cultura del Rischio**

Il principale obiettivo del triennio 2019-2021 è la costituzione dell'“Assetto organizzativo aziendale per la Gestione del Rischio” come da delibera Aziendale n. 67 del 25/03/2019 e il conseguente rafforzamento della rete del Governo Clinico istituita.

Per agevolare questo processo verrà annualmente organizzato un corso di gestione del Rischio per diffondere la conoscenza degli strumenti di segnalazione e delle metodologie disponibili per l'identificazione e l'analisi delle cause.

Lo sviluppo di un percorso formativo che coinvolga tutti gli operatori impegnati nell'assistenza è un aspetto fondamentale nell'ottica della promozione della cultura della sicurezza.

- Organizzare un corso base di gestione del rischio rivolto ai componenti la rete del governo clinico.

Responsabile: Risk Manager.

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

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

Risultato atteso:

- 2019: almeno 2 edizioni/anno
- 2020: almeno 1 edizione/anno

- Organizzare un corso avanzato di gestione del rischio.

Responsabile: Risk Manager.

Attività previste e tempi: aggiornamento pacchetto formativo, svolgimento corsi di formazione, formazione in tema di Farmacovigilanza (Responsabile: RAFV)

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

Risultato atteso:

- 2020: almeno 1 edizione/anno.
- 2021: almeno 1 edizione/anno

##### **Obiettivo 2: Promuovere l'utilizzo delle schede di Incident reporting per l'effettuazione di segnalazioni di eventi e quasi eventi**

L'incident reporting è un sistema di segnalazione, nato nelle organizzazioni ad alto rischio e successivamente adattato al contesto sanitario. Lo strumento consente ai professionisti sanitari di descrivere e comunicare eventi avversi - definiti come danni involontari causati dal sistema sanitario o dalla malattia del paziente (Brennan et al., 1991) - e cosiddetti near miss - definiti come “eventi evitati” associati ad errori con la potenzialità di causare un evento avverso, che però non si verifica per effetto del caso o perché intercettato o perché non comporta effetti indesiderati per il paziente (Ministero della salute, 2007).

Lo scopo principale 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.

**Attività previste** e tempi: comunicare in maniera efficace la disponibilità degli strumenti e i riferimenti professionali a cui rivolgersi; organizzare incontri di sensibilizzazione nei reparti/dipartimenti.

Responsabile: Risk Manager.

Indicatore: n. complessivo di segnalazione e n. di segnalazioni di near miss effettuate

Risultato atteso 2019-2021: incremento n. segnalazioni (rispetto al dato storico).

### **Obiettivo 3: Organizzare Significant Event Audit (SEA) su eventi o quasi eventi**

Il Significant Event Audit (SEA) è un'analisi reattiva (ex post), una indagine retrospettiva dell'evento e delle sue cause, che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, per apprendere e migliorare.

Il SEA si differenzia dalle altre tecniche di analisi di casi per due aspetti:

1. Oltre a focalizzarsi su aspetti negativi (insuccessi, disastri, near miss, eventi avversi) è indirizzato alla individuazione di comportamenti virtuosi ed attività assistenziali efficaci e ad evidenziare, anche in momenti di grandi difficoltà, esempi di buone pratiche.
2. Non è un metodo quantitativo, ma piuttosto un'attività di riflessione condivisa tra pari. Pertanto, si diversifica dal tradizionale processo di audit clinico che si caratterizza per la raccolta su vasta scala di dati quantitativi da confrontare con criteri e standard misurabili e predefiniti.

Le finalità del SEA sono:

1. Identificare nei singoli casi le azioni che si sono dimostrate rilevanti ai fini dell'esito (utili o dannose)
2. Promuovere una cultura della trasparenza finalizzata all'apprendimento piuttosto che alla colpevolizzazione o all'autocritica
3. Favorire la costruzione del gruppo ed il sostegno dopo episodi di stress
4. Individuare le buone prassi e le pratiche non ottimali
5. Sostenere lo sviluppo professionale identificando le esigenze di apprendimento del gruppo e dei singoli
6. Coinvolgere i vari professionisti che operano nei diversi settori correlati all'evento avverso.

Responsabile: Responsabile Acquisti; Risk Manager, Referente Rischio Direzione delle Professioni, Responsabile Medicina Legale Ospedaliera.

Coinvolti: Direttore e/o Coordinatore del reparto/servizio interessato.

**Attività previste** e tempi: effettuazione dell'analisi utilizzando la metodologia SEA su eventi avversi o near miss ritenuti significativi.

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

Risultato atteso 2019-2021: almeno 5 Significant Event Audit /anno su near miss o evento avverso.

### **Obiettivo 4: Pianificare e condurre visite per la sicurezza all'interno dei reparti di degenza nell'ambito del progetto regionale "VISITARE".**

Il progetto VISITARE, ispirandosi all'esperienza dei "Giri per la Sicurezza", ha l'obiettivo generale di introdurre nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna lo strumento delle Visite per la Sicurezza, la Trasparenza e l'Affidabilità attraverso il quale:

- promuovere la connessione tra le reti della sicurezza;

- stimolare un approccio etico al tema della sicurezza;
- verificare il livello di implementazione delle Raccomandazioni per la sicurezza delle cure e delle buone pratiche per la sicurezza degli operatori ed evidenziare le problematiche correlate alla loro applicazione;
- far emergere nei contesti coinvolti le eventuali criticità legate ai pericoli presenti e i fattori di rischio correlati agli eventi avversi, per individuare e adottare le relative misure di contenimento e prevenzione;
- favorire la comunicazione e la relazione interdisciplinare sia tra gli operatori che tra i servizi coinvolti.

Un gruppo definito di professionisti (c.d. Team), che può avvalersi di specifiche professionalità correlate all'analisi del rischio, effettua delle visite presso strutture sanitarie di volta in volta individuate per raccogliere informazioni su condizioni individuate dagli operatori come fattori di rischio per la sicurezza.

Nel corso della visita l'attenzione si focalizza anche sulle tematiche correlate alle raccomandazioni sulla sicurezza delle cure e alle buone pratiche per la sicurezza degli operatori, nonché all'adozione di comportamenti finalizzati a garantire una maggiore affidabilità dell'organizzazione. Nel corso delle visite possono essere già identificate e discusse possibili misure da assumere per il miglioramento della sicurezza del paziente e dell'affidabilità dell'organizzazione.

Responsabile: Risk Manager e Team Visitare

**Attività previste** e tempi: individuazione reparti, pianificazione visite, incontro preliminare con i reparti individuati, visite per la sicurezza, pianificazione progetto miglioramento, implementazione progetto di miglioramento

Indicatore: n. UU.OO. coinvolte nelle visite per la sicurezza.

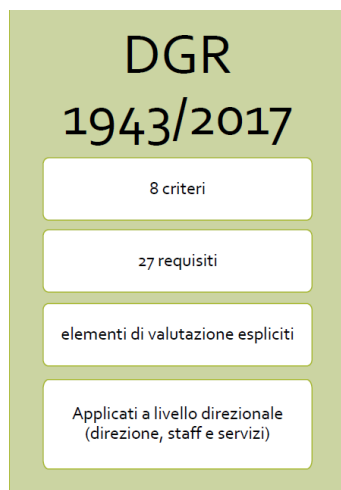
Risultato atteso 2019-2021: almeno n. 1 U.O./anno.

## 8.1.2 Gestione del Rischio Infettivo

### Obiettivo 5 – Revisione – attualizzazione di tutti i Documenti aziendali relativi alla gestione del Rischio Infettivo

#### Introduzione

La DGR n. 1943/2017 ha modificato il modello di Accreditamento delle Strutture Sanitarie.



Il Livello di applicazione dei nuovi requisiti è il seguente:

- processi direzionali e trasversali dell'intera organizzazione
- prioritariamente alla Direzione per il suo ruolo di Leadership a sostegno del miglioramento e della innovazione
- sono interessate tutte le strutture sanitarie, pubbliche e private, adeguandone la valutazione alle caratteristiche delle diverse strutture.

Nel mese di **ottobre 2019** si svolgerà la Visita di Verifica di Accredimento presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara.

→ Il Manuale Qualità Aziendale è strutturato in 10 capitoli.

→ **Sicurezza e gestione del rischio sui pazienti (6° criterio) si trova nel cap 8**

La gestione del rischio infettivo è inserita nell'ambito della tematica complessiva della gestione del rischio fin dal stesura del 1° Piano-programma Sicurezza e gestione del rischio 2008-2011.

Vi è quindi la necessità di revisionare – aggiornare il patrimonio documentale relativo anche alla Gestione del Rischio Infettivo.

**Responsabili:** S.S.D. Igiene Ospedaliera e Qualità dei Servizi Ambientali, Direzione Medica e Gestione del Rischio, con il contributo dei Professionisti coinvolti nella gestione delle diverse tematiche trattate nei Documenti da revisionare - aggiornare

**Azioni:** Revisione – aggiornamento di tutti i Documenti aziendali relativi alla gestione del Rischio Infettivo **entro il mese di Settembre 2019**

**Indicatore:** 100% di revisione - aggiornamento

**Risultati attesi:** Revisione – aggiornamento dei documenti

#### **Obiettivo 6 - INDAGINE DI PREVALENZA**

**Responsabili:** S.S.D. Igiene Ospedaliera e Qualità dei Servizi Ambientali, Scuola di Specializzazione di Igiene e Medicina preventiva UNIFE

**Azioni:** Indagine di prevalenza delle ICA e dell'uso degli antibiotici in acuto, LP e Riabilitazione

**Indicatore:** Esecuzione ogni 2 anni (anno 2020)

**Risultati attesi:** Rilevazione nel 100% delle UU.OO. di degenza ordinaria

#### **Obiettivo 7 - INCIDENZA DELLE SEPSI NELLE UNITA' DI TERAPIA INTENSIVA**

**Responsabili:** UOARO e UOARU, S.S.D. Igiene Ospedaliera e Qualità dei Servizi Ambientali

**Azioni:** Indagine di incidenza annuale

**Indicatore:** Batteriemie-CVC correlate (Rianimazione: 1.000 giornate CVC; Terapia Intensiva: totali, 1.000 giornate CVC; Ematologia: totali; Oncologia: PORT+Groshong/1.000 gg.Port +Groshong; Nefrologia: 1.000 giornate CVC). Annuale N° BSI / giornate di degenza

**Risultati attesi:** Rilevazione nel 100% dei pazienti ricoverati nelle UTI AOUFE

### **Obiettivo 8 - INCIDENZA % SEMESTRALE E ANNUALE ISC – INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO**

Responsabili: Tutte le UU.OO. Chirurgiche, S.S.D. Igiene Ospedaliera e Qualità dei Servizi Ambientali

**Azioni:** Indagine di incidenza semestrale → annuale delle ISC rilevate su tutte le categorie di intervento NHSN sorvegliate, interventi chirurgici eseguiti in sala operatoria, degenza ordinaria e DS, programmati e urgenti. Rendicontazione trimestrale.

Indicatore: Adesione alla sorveglianza delle categorie di intervento NHSN - Rilevazione ISC.

Risultati attesi: Rilevazione nel 100% delle categorie di Intervento NHSN

### **Obiettivo 9 - INCIDENZA DELLE INFEZIONI DELLE VIE URINARIE (IVU) NELLE UNITA' DI TERAPIA INTENSIVA**

**Responsabili:** UOARO e UOARU, S.S.D. Igiene Ospedaliera e Qualità dei Servizi Ambientali

**Azioni:** Indagine di incidenza annuale

Indicatore:

- IVU-CV correlate (UTI: totali e ogni 1.000 giornate CV)
- Incidenza % e 1000 gg catetere IVU – catetere vescicale correlate (UTI, Ematologia, )

Risultati attesi: Rilevazione nel 100% dei pazienti ricoverati nelle UTI AOUFE

### **Obiettivo 10 - INCIDENZA DELLE INFEZIONI DELLE VIE URINARIE (IVU) IN EMATOLOGIA**

Responsabili: UOARO e UOARU, S.S.D. Igiene Ospedaliera e Qualità dei Servizi Ambientali

**Azioni:** Indagine di incidenza annuale

Indicatore: Incidenza % e 1000 gg catetere IVU – catetere vescicale correlate

Risultati attesi: Rilevazione nel 100% dei pazienti ricoverati nelle UTI AOUFE

### **Obiettivo 11 - INCIDENZA DELLE INFEZIONI DELLE POLMONITI NEI PAZIENTI SOTTOPOSTI A VENTILAZIONE INVASIVA (VAP) NELLE UNITA' DI TERAPIA INTENSIVA**

Responsabili: UOARO e UOARU, S.S.D. Igiene Ospedaliera e Qualità dei Servizi Ambientali

**Azioni:** Indagine di incidenza annuale

Indicatore: Incidenza VAP in pazienti ventilati da almeno 72 ore (UTI: VAP in pazienti ventilati da almeno 72 ore / 1.000 giornate VA)

Risultati attesi: Rilevazione nel 100% dei pazienti ricoverati nelle UTI AOUFE

### **Obiettivo 12 - PROGETTO LEAN4HEALTH “PERCORSO CHIRURGICO”**

Responsabili: Chirurgia 1, Chirurgia 2, Ortopedia, Igiene Ospedaliera e Qualità dei Servizi Ambientali

**Azioni:** Continuare l'implementazione del Piano di Miglioramento stilato nel 2018

Indicatore: Implementazione delle azioni di miglioramento a maggiore impatto

Risultati attesi: Riduzione delle ICA

### **Obiettivo 13 - PROGETTO LEAN4HEALTH “RIABILITAZIONE”**

Responsabili: UMR, UGC, Igiene Ospedaliera e Qualità dei Servizi Ambientali

**Azioni:** Continuare l'implementazione del Piano di Miglioramento stilato nel 2018

Indicatore: Implementazione delle azioni di miglioramento a maggiore impatto

Risultati attesi: Riduzione delle ICA

### **Obiettivo 14 - PROGETTO LEAN “SEPSI”**

Responsabili: PS, Medicine, Chirurgie, Igiene Ospedaliera e Qualità dei Servizi Ambientali, Responsabile Organizzativo NAC

**Azioni:** Utilizzo della metodologia Lean Management: formazione, raccolta dati, mapping “as is”, matrice FMECA, famiglie di errore, interventi di miglioramento “to be”  
**Indicatore:** Implementazione delle azioni di miglioramento a maggiore impatto  
**Risultati attesi:** Riduzione delle Sepsi

#### **Obiettivo 15 - PROGETTO “GESTIONE CVP”**

**Responsabili:** MIU-Clinica Medica, MIO-Gastroenterologia, Igiene Ospedaliera e Qualità dei Servizi Ambientali

**Azioni:** Informazione, Osservazione su campo, restituzione dati, Formazione teorico-pratica sulla gestione del CVP estesa a tutte le UU.OO. di degenza ordinaria, stesura istruzione operativa aziendale gestione CVP

**Indicatore:** Implementazione delle fasi sopra elencate con stesura e implementazione istruzione operativa

**Risultati attesi:** Adesione alla Istruzione operativa

#### **Obiettivo 16 – IMPLEMENTAZIONE UTILIZZO DELLA CLOREXIDINA GLUCONATO 2% IN ALCOOL ISOPROPILICO 70% IN CONFEZIONE MONODOSE STERILE**

**Responsabili:** BO 9, BO 24, BO 21-22 per Urologia e Ginecologia (interventi in open), Blocco Parto, Igiene Ospedaliera e Qualità dei Servizi Ambientali

**Azioni:** Informazione-formazione-addestramento anche sulla base di un documento visual di riferimento

**Indicatore:** Utilizzo del prodotto antisettico nella antisepsi pre-incisione chirurgica

**Risultati attesi:** Riduzione delle ISC, riduzione e modifica della profilassi peri-operatoria in interventi selezionati in base alla letteratura scientifica

#### **Obiettivo 17 – IGIENE DELLE MANI**

**Responsabili:** Igiene Ospedaliera e Qualità dei Servizi Ambientali

**Azioni:** Informazione-formazione-addestramento, osservazione su campo dell’adesione, restituzione dati, monitoraggio indicatore proxy “consumo gel alcolico (l) per 1.000 giornate di degenza”. Rendicontazione trimestrale.

**Indicatore:** Adesione osservata, consumo gel

**Risultati attesi:**

- Adesione  $\geq 65\%$  tendente allo standard OMS del 75%
- Consumo di gel alcolico/1.000 gg.dd.  $\geq 20$

#### **Obiettivo 18 – GESTIONE ALERT ORGANISM E CLOSTRIDIUM DIFFICILE**

**Responsabili:** Igiene Ospedaliera e Qualità dei Servizi Ambientali, tutte le aree assistenziali

**Azioni:** Sorveglianza attiva e gestione casi colonizzati/infetti con applicazione di P-105-AZ + I-107-AZ. Rendicontazione trimestrale.

**Indicatori:**

- I-107-AZ: verifica adesione allo screening all’ingresso (Tampone Rettale) nelle aree di degenza per la ricerca attiva di pazienti colonizzati / con infezione da CRE-CIE-CPE (trimestrale, annuale)
- N° di infezioni attive da CPE – Enterobatteri produttori di carbapenemasi (casi incidenti), totale e per sede di infezione (batteriemi, altre sedi). TREND (trimestrale, annuale)
- Numero casi di batteriemi da CRE-CIE-CPE per Reparto di ricovero (trimestrale, annuale)

- % adesione allo screening dei contatti di caso con infezione attiva da CRE-CIE-CPE sul totale dei contatti identificati durante le indagini epidemiologiche interne. Standard = 100% (trimestrale, annuale)
- % casi gestiti con P-105-AZ + I-107-AZ (colonizzazione-infezione da Alert Organism e CD) sul totale dei casi di colonizzazione e infezione attiva da Alert organism segnalati dal sistema Alert di Microbiologia. Standard = 100% (trimestrale, annuale)
- Totale casi di infezione/colonizzazione Alert Organisms e CD (Tutti i materiali e tamponi) gestiti con P-105-AZ-I-107-AZ x DAI e UO (trimestrale, annuale)
- TREND N° casi di infezioni attive da Clostridium difficile (trimestrale, annuale)
- N° Cluster ed epidemie di infezione da Alert organism + Clostridium difficile (CD) ogni 1.000 ricoveri (trimestrale, annuale) Risultati attesi

Risultati attesi: Come da P-105-AZ e I-107-AZ

#### **Obiettivo 19 – PIANO DI MIGLIORAMENTO REPROCESSING ENDOSCOPI IN SALA OPERATORIA**

Responsabili: BO 24, BO 21-22, Igiene Ospedaliera e Qualità dei Servizi Ambientali

**Azioni:** Implementazione azioni di miglioramento identificate nel 2018

Indicatore: Implementazione azioni di miglioramento identificate nel 2018

Risultati attesi: Adesione alla Procedura aziendale

#### **Obiettivo 16 – RIVALUTAZIONE ANNUALE DEL RISCHIO LEGIONELLOSI IN CONA – REVIONE WSP**

Responsabili: Team WSP "Allargato": Igiene Ospedaliera, Direzione delle Professioni, Servizio Tecnico, Ingegneria Clinica, Malattie Infettive, Microbiologia, SPP, UOC Gestione Concessione Servizi Generali e Commerciali Cona

**Azioni:** Annuale rivalutazione del rischio in base ai dati di autocontrollo acqua e ai dati epidemiologici

Indicatore: UFC/l, Temperatura, Biossido di Cloro, Legionellosi polmonare di origine nosocomiale AOUFE

Risultati attesi: Adesione alla Procedura aziendale

### **8.1.3 Sicurezza del paziente chirurgico**

#### **Obiettivo 17: Consolidare l'utilizzo consapevole della check list generale di sala operatoria in tutti gli interventi chirurgici programmati anche tramite adesione al Progetto Regionale "OSSERVARE"**

##### **Progetto SOS.net e Progetto OssERvare**

Nel 2008 l'OMS ha pubblicato e diffuso le linee guida "Guidelines for Safe Surgery" per la sicurezza in sala operatoria. Sulla base di queste raccomandazioni, è stata costruita una checklist per la sicurezza in sala operatoria, a supporto delle équipes operatorie, con la finalità di favorire in modo sistematico l'adesione a standard di sicurezza per la prevenzione degli eventi avversi evitabili.

Nel 2009 il Ministero della Salute ha pubblicato un Manuale per la sicurezza in sala operatoria, adattando le raccomandazioni dell'OMS al contesto nazionale.

Nel 2010 l'Agenda Sanitaria e Sociale dell'Emilia-Romagna ha curato l'adattamento delle raccomandazioni del Ministero e la loro diffusione tra le Aziende Sanitarie, avviando il progetto collaborativo SOS.net (Sale Operatorie Sicure).

Il progetto SOS.net si propone di promuovere l'uso della checklist nella pratica chirurgica, documentandone la compilazione attraverso un database dedicato.

L'Azienda Osp.-Univ. di Ferrara partecipa al progetto fin dal suo avvio: la check list viene compilata da tutte le UU.OO. chirurgiche dell'Azienda.

In Emilia-Romagna si è ritenuto opportuno verificare l'effettiva adesione delle équipes chirurgiche a una corretta applicazione della checklist in sala operatoria attraverso un progetto denominato "OssERvare", con l'obiettivo di:

- migliorare l'applicazione della SSCL;
- favorire l'uso corretto della SSCL;
- promuovere la comunicazione e la sinergia tra i membri delle équipes chirurgiche;
- aumentare la cultura della sicurezza in sala operatoria.

Il metodo per la verifica è quello dell'osservazione diretta. L'osservatore, attraverso l'uso della apposita scheda di rilevazione, procede all'osservazione guidata dei comportamenti in sala operatoria, registrando eventuali incongruenze rispetto alle corrette modalità di utilizzo della SSCL.

A. Responsabile: Risk Manager e Team Osservare

**Attività previste** e tempi: effettuazione osservazioni sul corretto utilizzo della check list in sala operatoria; numero di osservazioni annuale: come da obiettivo regionale  
Indicatori: numero di osservazioni dirette effettuate in sala operatoria.

Risultato atteso: effettuazione di osservazioni dirette all'interno della Piastra Operatoria (tutte le specialità Chirurgiche) come da obiettivo regionale; analisi dei risultati; implementazione delle azioni di miglioramento concordate.

B. Responsabile: Risk Manager, Gruppo Sos.net, Referente SDO aziendale

**Attività previste** e tempi: analisi del flusso SSCL, individuazione delle criticità ed implementazione di azioni per migliorare la qualità del flusso. Azioni annuali.

Indicatori:

- % di procedure AHRQ4 con campo "check list" = "SI" nella SDO
- Corrispondenza SSCL rispetto alla SDO

Risultato atteso: come da obiettivi regionali

### **Obiettivo 18: Recepimento delle Linee di Indirizzo RER "Profilassi del Tromboembolismo venoso nel paziente chirurgico"**

Responsabile: Risk Manager e UU.OO. chirurgiche

**Attività previste** e tempi:

- 1) Emanazione della nuova procedura aziendale (entro 31 luglio 2019)
- 2) Utilizzo della scheda unica di valutazione del rischio (2019-2021)

Indicatori:

- 1) Evidenza documentale;
- 2) Scheda di valutazione del rischio TVP compilata/totale interventi chirurgici

Risultato atteso:

- 1) Emanazione e applicazione della procedura aziendale
- 2) 100% degli interventi chirurgici

### **Obiettivo 19: Recepimento delle Linee di Indirizzo RER “Gestione delle vie aeree nell’adulto”**

Responsabile: Risk Manager, UU.OO. Anestesia e Rianimazione

**Attività previste** e tempi:

- Emanazione della nuova procedura aziendale (entro 30 giugno 2019)
- Organizzazione e partecipazione alla Formazione Regionale “Gestione delle Vie Aeree Difficili) (2019-2020)

Indicatori: emanazione ed applicazione della procedura aziendale; Evento formativo

Risultato atteso: evidenza documentale.

### **Obiettivo 20: Migliorare la comunicazione dell’evento avverso in Ostetricia.**

Responsabile: Risk Manager, Direzione delle Professioni; U.O. Ostetricia-Ginecologia

Coinvolti: Personale Ostetricia-Ginecologia, TIN, Rianimazione Ospedaliera

**Attività previste** e tempi: corso di formazione, progetto di miglioramento

Anno 2019-2020.

Risultato atteso: redazione del progetto di miglioramento e applicazione

### **Obiettivo 21: Partecipazione al Progetto “Near Miss Ostetrici” dell’Istituto Superiore di Sanità**

L’Organizzazione Mondiale della Sanità definisce near miss ostetrico il caso di una donna che “sarebbe deceduta ma che è sopravvissuta alle complicazioni insorte durante la gravidanza, il parto o entro 42 giorni dal termine della gravidanza stessa”.

Il near miss è un “quasi evento”, un evento drammatico che non si è verificato e rappresenta quindi un successo terapeutico. Attraverso procedure di audit (il metodo e i processi di verifica e ascolto della qualità dei servizi) e revisione critica dei percorsi assistenziali, il near miss permette di identificare e correggere le eventuali criticità cliniche e/o organizzative. In Europa è stato stimato che gli eventi morbosi gravi correlati al percorso nascita siano compresi tra 9 e 16 casi ogni 1000 parti.

Nel 2014, l’Istituto Superiore di Sanità ha condotto uno studio prospettico in 6 regioni italiane (Piemonte, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Campania e Sicilia) sui near miss emorragici. Lo studio ha permesso di calcolare i primi tassi di incidenza di emorragia grave del post partum, placentazione anomala invasiva, rottura d’utero ed isterectomia.

Nel 2017, grazie anche ad un progetto finanziato dal Ministero della Salute (Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie), l’impegno della Regione Emilia-Romagna sullo studio dei near miss continua ed è stato esteso ad altre 3 regioni (Lombardia, Friuli-Venezia Giulia, Puglia) arrivando a coprire il 75% dei nati del Paese. Sono state individuate quattro nuove condizioni cliniche in studio: sepsi, eclampsia, embolia di liquido amniotico ed emoperitoneo spontaneo.

Responsabile: Risk Manager, U.O. Ostetricia e Ginecologia, Direzione delle Professioni

**Attività previste** e tempi: esecuzione di Significant Event Audit per tutti i Near Miss segnalati; 2019 (e per tutta la durata del Progetto ISS)

Indicatori: SEA effettuati/Near miss segnalati

Risultato atteso: 100%

### **Obiettivo 22: Progetto di miglioramento relativo al ruolo dell’ostetrica di supporto all’anestesista in sala parto**

Responsabile: Direzione delle Professioni, Direzione Medica, Risk Manager, UUOO Anestesia

**Attività previste** e tempi: Progetto di miglioramento su ruolo e formazione dell'ostetrica di supporto all'anestesia - Anno 2019-2020

Indicatori: evidenza documentale

Risultato atteso: analisi, redazione progetto di miglioramento, applicazione del progetto

#### 8.1.4 Gestione del Farmaco

**Obiettivo 23: ridurre il rischio di sovradosaggio accidentale derivante dall'uso improprio di soluzioni concentrate restringendo il n° di UUOO autorizzate all'utilizzo di soluzioni di potassio concentrate.**

Il Ministero della Salute nell'aprile 2008 ha emanato una raccomandazione (Raccomandazione n. 1) sul corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di potassio cloruro ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio, al fine di ridurre il rischio di sovradosaggio accidentale derivante dall'uso improprio di soluzioni concentrate, dovuto allo scambio di fiala, all'inesatta o mancata diluizione, alla non corretta preparazione e all'errata identificazione del paziente. Tali soluzioni per uso endovenoso, oggetto della Raccomandazione n.1, sono considerate pertanto prodotti ad alto rischio di errore.

Responsabili: Direzione Medica di Presidio, Farmacia, Direzione delle Professioni e Risk manager

**Attività previste** e tempi: Analisi della situazione attuale di utilizzo aziendale, rivalutazione della necessità di soluzioni concentrate nelle UUOO e conseguente revisione della P-002-AZ – Anno 2019.

Indicatore: evidenza documentale

Risultati attesi: miglioramento dell'appropriatezza dell'uso delle soluzioni concentrate e riduzione del rischio per garantire la sicurezza dei pazienti e prevenire il verificarsi di eventi avversi.

**Obiettivo 24: Maggiore implementazione della Prescrizione e somministrazione informatizzata nelle UUOO Aziendali.**

Come previsto anche dalle Linee di Indirizzo per la Gestione Clinica dei Farmaci, Documento tecnico regionale per la Sicurezza nella terapia farmacologica n.1, l'utilizzo di sistemi informatizzati di prescrizione e somministrazione comporta la riduzione del rischio di errori legati alla terapia farmacologica (fase di prescrizione, allestimento, somministrazione), garantendo anche la completa tracciabilità dei processi connessi alla gestione del farmaco.

Le modalità individuate dall'AOU FE, a differenza di quanto avviene in molte realtà, prevedono il collegamento della somministrazione alla prescrizione informatizzata in modo da attivare warning in caso di farmaco errato ed anche diversi vincoli nel software atti a prevenire il rischio di errore, quali ad esempio la selezione dei farmaci prescritti da banche dati certificate.

Responsabili: Direzione Medica di Presidio, Direzione delle Professioni, Farmacia, ICT e Risk manager.

**Attività previste** e tempi: sviluppo e prosecuzione della prescrizione e somministrazione informatizzata con implementazione in ulteriori UUOO rispetto a quelle già attivate – Anni 2019-2021

Indicatore: numero di prescrizioni informatizzate/totale prescrizioni nelle UU.OO. attivate  
Risultati attesi: 90% nelle UU.OO. attivate

#### **Obiettivo 25: Riduzione del consumo di antibiotici con avvicinamento alle medie delle Aziende Ospedaliere Universitarie della Regione**

Responsabili: Direzione Medica di Presidio, Farmacia

**Attività previste** e tempi: attribuzione di specifici obiettivi alle UUOO e periodico monitoraggio, analisi delle cause ed interventi mirati da parte del GRUPPO OPERATIVO POLITICHE PER L'USO RAZIONALE DEGLI ANTIMICROBICI (GOA) – Anni 2019-2021

Indicatore: DDD/ gg degenza \*100

Risultati attesi: riduzione consumo antibiotici rispetto all'anno precedente.

#### **Obiettivo 26: implementazione della funzione di somministrazione informatizzata della terapia oncologica, ai fini della corretta tracciabilità dell'intero processo fino alla somministrazione.**

Nella prevenzione degli errori in corso di terapia con farmaci antineoplastici una delle azioni di miglioramento che risultano di notevole rilevanza è sicuramente l'introduzione di tecnologie informatizzate. I processi di prescrizione ed allestimento sono già effettuati con specifico software Log 80, comune a molte Aziende e strutturato per la prevenzione degli errori. Per la prevenzione anche in fase di somministrazione della terapia, deve essere introdotta una tecnologia informatizzata completando il processo.

Responsabili: Direzione Medica di Presidio, Direzione delle Professioni, Farmacia, ICT, Risk manager,

**Attività previste** e tempi: implementazione software specifico per la somministrazione informatizzata con assegnazione del farmaco prescritto al paziente tramite barcode – Anno 2019-2020.

Indicatore: numero di somministrazioni informatizzate/totale somministrazioni nelle UU.OO. attivate

Risultati attesi: 95% con completa tracciabilità del percorso del farmaco dalla prescrizione alla somministrazione.

#### **Obiettivo 27: sensibilizzazione degli operatori sanitari al tema della ricognizione e riconciliazione e loro formazione al fine di facilitare la reale applicazione degli strumenti proposti a livello regionale nella realtà aziendale per la riduzione del rischio da farmaci.**

La conoscenza puntuale della terapia farmacologica corrente del paziente costituisce un passaggio fondamentale a garanzia della sicurezza nella prescrizione dei medicinali e della conseguente appropriatezza delle cure, come ribadito anche dal Ministro della Salute nella Raccomandazione ministeriale n.17/2014.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità e alcune Agenzie di riferimento internazionali (Joint Commission, Institute for Health Improvement e altre) raccomandano interventi mirati a ridurre il pericolo di errori di terapia derivanti da un'inadeguata conoscenza delle terapie in atto. In particolare AHRQ safety report classifica la Ricognizione e la Riconciliazione farmacologica come

pratiche «incoraggiate», suggerendo la necessità/opportunità di un'immediata adozione da parte delle organizzazioni sanitarie dei diversi Paesi

Responsabili: Direzione Medica di Presidio, Farmacia, Direzione delle Professioni e Risk manager

**Attività previste** e tempi: analisi della adesione alla Procedura Aziendale P-005-AZ "Gestione Clinica dei Farmaci" sul tema della ricognizione e organizzazione di evento formativo rivolto a tutti gli operatori sanitari sulla Raccomandazione Ministeriale n.17 e Regionale n. 2 RER su Ricognizione e Riconciliazione e sulla prescrizione informatizzata – Anni 2019-2020-2021

Indicatore: - risultati dell'analisi di adesione; - evento organizzato

Risultati attesi: maggiore utilizzo della scheda di ricognizione; Partecipazione almeno del 50% del personale coinvolto nell'argomento.

### **8.1.5 Prevenzione, gestione e segnalazione delle cadute accidentali**

Le cadute rientrano tra gli eventi avversi più frequenti nelle strutture sanitarie e possono determinare conseguenze immediate e tardive anche gravi fino a condurre, in alcuni casi, alla morte del paziente. Il 23% degli eventi sentinella segnalati al flusso SIMES (1° tipologia di eventi segnalati) sono cadute con danno per il paziente.

Le persone anziane presentano un maggior rischio di caduta. Il numero di anziani ricoverati in ospedale che va incontro a cadute è elevato, la metà degli anziani che riporta una frattura di femore non è più in grado di deambulare ed il 20% di essi muore, per complicanze, entro 6 mesi (WHO Europe, What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls?)

Le cadute possono determinare nei pazienti: paura di cadere di nuovo, perdita di sicurezza, ansia, depressione, fattori che possono condurre a diminuzione dell'autonomia, aumento della disabilità e, in generale, ad una riduzione anche molto significativa della qualità della vita. Oltre a danni di tipo fisico e psicologico, le cadute avvenute in un contesto di ricovero comportano un aumento della degenza, attività diagnostiche e terapeutiche aggiuntive e/o eventuali ulteriori ricoveri dopo la dimissione, con un incremento dei costi sanitari e sociali.

Si stima che circa il 14% delle cadute in ospedale sia classificabile come accidentale, ovvero possa essere determinato da fattori ambientali (es. scivolamento sul pavimento bagnato), l'8% come imprevedibile, considerate le condizioni fisiche del paziente (es. improvviso disturbo dell'equilibrio), e il 78% rientri tra le cadute prevedibili per fattori di rischio identificabili della persona (es. paziente disorientato, con difficoltà nella deambulazione).

La RER a Dicembre del 2016 ha pubblicato le Linee d'indirizzo su prevenzione e gestione delle cadute del paziente in ospedale che hanno indotto un sostanziale cambiamento nella pratica clinica dei Professionisti sanitari. In base ai dati di letteratura sono state sostituite le scale di valutazione del rischio caduta (per la nostra Azienda Scala di Coonley e Morse) con una valutazione multifattoriale congiunta (medico/infermieristica), è stata prevista una fase di Follow Up strutturato per la valutazione dell'esito dell'evento ed è stato inserito il rischio ambientale come elemento implicito al rischio globale. Tale modifica è stata condotta attraverso una strutturazione di un gruppo di lavoro multi professionale, la revisione sostanziale della procedura aziendale (P 081 Az) e una formazione capillare al personale (sia residenziale che sul campo).

E' stata attivata una FAD – RER (Linee di indirizzo regionali sulla prevenzione delle cadute in ospedale) che resterà attiva sul portale del dipendente fino al 31.12.19

La prevenzione delle cadute è un intervento necessario ed indispensabile nelle strutture sanitarie, la creazione di specifici programmi mirati a ridurre l'incidenza di tale fenomeno insieme alla gestione e controllo dei principali fattori di rischio quali l'uso di farmaci e la predisposizione di un ambiente sicuro sono un intervento di miglioramento continuo della qualità e al tempo stesso un indicatore importante di valutazione e misurazione delle stesse attività.

- **Obiettivo 28: Promuovere le buone pratiche organizzative e gestionali per il controllo e la gestione dell'evento caduta.**

Responsabile: Risk Manager, Referente della qualità e rischio clinico Direzione delle Professioni.

Attività previste e tempi: Implementazione della procedura P-081 attraverso formazione residenziale ECM (almeno due edizioni per anno) e implementazione sul campo in UUOO che hanno avuto eventi avversi significativi, o un incremento del numero di eventi.

Indicatori: evidenza documentale.

Risultato atteso: Percentuale di Utilizzo del nuovo sistema di valutazione del rischio.

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

Tra la fine del 2018 e l'inizio del 2019 è stata aggiornata la procedura P-059 "Trasfusione del sangue e degli emocomponenti".

Il percorso di richiesta e distribuzione ha subito importanti modifiche rispetto al passato: per questo motivo, il principale obiettivo del triennio 2019-2021 sarà portare a completo regime l'applicazione di quanto indicato dalla P-059.

#### **Obiettivo 29: diffusione della P-059-AZ "Trasfusione del sangue e degli emocomponenti" al personale di tutti i Dipartimenti.**

Responsabile: Direttore del Servizio Trasfusionale

Attività previste e tempi: Attività formativa specifica per i professionisti sanitari dell'Azienda; diffusione della conoscenza della procedura con esposizione del contenuto all'interno dei comitati DAI e del Collegio di Direzione- Anno 2019/2021.

#### **Obiettivo 30: Introduzione della richiesta informatizzata di unità di sangue o emocomponenti e introduzione del controllo informatico al letto del malato tramite l'utilizzo del braccialetto**

Responsabile: Direttore del Servizio Trasfusionale e Direttore ICT

Attività previste e tempi: scelta dei reparti in cui sperimentare la nuova modalità di richiesta informatizzata, valutazione risultati e graduale diffusione agli altri reparti di degenza - Anno 2020.

Indicatori: n. di richieste informatizzate / tot. Richieste (da parte dei reparti pilota).

Risultato atteso: 100%

#### **Obiettivo 31 – Implementazione del Patient Blood Management (PBM)**

Responsabili: Comitato PBM, Comitato per il Buon Uso del Sangue (CoBUS)

Attività previste e tempi:

- Progetto pilota maggiore per l'applicazione del PBM in chirurgia ortopedica elettiva dell'adulto AOUFE.
- Nomina Coordinatore Clinico e Coordinatore Organizzativo.
- Nomina Componenti appartenenti alle funzioni di Immunoematologia Trasfusionale, Direzione Medica e Gestione del Rischio, Medico Esperto di Coagulazione, Anestesia, Laboratorio Analisi, Farmacia ospedaliera, Ortopedia, Lp Ortogeriatría.
- Interventi Chirurgici (Categorie intervento NHSN):
  - protesi anca (HPRO)
  - protesi ginocchio (KPRO)
  - chirurgia vertebrale (FUSN, RFUSN)
- Implementazione dei 3 Pilastri PBM in tutte le fasi del Percorso chirurgico ortopedico

Base-line: anno 2018 – 1° semestre 2019

1^ Verifica di impatto: 2° semestre 2019

Indicatori:

- Presentazione PBM al CCM, alle associazioni e Campagna informazione interna ed esterna sull'avvio del PBM.
- Stesura Procedura.
- Implementazione Progetto Pilota in AOUFE.
- Estensione del Progetto alle UU.OO. di ortopedia del territorio.
- Estensione del Progetto alle altre chirurgie.
- Estensione del progetto a tutte le UU.OO. delle 2 aziende sanitarie.

Risultati attesi: Riduzione delle trasfusioni di almeno il 10% nel 1° anno di implementazione.

### 8.1.7 Raccomandazioni ministeriali e regionali per la prevenzione degli eventi avversi

Il Ministero della Salute ha emanato nel corso degli anni diverse Raccomandazioni per la prevenzione degli eventi avversi. L'Azienda è impegnata nella implementazione delle Raccomandazioni ministeriali e regionali, anche attraverso la predisposizione di specifiche procedure.

#### **Obiettivo 32: Implementare le raccomandazioni ministeriali, aggiornando le procedure aziendali collegate**

Responsabili: Gestione del Rischio

**Attività previste** e tempi: aggiornamento delle procedure aziendali collegate alle raccomandazioni ministeriali

- Anno 2019: P-006-AZ- Utilizzo delle soluzioni di concentrate di potassio nella terapia endovenosa
- Anno 2019: P-093-AZ Prevenzione della ritenzione di garze, strumenti o altro all'interno del sito chirurgico
- Anno 2020: Identificazione del sito chirurgico

Indicatore: procedure aggiornate

Risultati attesi: evidenza documentale

### **Obiettivo 33: Partecipare al monitoraggio annuale sulla implementazione delle Raccomandazioni**

Responsabili: Risk Manager

**Attività previste** e tempi: caricamento delle procedure aziendali sul sito dedicato (annuale)

Indicatore: partecipazione al monitoraggio annuale

Risultati attesi: evidenza di partecipazione

## **8.1.8 Gestione dei Sinistri**

Il passaggio alla gestione diretta dei sinistri, conformemente a quanto delineato nel Programma Regionale, ha comportato la dotazione di uffici in grado di svolgere internamente tutte le fasi di istruttoria, trattazione e definizione del sinistro. L'avvio dell'autogestione e la complessità derivata dall'applicazione delle novelle legislative in materia di responsabilità sanitaria hanno richiesto una forte interazione e il costante confronto tra medici legali e Servizio Assicurativo nell'istruttoria dei sinistri, sia per quanto attiene l'individuazione dell'eventuale colpa professionale, sia per quanto attiene la quantificazione del danno effettivamente subito dai danneggiati, anche in un'ottica di efficace definizione conciliativa delle vertenze, sia per quanto riguarda l'impatto dei risarcimenti sul bilancio aziendale e, dunque, sul Fondo del SSN.

Analogamente le tematiche afferenti la responsabilità professionale interessano trasversalmente il core della governance clinica e organizzativa: la prevenzione e gestione del rischio clinico, l'appropriatezza delle cure, il rapporto con l'utenza, la reputazione della struttura, la serenità dei professionisti, il rapporto tra struttura e professionisti, la scelta tra assicurazione e la autoritenzione del rischio.

E' necessario quindi che si dispongano strumenti idonei a identificare, valutare e gestire con efficienza e rapidità i possibili rischi connessi all'attività sanitaria, al fine di prevenire gli eventi avversi, dotandosi, come prevede espressamente la Legge (art.16 comma 2, L.24/2017), del necessario supporto di personale medico (team) che consenta l'attivazione dei percorsi di metodologie finalizzate allo studio dei processi interni, dall'analisi delle criticità più frequenti emerse dagli atti di citazioni ovvero dallo studio dei casi durante l'istruttoria ed anche in Comitato di valutazione sinistri.

E' quindi indispensabile individuare una modalità organizzativa che consenta di accrescere sempre di più la quotidiana e costante collaborazione tra professionisti del settore: medici legali, uffici assicurativi, legali e operatori sanitari e risk manager.

### **Obiettivo 34: Applicazione di strumenti di rilevazione del rischio di inappropriata nei percorsi diagnostici e terapeutici e facilitazione dell'emersione di eventuali attività di «medicina difensiva»**

Responsabile: Medicina Legale, Risk manager

Attività previste e tempi: la struttura di Medicina Legale Ospedaliera si interfaccia, in stretta connessione con il Risk manager, con i clinici, al fine di condividere una strategia fondata sull'appropriatezza (2020-2022)

Indicatori: evidenza documentale.

Risultato atteso: rendere più efficace la gestione dei sinistri e del contenzioso; sensibilizzazione e formazione continua del personale finalizzata alla prevenzione del rischio sanitario.

### **Obiettivo 35: Analisi con la rete del governo clinico dei sinistri rilevati**

Responsabile: Medicina Legale Ospedaliera, Risk Manager, Acquari, Direzione delle Professioni, Rete governo clinico

Attività previste e tempi: revisione ed analisi trimestrale dei sinistri rilevati

Risultato atteso: individuazione di aree di miglioramento

## **8.1.9 Corretta gestione della documentazione sanitaria**

Nel corso del 2018 è stata revisionata la procedura P-245-AZ “Corretta tenuta della cartella clinica”.

### **Obiettivo 36: Applicazione della P-245-AZ - Corretta qualità e completezza della cartella clinica**

Responsabili: Direttori U.O.; Direzione Medica

**Attività previste** e tempi: Controllo cartelle a campione (almeno il 5% dei ricoveri) come da Procedura Aziendale – Anno 2019 e 2020

Indicatori: Punteggio check-list di valutazione

Risultato atteso: almeno il 90% sul totale degli item

### **Obiettivo 37: Progetto Formativo “Corretta compilazione della documentazione sanitaria”**

Responsabili: Medicina Legale Ospedaliera; Gestione del Rischio

**Attività previste** e tempi: Organizzazione di formazione aziendale sul tema – Anno 2020

## **8.2 Sicurezza dell’operatore**

La sicurezza nelle strutture ospedaliere riguarda, oltre i pazienti, anche gli operatori sanitari, le strutture e le apparecchiature.

Le principali azioni del triennio saranno rivolte al tema della prevenzione della violenza su operatori sanitari e al miglioramento del livello di sicurezza della struttura sanitaria

### **Obiettivo 38: Promozione della segnalazione degli episodi di violenza da parte degli operatori**

Responsabili: Gestione del Rischio, SPP, Servizio Tecnico, Medicina Legale Ospedaliera

**Attività previste** e tempi:

- 2019: aggiornamento del modulo di segnalazione dell’episodio di violenza
- 2019-2021: Raccolta delle segnalazioni e analisi
- 2019-2021: Redazione del Piano di prevenzione della violenza

### **Obiettivo 39: Migliorare il livello di sicurezza delle strutture**

Responsabili: Servizio Tecnico, Gestione del Rischio

**Attività previste** e tempi:

- 2019-2021: Esecuzione del Piano di installazione di maniglioni nei bagni e corrimano
- 2019: Trasferimento del Servizio Erogazione Diretta Farmaci (Corso Giovecca)
- 2019/2020: Installazione telecamere negli ambienti del Pronto Soccorso