Regione Emilia-Romagna

Agenzia sanitaria e sociale regionale

CORSO PER TEAM LEADER

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA

Processi e strumenti di direzione delle strutture sanitarie alla luce dei nuovi requisiti generali di accreditamento

SICUREZZA DELLE CURE E GESTIONE DEL RISCHIO CLINCO: POLITICHE E STRUMENTI

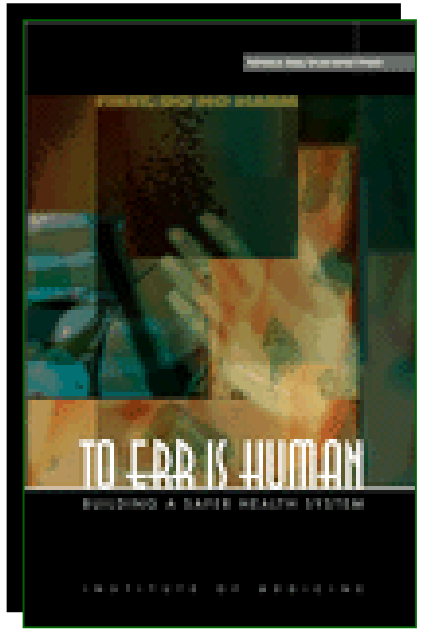
Ottavio Nicastro

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA

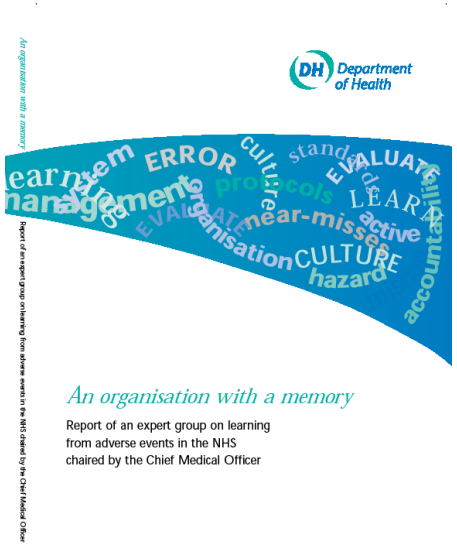
Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare
Servizio Assistenza Ospedaliera
Regione Emilia Romagna

UN “MOVIMENTO” CULTURALE MONDIALE

PRIMI ANNI 2000



- ✓ *USA*: rapporto “To err is human” (nov. ‘01) Revisione e Progetto per la qualità in sanità prodotti dall’Institute of Medicine.



✓*U.K.:* rapporto “An organization with a memory” (giu. ‘00) curata dal Department of Health cui ha fatto seguito il programma di sviluppo “Building a safer NHS for patient” (feb. ‘01) .

SICUREZZA DELLE CURE: IL PERCORSO ITALIANO

MODULARIO
Salute - 3

CORTE DEI CONTI
UFFICIO DI CONTROLLO PREVENTIVO
SUI MINISTERI DEI SERVIZI
ALLA PERSONA E DEI BENI CULTURALI
2 8 GEN. 2007
Prot. n. 132

CORTE DEI CONTI
UFFICIO DI CONTROLLO PREVENTIVO
SUI MINISTERI DEI SERVIZI
ALLA PERSONA E DEI BENI CULTURALI
1 5 FEB. 2007
Reg. 1 foglio 121
G. PALAZZI

Ministero della Salute

IL MINISTRO

DECRETA

Art. 1

1. In via sperimentale, per un periodo di due anni a partire dalla data di entrata in vigore del presente decreto, presso il Ministero della salute - Direzione Generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema, è attivato il Sistema Nazionale di Riferimento per la Sicurezza dei Pazienti, che garantisce anche l'attività di Osservatorio per la Sicurezza dei Pazienti, operante sulla base di programmi annuali approvati dal Ministro della salute.

Presidenza
del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure.

Rep. Atti n. 116/CSR del 20 marzo 2008

1. Il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano condividono la consapevolezza della rilevanza, per lo sviluppo di un sistema sanitario di alta qualità e vicino alle esigenze dei cittadini, del problema degli eventi avversi in medicina e dell'esigenza di intervenire a garanzia della sicurezza dei pazienti, e conseguentemente concordano sulla necessità di definire:

a) soluzioni organizzative finalizzate alla riduzione del margine degli errori e degli eventi avversi che possono manifestarsi nel corso di procedure cliniche;
b) un assetto organizzativo nazionale, integrato e condiviso, che definisca competenze e responsabilità dei soggetti coinvolti.

LEGGE 8 marzo 2017, n. 24

Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonche' in materia di responsabilita' professionale degli esercenti le professioni sanitarie. (17G00041)

(GU n.64 del 17-3-2017)

Vigente al: 1-4-

Art. 1

Sicurezza delle cure in sanita'

1. La sicurezza delle cure e' parte costitutiva del diritto alla salute ed e' perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettivita'.

2. La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attivita' finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative.

3. Alle attivita' di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, e' tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale.

LE COMPETENZE

STABILITÀ

2016

539. Per la realizzazione dell'obiettivo di cui al comma 538, ai fini di cui all'articolo 3-bis del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, le regioni e le province autonome di Trento e di 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:

LEGGE 8 marzo 2017, n. 24

Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonche' in materia di responsabilita' professionale degli esercenti le professioni sanitarie. (17G00041)

(GU n.64 del 17-3-2017)

Art. 16

Modifiche alla legge 28 dicembre 2015, n. 208, in materia di responsabilita' professionale del personale sanitario

1. All'articolo 1, comma 539, lettera a), della legge 28 dicembre 2015, n. 208, il secondo periodo e' sostituito dal seguente: «I verbali e gli atti conseguenti all'attivita' di gestione del rischio clinico non possono essere acquisiti o utilizzati nell'ambito di procedimenti giudiziari».

2. All'articolo 1, comma 540, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, le parole da: «ovvero» fino alla fine del comma sono sostituite dalle seguenti: «, in medicina legale ovvero da personale dipendente con adeguata formazione e comprovata esperienza almeno triennale nel settore».

— Si riporta il testo dell'art. 1, comma 540, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, come modificato dalla presente legge:

«540. L'attività di gestione del rischio sanitario è coordinata da personale medico dotato delle specializzazioni in igiene, epidemiologia e sanità pubblica o equipollenti, *in medicina legale ovvero da personale dipendente con adeguata formazione e comprovata esperienza almeno triennale nel settore.*».

Regione Emilia-Romagna

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

REGIONE EMILIA-ROMAGNA
Atti amministrativi
GIUNTA REGIONALE
Delibera Num. 1943 del 04/12/2017
Seduta Num. 45

APPROVAZIONE REQUISITI GENERALI E PROCEDURE PER IL RINNOVO DELL'ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE

6° Criterio Appropriatezza clinica e sicurezza

6.2.3. È presente una funzione formalizzata (responsabilità e architettura) del sistema per la sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico.

L'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

Risk management and infection control – time to get our priorities right in the United Kingdom

M. Farrington* and G. Pascoe†

*Public Health and Clinical Microbiology Laboratory; †Risk Management, Addenbrooke's Hospital, Cambridge, UK

Journal of Hospital Infection (2001)

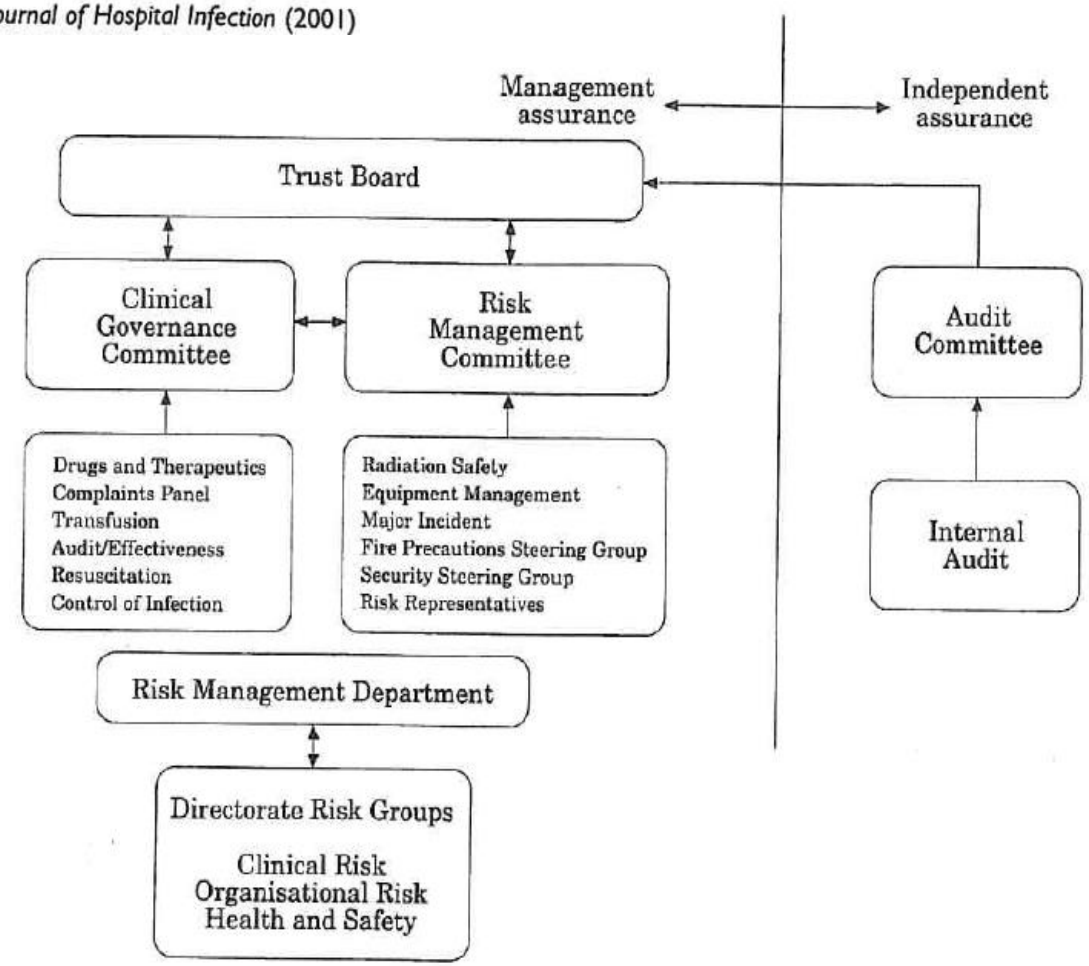


Fig. 1 Example Risk Management Structure in contemporary NHS Trust Hospital in the UK

DGR 86\2006

Direttiva alle Aziende sanitarie per l'adozione dell'Atto Aziendale

L'atto aziendale dispone la organizzazione integrata delle diverse componenti della gestione del rischio secondo il Programma aziendale di gestione del rischio, adottato dal Direttore generale su proposta del Collegio di direzione e diretto dal Direttore sanitario aziendale, avvalendosi di una funzione in staff alla Direzione generale. Le attività relative al Programma aziendale di gestione del rischio hanno nel Collegio di direzione l'organo di governo e nei Dipartimenti la principale sede operativa e di gestione.

APPROVAZIONE REQUISITI GENERALI E PROCEDURE PER IL RINNOVO DELL'ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE

6° Criterio Appropriatezza clinica e sicurezza

6.2 La Direzione elabora, attua e verifica il piano programma aziendale della sicurezza delle cure e la gestione del rischio secondo le indicazioni regionali e nazionali.

RegioneEmilia-Romagna

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

IL PIANO-PROGRAMMA: UNO STRUMENTO PER COSTRUIRE IL "SISTEMA SICUREZZA" NELLE AZIENDE SANITARIE

RegioneEmilia-Romagna

DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

LINEE DI INDIRIZZO PER LA ELABORAZIONE DEL PIANO-PROGRAMMA
PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO
NELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Marzo 2016

IL PIANO-PROGRAMMA: UNO STRUMENTO PER COSTRUIRE IL SISTEMA SICUREZZA NELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE

RegioneEmilia-Romagna

DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

I PRINCIPALI "CAPITOLI"

DESCRIVERE L'ASSETTO ORGANIZZATIVO RELATIVO ALLA SICUREZZA DELLE CURE

ESPLICITARE GLI ELEMENTI DI CONTESTO

CONOSCERE E MONITORARE IL LIVELLO DI SICUREZZA AZIENDALE: STUDIARE I PERICOLI E MISURARE I RISCHI

PIANIFICARE E PROGRAMMARE LE ATTIVITA'

VALUTARE, VERIFICARE, RESTITUIRE

1.1 La pianificazione, programmazione, organizzazione e verifica delle attività clinico-assistenziali e di supporto sono coerenti con le linee di programmazione regionale.

1.5 La struttura ha formalizzato un programma di valutazione documentata della qualità delle prestazioni e dei servizi erogati ai diversi livelli aziendali finalizzato al miglioramento delle performance.

RegioneEmilia-Romagna

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Con le necessarie coerenze e integrazioni

Ad esempio:

ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE

ENTI E AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE E PER L'AGENZIA REGIONALE PER LA PREVENZIONE, L'AMBIENTE E L'ENERGIA (ARPAE) DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

- Alle Direzioni Generali

-Ai Coordinatori degli Organismi Aziendali di Supporto di Enti ed Aziende del SSR

e p.c.

- Alla Direzione generale cura della persona, salute e welfare

- Alla Responsabile del Servizio amministrazione del servizio sanitario regionale, sociale e socio-sanitario

- Al Responsabile del Servizio strutture, tecnologie e sistemi informativi

- Al Direttore Generale e al Coordinatore OAS di ARPAE

Oggetto: Sistema di misurazione e valutazione della performance: nuovo Piano della Performance 2018-2020

Regione Emilia-Romagna

IL PIANO-PROGRAMMA

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

DIREZIONE GENERALE
CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

REGIONE EMILIA-ROMAGNA (r_emiro)
Giunta (AOO_EMR)
PG/2016/0724115 del 18/11/2016 11:30:46

Oggetto: Piano di prevenzione delle cadute

Si sottolinea il fatto che i Piani per la prevenzione delle cadute, costituiscono parte integrante del Piano-Programma Aziendale per la Sicurezza delle Cure e la Gestione del Rischio, previsto dalla DGR 1003/2016 "Linee di Programmazione e di Finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2016 ("deve essere garantita l'applicazione delle linee di indirizzo per la elaborazione del piano-programma aziendale per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio, con la produzione di relativi piani-programma approvati dalle Direzioni Aziendali"; Indicatori e target: 1.Piano-programma aziendale per la sicurezza delle cure o Indicatore: presenza di piano programma deliberato. Standard: si\no).

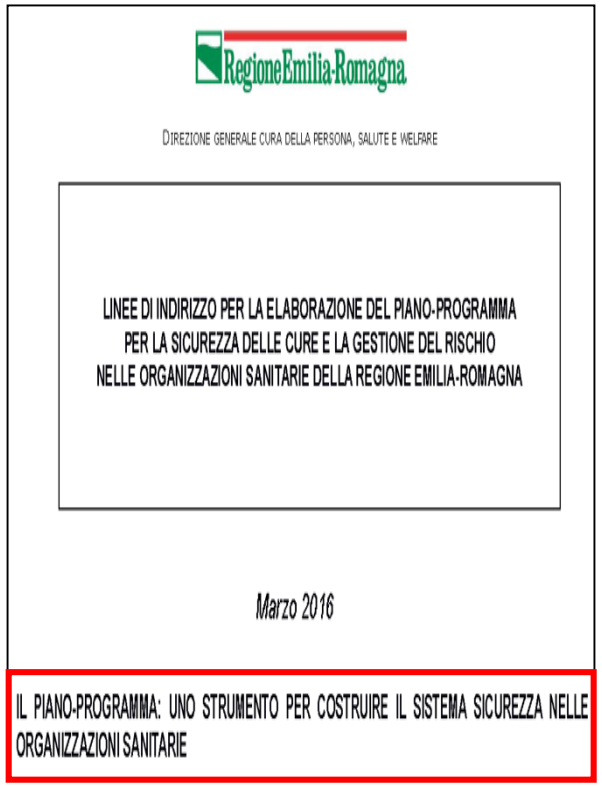
Oggetto: Indicazioni alle Aziende Sanitarie relative al Piano Regionale per la Prevenzione delle Cadute

REGIONE EMILIA-ROMAGNA (r_emiro)
Giunta (AOO_EMR)
PG/2017/0379042 del 22/05/2017 16:25:53

Guida per la stesura del Piano Aziendale Prevenzione Cadute(PAPC)

Ambiti da sviluppare
1. Scopi e Obiettivi Generali del Piano Aziendale Prevenzione delle cadute
2. Soggetti Responsabili della stesura del Piano (deve esservi evidenza del contributo formale almeno della Direzione Medica, della Direzione Infermieristica e Tecnica, della funzione di Risk Management, del Servizio Tecnico e del Settore Formazione).
3. Gruppo operativo multidisciplinare aziendale (nominativi e afferenze)

Assetto e articolazione organizzativa


RegioneEmilia-Romagna

DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

LINEE DI INDIRIZZO PER LA ELABORAZIONE DEL PIANO-PROGRAMMA
PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO
NELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Marzo 2016

IL PIANO-PROGRAMMA: UNO STRUMENTO PER COSTRUIRE IL SISTEMA SICUREZZA NELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE

6.2.3. È presente una funzione formalizzata (responsabilità e architettura) del sistema per la sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico.

DESCRIVERE L'ASSETTO ORGANIZZATIVO RELATIVO ALLA SICUREZZA DELLE CURE

L'**assetto organizzativo aziendale per la Gestione del Rischio e la Sicurezza della Cure** deve essere esplicitato nella parte introduttiva del Piano-Programma. In particolare, la descrizione dell'assetto dovrà prendere almeno in considerazione:

a. ruolo specifico e impegno, strategico e operativo, del Direttore Sanitario;
b. collocazione nell'organigramma e funzionigramma, mandato e risorse assegnate al Referente Aziendale per la Gestione del Rischio e la Sicurezza delle Cure;
c. composizione, mandato e attività del Board aziendale per la sicurezza;
d. definizione, estensione e attività della Rete dei Referenti di Dipartimento e di Unità Operativa e suo rapporto\connes ttivo, sicurezza degli operatori, qualità
e. relazioni istituzi le organizzazioni di rappresentanza

1.3 La direzione ha formalizzato e attuato il sistema di attribuzione delle responsabilità a tutti i livelli dell'organizzazione (gestionali, tecnico-professionali, clinico-organizzativi)

Regione Emilia-Romagna

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

REFERENTE AZIENDALE E COMPOSIZIONE , MANDATO E ATTIVITA' DEL BOARD PER LA SICUREZZA DELLE CURE

ALCUNI SUGGERIMENTI

1. RISORSE ATTRIBUITE ALLA FUNZIONE SICUREZZA
2. PLURALITA' DEI SOGGETTI COINVOLTI, RAPPRESENTATIVA DELLA TRASVERSALITA' DELLA SICUREZZA
3. MULTIDISCIPLINARIETA' E MULTIPROFESSIONALITA'
4. EVIDENZA DEGLI INCONTRI
5. PERIODICITA' DEGLI INCONTRI

IL PIANO-PROGRAMMA

ELEMENTI DI "GARANZIA"

Nell'elaborazione di un piano programma occorre innanzitutto che siano esplicitati i **soggetti/strutture/servizi redattori** del piano stesso (meglio se con evidenza di condivisione e approvazione tramite firma del piano-programma da parte di tutti i soggetti interessati) e i diversi **destinatari** (interni ed esterni).

Quelli che possono apparire a primo acchito degli aspetti di natura formale, risultano essere invece elementi sostanziali, in quanto rimandano ad un inquadramento di sistema di cui non si può sicuramente fare a meno; testimoniano e valorizzano la partecipazione dei vari soggetti aziendali che necessariamente devono essere coinvolti nella stesura del piano programma, rendono conto dell'informazione puntuale e diffusa che è necessario promuovere riguardo ad obiettivi ed azioni che investono spesso trasversalmente i diversi settori dell'organizzazione.

IL PIANO-PROGRAMMA

ELEMENTI DI "GARANZIA"

Il Piano programma inoltre deve essere:

- approvato dal Collegio di Direzione Aziendale
- messo a conoscenza degli operatori (attraverso strumenti anche informatici che ne consentano la conoscenza e la reperibilità e\o iniziative di presentazione pubblica)
- presentato e discusso con le organizzazioni dei cittadini e i Comitati Consultivi Misti

Deve esservi evidenza dell'effettuazione delle azioni sopra elencate.

Relazioni e sinergie con le altre RETI delle SICUREZZE (rischio infettivo, operatori, anticorruzione…)

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Ad esempio

DESCRIVERE L'ASSETTO ORGANIZZATIVO RELATIVO ALLA SICUREZZA DELLE CURE

L'**assetto organizzativo aziendale per la Gestione del Rischio e la Sicurezza della Cure** deve essere esplicitato nella parte introduttiva del Piano-Programma. In particolare, la descrizione dell'assetto dovrà prendere almeno in considerazione:

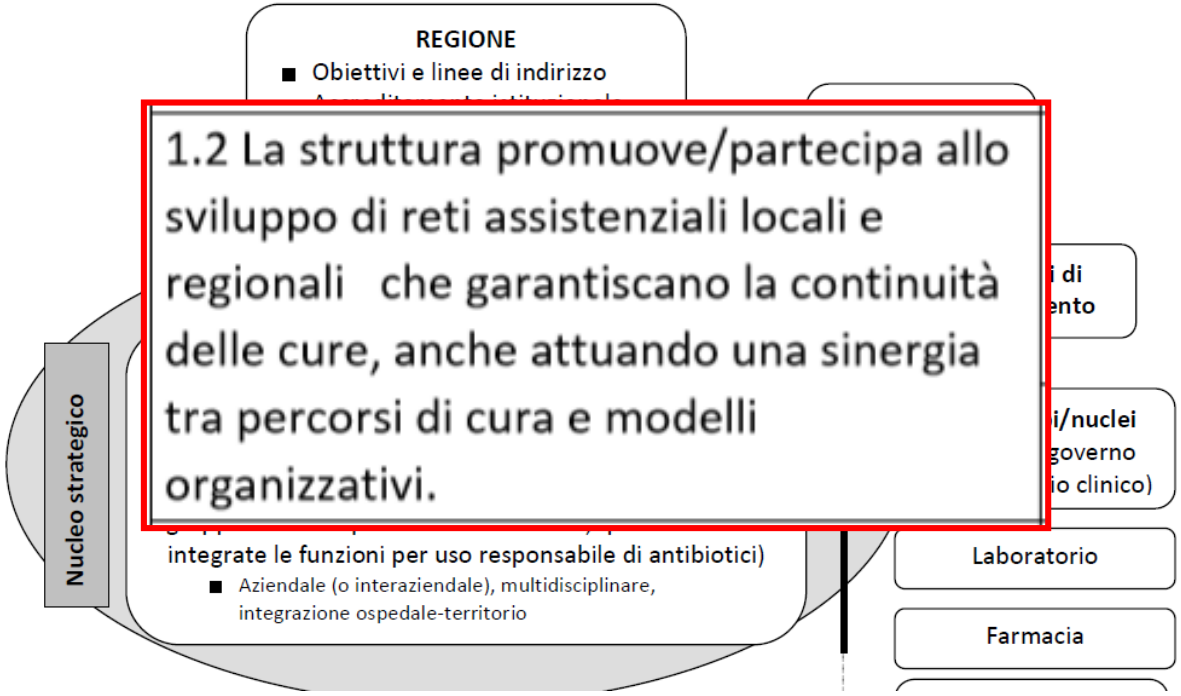
a. ruolo specifico e impegno, strategico e operativo, del Direttore Sanitario;
b. collocazione nell'organigramma e funzionigramma, mandato e risorse assegnate al Referente Aziendale per la Gestione del Rischio e la Sicurezza delle Cure;
c. composizione, mandato e attività del Board aziendale per la sicurezza;
d. definizione, estensione e attività della Rete dei Referenti di Dipartimento e di Unità Operativa e suo rapporto\connessione con altre reti della sicurezza (ad es. rischio infettivo, sicurezza degli operatori, qualità, ecc.)

ELEMENTI DI QUALITÀ DI UN PIANO-PROGRAMMA

- **contenuti**: alcuni ambiti di impegno sono da ritenersi "obbligatori": infezioni correlate all'assistenza, rischio clinico da farmaci e da dispositivi, sicurezza in chirurgia, cadute, sicurezza del percorso nascita.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 25 MARZO 2013, N. 318

Linee di indirizzo alle Aziende per la gestione del rischio infettivo: infezioni correlate all'assistenza e uso responsabile di antibiotici



E'essenziale che l'articolazione organizzativa decisa sia armonica con l'organizzazione aziendale per la gestione del rischio, sotto il governo della Direzione Sanitaria. (ML Moro)

REGIONE EMILIA-ROMAGNA
Atti amministrativi
GIUNTA REGIONALE
Delibera Num. 1943 del 04/12/2017
Seduta Num. 45

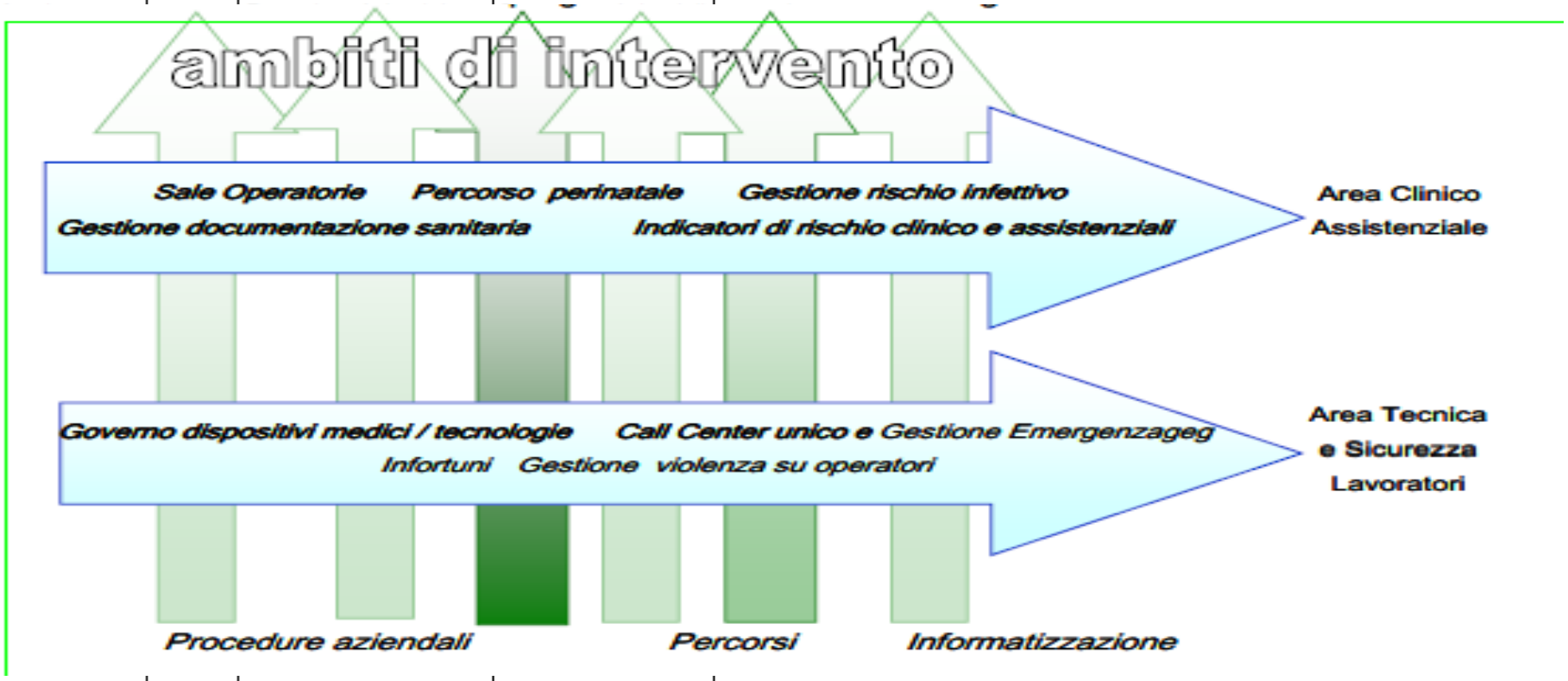
APPROVAZIONE REQUISITI GENERALI E PROCEDURE PER IL RINNOVO DELL'ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE

6° Criterio Appropriatezza clinica e sicurezza

6.2 La Direzione elabora, attua e verifica il piano programma aziendale della sicurezza delle cure e la gestione del rischio secondo le indicazioni regionali e nazionali.	6.2.1. Gli elementi del piano programma aziendale sono declinati negli obiettivi di budget inerenti la sicurezza.
	6.2.2. La realizzazione del piano programma e i risultati raggiunti sono verificati periodicamente.
	6.2.3. È presente una funzione formalizzata (responsabilità e architettura) del sistema per la sicurezza delle cure e gestione del rischio clinico.
	6.2.4. Il Piano programma include le misure volte al controllo delle infezioni correlate all'assistenza.

PIANO PROGRAMMA
"GESTIONE DEL RISCHIO 2016-2018"

GESTIONE INTEGRATA RISCHIO INFETTIVO	PROCEDURA AZIENDALE : Prevenzione del rischio infettivo percorso chirurgico Audit procedura Programmi di formazione prevenzione infezioni e igiene mani PROCEDURA AZIENDALE: Gestione e Prevenzione della diffusione degli enterobatteri produttori di carbapenemasi Programmi di formazione/informazione uso antibiotici		2017	Implementazione	



L'integrazione tra le reti che si occupano della sicurezza è un fattore determinante per la promozione della prevenzione degli eventi avversi. Nello specifico occorre individuare le connessioni con la funzione aziendale di Gestione del Rischio e con il Risk Manager (se figura diversa dal medico legale). In particolare devono essere definite le modalità di comunicazione per la segnalazione degli eventi sentinella alla Regione e da questa al Ministero, qualora nel corso del processo di gestione del sinistro (dal momento dell'apertura alla conclusione della fase istruttoria) emergano i criteri per considerarlo "evento sentinella", secondo quanto definito dal protocollo Ministeriale SIMES.

Rispetto alle azioni di sistema, nel Piano Programma per la Sicurezza della Cure e la Gestione del Rischio si identificano e mettono in relazione interna le componenti del "sistema sicurezza" aziendale, le sue risorse ed i suoi processi, realizzando sinergie. Uno dei momenti fondamentali per individuare e raggiungere gli obiettivi correlati alla gestione del rischio è quello legato alla raccolta delle informazioni di interesse per la sicurezza attraverso una gestione integrata dei flussi informativi. I dati relativi ai sinistri, resi disponibili dalla funzione Aziendale di Gestione del Rischio, consentiranno, insieme ai dati provenienti dagli altri flussi informativi, una conoscenza dei fenomeni funzionale alla programmazione delle relative azioni di miglioramento.

Alla Direzione Sanitaria aziendale , coerentemente con gli indirizzi regionali per l'Atto aziendale, compete assicurare la necessaria collaborazione fra tutti i soggetti aziendali coinvolti nel sistema aziendale per la gestione del rischio, di cui la gestione dei sinistri è parte integrante.

IL PIANO-PROGRAMMA

CONOSCERE E MONITORARE IL LIVELLO DI SICUREZZA AZIENDALE: STUDIARE I PERICOLI E MISURARE I RISCHI

(Gestione dati: uso «interno»)

6.3.7. Sono effettuate la raccolta, analisi e valutazione dei dati e sono predisposte eventuali azioni di miglioramento.

Le fonti informative essenziali che devono essere sempre prese in considerazione sono le seguenti:

- Segnalazioni Incident Reporting
- Segnalazioni – Eventi Sentinella (SIMES)
- Sistema di segnalazione delle morti materne e near miss ostetrici
- Segnalazioni dei cittadini per la gestione del rischio– Data Base Regionale URP
- Monitoraggio implementazione raccomandazioni per la sicurezza – Agenas
- 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) - Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali – SISEPS
- Checklist di sala operatoria (Data Base SOSnet)
- Infezioni correlate all'assistenza (Sistema di segnala Infezioni del sito chirurgico – SiChER; sistema di carbapenemasi (CPE); Rilevazione indicatori di perfo ecc.)
- Sinistri – Data Base Regionale
- Farmacovigilanza
- Dispositivovigilanza
- Cadute
- Lesioni da compressione
- Contenzioni
- Eventi correlati all'uso del sangue - Emovigilanza (S
- Infortuni operatori

Potranno poi essere utilizzate le informazioni derivanti da Audit, Analisi di singoli incidenti, Analisi di processo (FMEA\FMECA), Visite per la Sicurezza (Progetto Regionale VISITARE), Analisi di cartelle Cliniche, ecc.
In questo ambito si potrà inoltre tenere conto di misurazioni della cultura della sicurezza e di clima organizzativo.

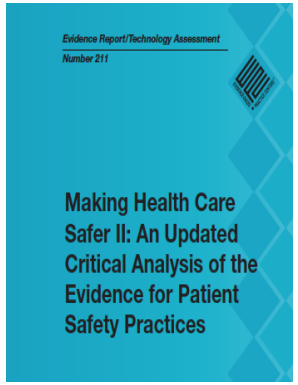
Una lettura integrata dei dati provenienti dalle diverse fonti informative sopra elencate potrà favorire una migliore comprensione dei fenomeni.
L'analisi quali-quantitativa del rischio (che è la espressione fattuale del pericolo e si esprime in termini di impatto e frequenza), ove questa sia realizzabile, consente poi eventualmente di costruire mappe di rischio da utilizzare come supporto alle decisioni.

L'obiettivo è comunque quello di arrivare a una **prioritarizzazione** delle azioni in riferimento anche alla efficacia delle soluzioni e alla sostenibilità delle stesse.

Chapter 36. Monitoring Patient Safety Problems (NEW)

Fang Sun, M.D., Ph.D.

How Important Is the Problem?



Ma anche…

1.4 La struttura dispone di sistemi informativi che rispondono ai debiti informativi verso le Istituzioni (Ministero, Regione, ecc.).

Regione Emilia-Romagna

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

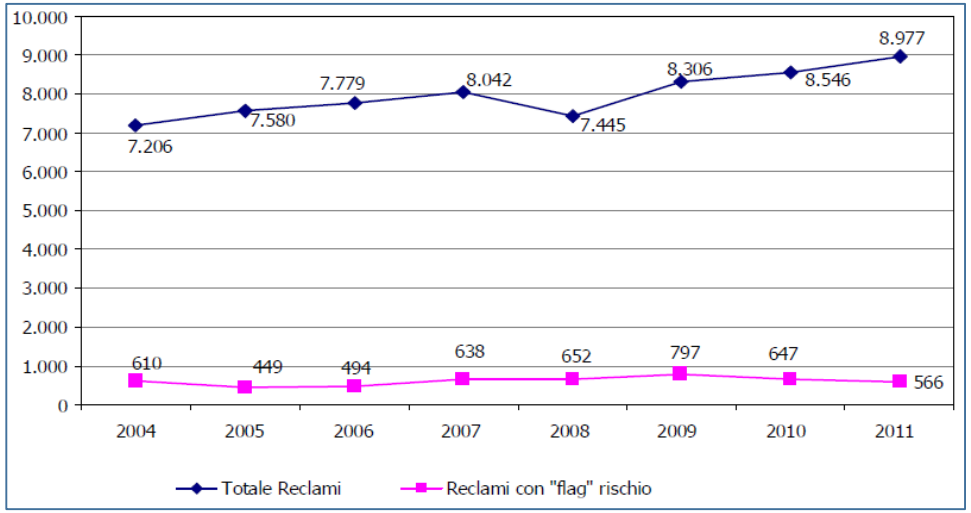
Le segnalazioni dei cittadini

2.2. Segnalazioni di interesse per la gestione del rischio

Il sistema di gestione delle segnalazioni dei cittadini rappresenta una delle fonti informative che attengono al tema della gestione del rischio e che hanno la possibilità di registrare eventi di interesse e di indicare aree organizzative che necessitano di miglioramento.

In questo senso il sistema informativo regionale per la gestione dei reclami consente di registrare gli eventi con natura di "incidente" per i cittadini (percezione di un danno subito da un paziente, indipendentemente dal fatto che tale danno sia oggettivo o che per tale danno si richieda un risarcimento).

Questo sistema di registrazione è attualmente utilizzato da tutte le Aziende sanitarie, ma con diversa intensità da una realtà all'altra.



Agenzia sanitaria e sociale regionale

agena.s. AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

AGENZIA VALUTAZIONE CIVICA

Modulo integrativo sulla sicurezza del paziente					
2	DOC	Presenza di un sistema aziendale codificato per consentire agli utenti della struttura sanitaria di segnalare incidenti e situazioni di rischio alle quali hanno assistito		Presenza del sistema ed evidenza di funzionalità del sistema e di utilizzo dei dati contenuti nel DB "Segnalazioni dei cittadini" relative alla sicurezza delle cure (reportistica, valutazione dei dati presenti nel report e conseguenti azioni di miglioramento).	
		· sì			10
		· no			0

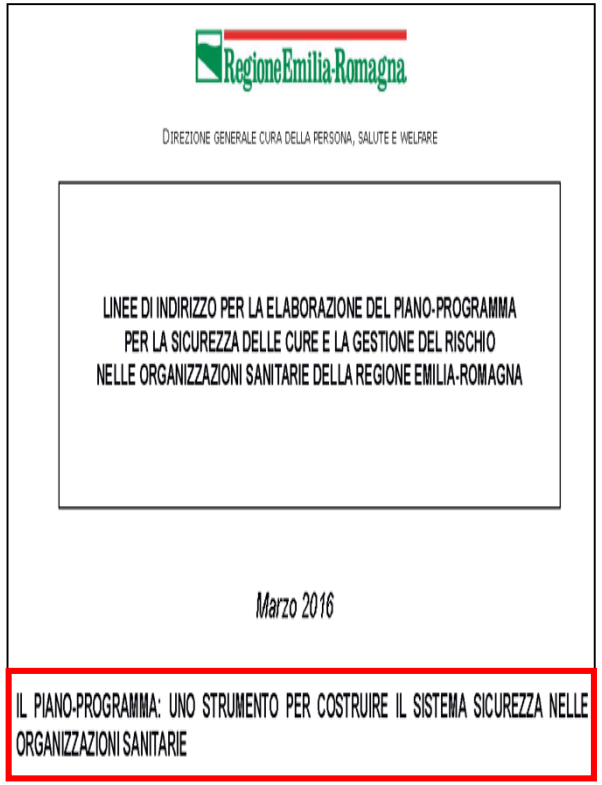
LA SICUREZZA NEGLI ALTRI CAPITOLI

5° Criterio Comunicazione

5.5 L'organizzazione garantisce modalità e strumenti per l'ascolto degli utenti (pazienti, famigliari, caregiver) ai fini di:

- coinvolgere gli utenti nel processo assistenziale
- migliorare i percorsi assistenziali
- migliorare il servizio in base alle esperienze del paziente/utente
- prevenire i disservizi.

5.5.3.	È presente un sistema di gestione dei reclami, suggerimenti, rilievi …
5.5.4.	Sono definite modalità volte a rilevare in modo tempestivo i disservizi e le situazioni a rischio di disservizio.
5.5.5.	Le informazioni inerenti i disservizi reali o potenziali sono utilizzate per prevenirne il riaccadimento e apportare miglioramenti ai servizi erogati.
5.5.6.	Le analisi dei disservizi reali o potenziali sono utilizzate nella definizione degli obiettivi aziendali di miglioramento della qualità e della sicurezza.


RegioneEmilia-Romagna

DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

LINEE DI INDIRIZZO PER LA ELABORAZIONE DEL PIANO-PROGRAMMA
PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO
NELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Marzo 2016

IL PIANO-PROGRAMMA: UNO STRUMENTO PER COSTRUIRE IL SISTEMA SICUREZZA NELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE

I PRINCIPALI "CAPITOLI"

DESCRIVERE L'ASSETTO ORGANIZZATIVO RELATIVO ALLA SICUREZZA DELLE CURE

ESPLICITARE GLI ELEMENTI DI CONTESTO

CONOSCERE E MONITORARE IL LIVELLO DI SICUREZZA AZIENDALE: STUDIARE I PERICOLI E MISURARE I RISCHI

PIANIFICARE E PROGRAMMARE LE ATTIVITA'

VALUTARE, VERIFICARE, RESTITUIRE

Il terzo elemento fondante del piano programma riguarda le azioni da compiere ai fini della riduzione del rischio. Le azioni reattive alla individuazione di un pericolo o alla estrinsecazione di un rischio sono notoriamente di tipo 'correttivo', preventivo e migliorativo.

LA SICUREZZA NEGLI ALTRI CAPITOLI

8° Criterio Umanizzazione

8.1 L'organizzazione definisce, realizza e valuta programmi per la umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza nell'ottica della centralità del paziente.

ELEMENTI DI QUALITÀ DI UN PIANO-PROGRAMMA

Deve essere sempre presente il riferimento alla presenza, formalizzazione emessa in atto di politiche e procedure per la **partecipazione e coinvolgimento dei pazienti** ai processi di gestione del rischio clinico. Devono essere evidenziate le attività che mettono in relazione la **sicurezza dei pazienti e**

- presentato e discusso con le organizzazioni dei cittadini e i Comitati Consultivi Misti

Agenzia sanitaria e sociale regionale

agena.s. AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

AGENZIA VALUTAZIONE CIVICA

Modulo integrativo sulla sicurezza del paziente					
4	DOC	Presenza nel Piano-Programma aziendale per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio del riferimento alla presenza di politiche, procedure e attività relative alla partecipazione dei pazienti ai processi di gestione del rischio clinico e al loro coinvolgimento per il miglioramento del livello di sicurezza delle cure		Presenza del report relativo alle segnalazioni dei cittadini per la gestione del rischio nell'ambito delle fonti informative del Piano Programma Aziendale per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio. Presenza nel Piano-programma di politiche, procedure e attività relative alla partecipazione dei pazienti	
		· sì			10
		· no			0

IL PIANO-PROGRAMMA

ELEMENTI DI "GARANZIA"

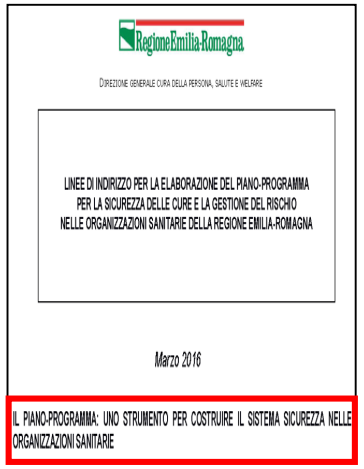
E' auspicabile che gli obiettivi e le attività previste dal Piano-Programma trovino traduzione nella elaborazione nello strumento di programmazione e controllo rappresentato dal Budget.

6.2.1. Gli elementi del piano programma aziendale sono declinati negli obiettivi di budget inerenti la sicurezza.

Ma anche…

1.5.6 I sistemi di valutazione aziendale sono integrati (performance, risultato, budget, ecc.).

IL PIANO-PROGRAMMA


RegioneEmilia-Romagna

DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

LINEE DI INDIRIZZO PER LA ELABORAZIONE DEL PIANO-PROGRAMMA
PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO
NELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Marzo 2016

IL PIANO-PROGRAMMA: UNO STRUMENTO PER COSTRUIRE IL SISTEMA SICUREZZA NELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE

VALUTARE, VERIFICARE, RESTITUIRE

Per rinforzare e consolidare il sistema, deve essere infine evidente l'impegno che l'Azienda assume per rilevare, registrare e comunicare, sia internamente che esternamente, i risultati ottenuti, e che definisca gli indicatori da adottare per la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi prefigurati.

Per le organizzazioni risulta di fondamentale importanza che queste siano in grado di valutare, verificare e "restituire", realizzando adeguata **reportistica** sui problemi emersi, sulle iniziative adottate, le azioni di miglioramento effettuate e sui risultati raggiunti, correlati alla misurabilità degli obiettivi prefissati.

Il **report di rendicontazione annuale** costituisce parte integrante del Piano-Programma. Il report può essere rappresentato o riportare i contenuti anche di altri documenti di rendicontazione istituzionale (ad esempio, Bilancio di Missione) purché quanto dichiarato sia coerente con gli obiettivi e le azioni previsti dal Piano-Programma. Il report di rendicontazione rappresenta "fonte informativa" e base di riflessione per gli aggiornamenti successivi del Piano-Programma.

6.2.2. La realizzazione del piano programma e i risultati raggiunti sono verificati periodicamente.

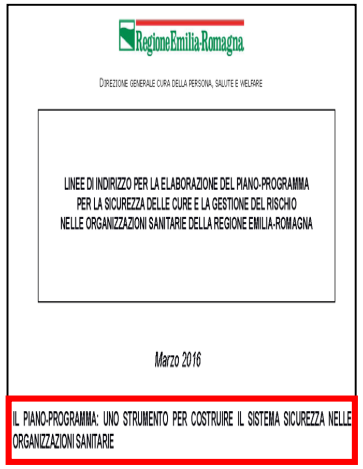
6.3.6. È monitorato lo stato di attuazione del Piano programma di gestione dei rischi.

LINEE DI PROGRAMMAZIONE E DI FINANZIAMENTO DELLE AZIENDE E DEGLI ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE PER L'ANNO 2017

3.8 Sicurezza delle cure

- *Indicatori e target:*

1. Piano-programma aziendale per la sicurezza delle cure
   - Report di attuazione attività previste dal PPSC anno 2016 e relativo aggiornamento dei dati delle fonti informative aziendali relative alla sicurezza delle cure. Standard: si\no
   - Indicatore: report su attuazione azioni previste da Piani Prevenzione delle Cadute 2016 e relativo aggiornamento dei Piani Aziendali prevenzione delle cadute 2017/2018; standard: si\no;


Regione Emilia-Romagna

DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

LINEE DI INDIRIZZO PER LA ELABORAZIONE DEL PIANO-PROGRAMMA
PER LA SICUREZZA DELLE CURE E LA GESTIONE DEL RISCHIO
NELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Marzo 2016

IL PIANO-PROGRAMMA: UNO STRUMENTO PER COSTRUIRE IL SISTEMA SICUREZZA NELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE

VALUTARE, VERIFICARE, RESTITUIRE

ANCHE…NELLA PROSPETTIVA DEL MIGLIORAMENTO

7° Criterio Processi di miglioramento ed innovazione	
7.1 L'organizzazione implementa un programma per il miglioramento, con particolare riferimento ad aree prioritarie di intervento sulla base della valutazione dei risultati conseguiti.	7.1.1. Sono definite responsabilità, ruoli, risorse per il miglioramento e, se necessario, attività formativa specifica.
	7.1.2. Le attività di miglioramento prioritarie e/o integrate tra strutture sono realizzate con modalità definite (azioni/progetto).
	7.1.3. È monitorato periodicamente lo stato di avanzamento dei progetti e/o le azioni di miglioramento in atto.
	7.1.4. I risultati conseguiti sono diffusi alle parti interessate.

LEGGE 8 marzo 2017, n. 24

Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonche' in materia di responsabilita' professionale degli esercenti le professioni sanitarie. (17G00041)

(GU n.64 del 17-3-2017)

Art. 4

Vigente al: 1-4-2017

Trasparenza dei dati

3. Le strutture sanitarie pubbliche e private rendono disponibili, mediante pubblicazione nel proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management) di cui all'articolo 1, comma 539, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, come

Art. 2

5. All'articolo 1, comma 539, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, e' aggiunta, in fine, la seguente lettera:

«d-bis) predisposizione di una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Detta relazione e' pubblicata nel sito internet della struttura sanitaria».

Regione Emilia-Romagna

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Commissione Salute - Coordinamento Rischio Clinico - Sicurezza delle Cure

Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome

ORGANIZZAZIONI SANITARIE SICURE E LA POLITICA DELLE DUE EMME: MISURARE PER MIGLIORARE

LO "SPIRITO DEL LEGISLATORE" E LA TRASPARENZA NEI CONFRONTI DEL CITTADINO

COME SI MISURA LA SICUREZZA E IL PROBLEMA "EVENTI AVVERSI"

SISTEMI DI SEGNALAZIONE/REPORTING: POTENZIALITÀ E LIMITI

METODI E STRUMENTI PER COSTRUIRE L'ELEFANTE DELLA SICUREZZA DEI PAZIENTI

UNA PROPOSTA PER LA RAPPRESENTAZIONE DEI FENOMENI E L'OBIETTIVO DEL MIGLIORAMENTO

LINEE DI INDIRIZZO PER REGIONI E PROVINCE AUTONOME PER L'APPLICAZIONE DELL'ART. 2 COMMA 5[1] DELLA 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"

Approvate dalla Sub Area Rischio Clinico nella seduta del 20 ottobre 2017 - In attesa dell'emanazione da parte della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni

RegioneEmilia-Romagna

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

RegioneEmilia-Romagna

DIREZIONE GENERALE
CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

SERVIZIO ASSISTENZA OSPEDALIERA
IL RESPONSABILE
ANSELMO CAMPAGNA

	TIPO	ANNO	NUMERO
REG.	PG	/ 2018	/ 179935
DEL	16 / 03 / 2018		

Ai Direttori Sanitari
Ai Referenti Gestione del rischio e sicurezza delle cure

Aziende Sanitarie Regionali
IRCSS Istituto Ortopedico Rizzoli – IOR
Istituto Scientifico Romagnolo Studio e Cura dei tumori IRST s.r.l. – Meldola
Montecatone Rehabilitation Institute S.p.A.
Ospedale di Sassuolo S.p.A.

e p.c.
Case di cura private accreditate
Servizio politiche sociali e socio educative – Regione Emilia-Romagna

Oggetto: relazione annuale (art. 2 comma 5 della Legge 8 marzo 2017, n. 24) sugli accadimenti relativi alla sicurezza delle cure e alle relative azioni di miglioramento

La relazione annuale consuntiva dovrà essere pubblicata entro il 31 marzo di ogni anno e inserita in una specifica voce da collocare nella sottosezione "Altri contenuti – Dati ulteriori" presente nei siti "Amministrazione trasparente" delle aziende sanitarie.

Si allega il format indicativo per la stesura della relazione e le relative note per la compilazione.

LE RELAZIONI DELLE AZIENDE DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

RegioneEmilia-Romagna

SCHEDA DESCRITTIVA DELLO STRUMENTO/FONTE INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO	
Tipologia	
Letteratura/Normativa di riferimento	
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	
Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento	
Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento	
Valutazione risultati e prospettive future	

Si comprende pertanto quale sia lo spirito che anima tali dettati normativi che è quello di contemperare tutte le esigenze: promuovere la sicurezza delle organizzazioni, garantendo la trasparenza nei confronti del cittadino (attraverso la pubblicazione nel proprio sito internet della presente relazione e anche dei dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio) e orientando proprio la disponibilità dei dati alla ***rappresentazione dell'impegno che le stesse organizzazioni spendono per la sicurezza ed il miglioramento***. La relazione annuale deve infatti contenere le "conseguenti iniziative messe in atto" predisposte e attuate a seguito dello studio delle cause degli accadimenti connessi alla sicurezza delle cure, che rappresentano quindi (specialmente in caso di near miss, eventi senza danno o con basso danno) delle opportunità di apprendimento per il miglioramento e l'incremento del livello di sicurezza.

6.3.7. Sono effettuate la raccolta, analisi e valutazione dei dati e sono predisposte eventuali azioni di miglioramento.

(Gestione dati: uso «esterno»)

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 2 aprile 2015, n. 70.

Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

Gestione del rischio clinico

- Sistema di segnalazione degli eventi avversi
- Identificazione del paziente, lista di controllo operatoria (c.d. *Checklist* operatoria) e Scheda unica di terapia
- Sistemi di raccolta dati sulle infezioni correlate all'assistenza, sorveglianza microbiologica, adozione delle procedure che garantiscono l'adeguatezza e l'efficienza dell'attività di sanificazione disinfezione e sterilizzazione, protocolli per la profilassi antibiotica e procedura per il lavaggio delle mani
- Programmi di formazione specifica.

APPROVAZIONE REQUISITI GENERALI E PROCEDURE PER IL RINNOVO DELL'ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE

6° Criterio Appropriatezza clinica e sicurezza

6.3 La struttura adotta strumenti / metodi per la gestione del rischio e degli incidenti.

6.3.1. è presente e in uso un sistema di segnalazione degli incidenti (eventi, near miss, eventi sentinella) comprensivo delle modalità di restituzione a professionisti e stakeholder.

6.3.2. È fornito supporto ai professionisti per le segnalazioni nei flussi previsti.

12-1-2010 GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA *Serie generale* - n. **8**

DECRETO 11 dicembre 2009.

Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità.

IL MINISTRO DEL LAVORO, DELLA SALUTE
E DELLE POLITICHE SOCIALI

Art. 1.

Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità

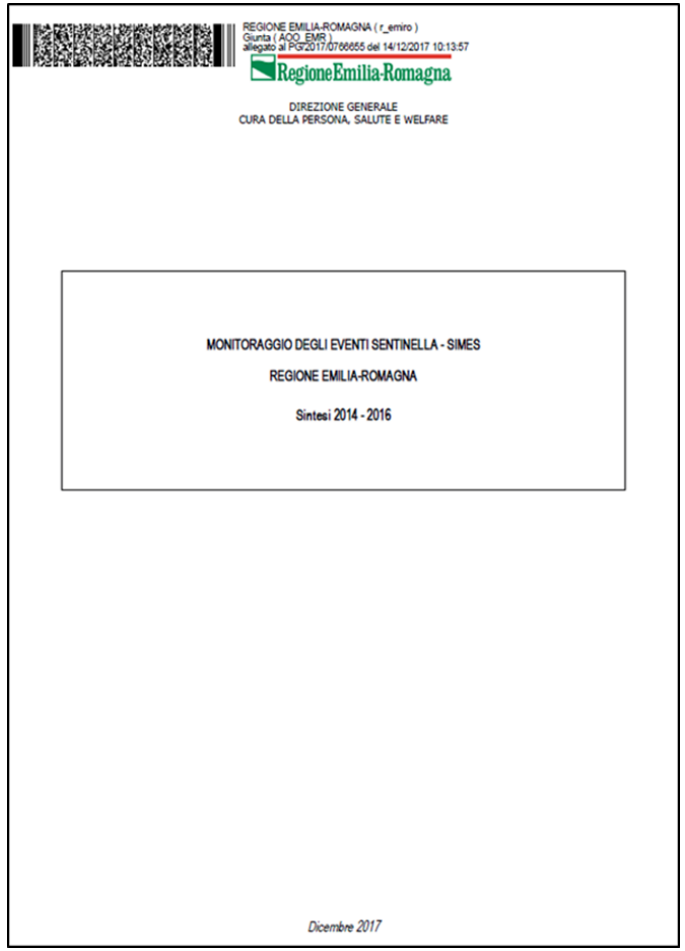
1. Nell'ambito del Nuovo sistema informativo sanitario, è istituito il Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità di seguito SIMES. La realizzazione e la gestione di tale sistema è affidata al Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali - Settore salute - Direzione generale del sistema informativo.

2. Il Simes è finalizzato alla raccolta delle informazioni relative agli eventi sentinella ed alla denuncia dei sinistri.

Lista degli eventi sentinella

1. Procedura in paziente sbagliato
2. Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
3. Errata procedura su paziente corretto
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure
5. Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0
6. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
7. Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto
8. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita
9. Morte o grave danno per caduta di paziente
10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale
11. Violenza su paziente
12. Atti di violenza a danno di operatore
13. Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
14. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso
15. Morte o grave danno imprevisti conseguente ad intervento chirurgico
16. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente

MONITORAGGIO EVENTI SENTINELLA



REGIONE EMILIA-ROMAGNA (r_emiro)
Giunta (AOO_EMR)
allegato al PG/2017/0766655 del 14/12/2017 10:13:57

RegioneEmilia-Romagna

DIREZIONE GENERALE
CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

MONITORAGGIO DEGLI EVENTI SENTINELLA - SIMES

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Sintesi 2014 - 2016

Dicembre 2017

Alcuni suggerimenti

- UTILIZZO LOCALE DELLA REPORTISTICA
- PRESENTAZIONE E CONDIVISIONE DEI DATI AI SOGGETTI INTERESSATI E RESPONSABILI (ad es. informazione e discussione in Collegio di Direzione, con presentazione delle azioni di miglioramento programmate e attuate)

REGIONE EMILIA-ROMAGNA
Atti amministrativi
GIUNTA REGIONALE
Delibera Num. 1943 del 04/12/2017
Seduta Num. 45

APPROVAZIONE REQUISITI GENERALI E PROCEDURE PER IL RINNOVO DELL'ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE

6° Criterio Appropriatezza clinica e sicurezza

6.3 La struttura adotta strumenti / metodi per la gestione del rischio e degli incidenti.

6.3.3. È presente una modalità formalizzata per la comunicazione degli eventi avversi di maggiore gravità.

Regione Emilia-Romagna

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Le procedure aziendali sugli eventi avversi di maggiore gravità

Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA
UFFICIO III

Linee guida per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in sanità

Roma, Giugno 2011

Monitoraggio regionale delle procedure aziendali gestione degli Eventi Avversi di maggiore gravità

Agenzia sanitaria e sociale regionale

agenas. AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

AGENZIA VALUTAZIONE CIVICA

Modulo integrativo sulla sicurezza del paziente					
3	DOC	Presenza nella procedura aziendale sulla segnalazione e gestione degli eventi avversi di maggiore gravità, delle indicazioni sulla comunicazione dell'evento avverso ai pazienti e/o ai familiari		Evidenza documentale (nella procedura aziendale sulla segnalazione e gestione degli eventi avversi di maggiore gravità)	
		· sì			10
		· no			0

Regione Emilia-Romagna
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Agenzia sanitaria e sociale regionale

agenas. AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

AGENZIA VALUTAZIONE CIVICA

Progetto Umanizzazione - Risultati

				Modulo integrativo sulla sicurezza del paziente (RER)									
Provincia	Comune	Denominazione struttura	Denominazione Struttura interna	1	2	2.1	3	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	4
			PUNTEGGIO MEDIO per ITEM	10,0	8,3	5,8	7,5	8,3	8,3	7,5	8,3	6,7	9,2

3. Presenza nella procedura aziendale sulla segnalazione e gestione degli eventi avversi di maggiore gravità di indicazioni sulla comunicazione dell'evento avverso ai pazienti e/o familiari

3.1 chi e quando deve comunicare l'accadimento dell'evento avverso

3.2 dove e come deve essere comunicato l'accadimento dell'evento avverso

3.3. contenuti della comunicazione (descrizione dei fatti, cosa si sta facendo per limitare le conseguenze dell'evento, le misure intraprese dalla struttura sanitaria)

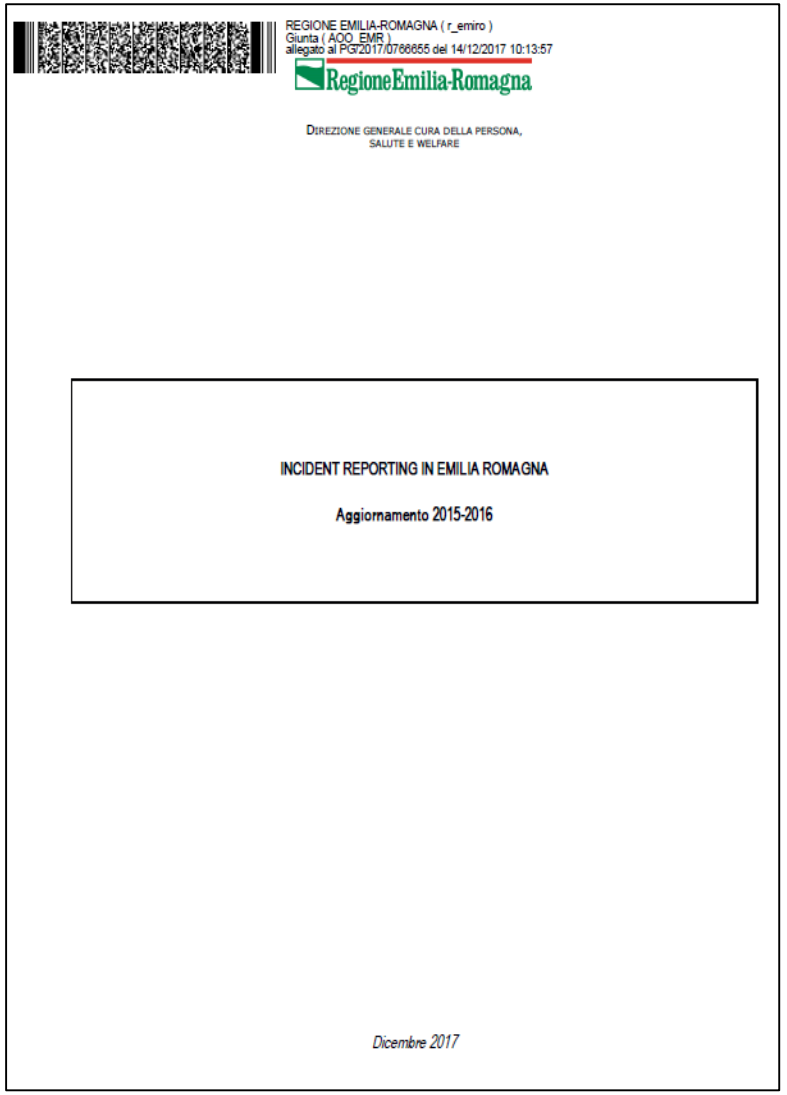
3.4. modalità di presa in carico del paziente nel post evento e azioni di sostegno/supporto per pazienti e familiari

3.5 indicazioni su soggetti e modalità con cui si forniscono a pazienti e familiari informazioni rispetto alla gestione di una eventuale controversia

Regione Emilia-Romagna

LA REPORTISTICA REGIONALE

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA



Alcuni suggerimenti

- Evidenza di disponibilità e diffusione di reportistica/dati sulle segnalazioni
- Utilizzo dei dati per azioni di miglioramento
- Evidenza di feedback ai professionisti che effettuano la segnalazione
- Condivisione dei dati delle segnalazioni con diversi soggetti: Direzioni, UUOO, rete dei referenti...
- Programmazione di una formazione periodica sulla segnalazione e sugli strumenti di analisi degli accadimenti (SEA, RCA, ecc.)
- Attività di sensibilizzazione alla segnalazione UUOO poco segnalanti (formazione, obiettivi di budget...)

LA PROPOSTA PER IL 2018
DELIBERA DI PROGRAMMAZIONE

3.1. Sicurezza delle cure

Sempre rispetto alla legge 24/2017 e al debito informativo verso l'Osservatorio Nazionale delle Buone Pratiche sulla Sicurezza nella Sanità, deve continuare ad essere assolto il flusso informativo relativo agli eventi sentinella – SIMES Ministero della Salute - e deve essere rilanciato e potenziato il sistema di incident reporting attraverso il coinvolgimento delle strutture attualmente non segnalanti.

Funzionalità del sistema di Incident Reporting attraverso modalità sistematiche di raccolta, analisi e valutazione dei dati ed evidenza di azioni di miglioramento su Unità Operative non segnalanti nel 2017;	evidenza di partecipazione al sistema di segnalazione da parte di almeno 3 strutture non segnalanti nel 2017

REGIONE EMILIA-ROMAGNA
Atti amministrativi
GIUNTA REGIONALE
Delibera Num. 1943 del 04/12/2017
Seduta Num. 45

APPROVAZIONE REQUISITI GENERALI E PROCEDURE PER IL RINNOVO DELL'ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE

6° Criterio Appropriatezza clinica e sicurezza

6.3 La struttura adotta strumenti / metodi per la gestione del rischio e degli incidenti.

6.3.4. Sono utilizzate check list di controllo negli specifici ambiti.

Regione Emilia-Romagna

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 2 aprile 2015, n. 70.

Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

Gestione del rischio clinico

- Sistema di segnalazione degli eventi avversi
- Identificazione del paziente, lista di controllo operatoria (c.d. *Checklist* operatoria) e Scheda unica di terapia

Ministero della Salute

Questionario LEA

AS.4.1 Utilizzo della Check list in Sala operatoria
La Regione deve indicare:

Numero di UO Chirurgiche con check list Chirurgica _____
Numero di UO Chirurgiche totali _____

7-2-2017 GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA *Serie generale* - n. 31

LEGGI ED ALTRI ATTI NORMATIVI

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 7 dicembre 2016, n. **261**.

Regolamento recante modifiche ed integrazioni del decreto 27 ottobre 2000, n. 380 e successive modificazioni, concernente la scheda di dimissione ospedaliera.

Art. 2.

Integrazione e aggiornamento delle informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera

1. All'articolo 1 del decreto del Ministro della sanità 27 ottobre 2000, n. 380, e successive modificazioni, il comma 1 è sostituito dal seguente:

«1. La scheda di dimissione ospedaliera si compone delle seguenti sezioni:

A. la sezione prima, che contiene le informazioni anagrafiche di seguito riportate:

B. la sezione seconda, che contiene le informazioni del seguente elenco, la cui numerazione riprende e prosegue la numerazione dell'elenco di cui alla precedente lettera *A)*:

30) intervento principale;

30-*bis*) intervento principale esterno;

30-*ter*) data intervento principale;

30-*quater*) ora inizio intervento principale;

30-*quinquies*) identificativo chirurgo intervento principale;

30-*sexies*) identificativo anestesista intervento principale;

30-*septies*) check list sala operatoria intervento principale;

31) interventi secondari;

31-*bis*) interventi secondari esterni;

32) data intervento secondario;

33) ora inizio intervento secondario;

34) identificativo chirurgo intervento secondario;

35) identificativo anestesista intervento secondario;

36) check list sala operatoria intervento secondario;

Regione Emilia-Romagna

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Regione Emilia-Romagna

DIREZIONE GENERALE

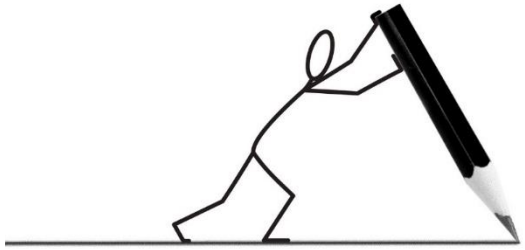
CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

CIRCOLARE N. 18

REGIONE EMILIA-ROMAGNA (r_emiro)
Giunta (AOO_EMR)
PG/2016/0749669 del 05/12/2016 10:43:04

OGGETTO: Specifiche per la gestione della Checklist di Sala Operatoria (Surgical Safety Checklist - SSCL) e Infezione del sito chirurgico (SIChER) - Anno 2017

SOS.net



Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico
in Emilia-Romagna

Interventi ortopedici
dal 01/01/2007 al 31/12/2012

SICh-ER
Regione Emilia-Romagna
Sorveglianza Infezioni del Sito Chirurgico

2017

Nuova

SDO

Check list

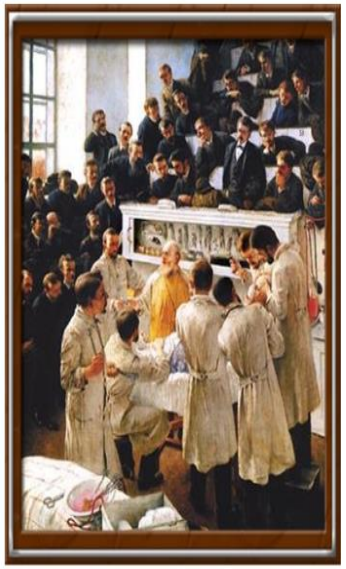
Sicher

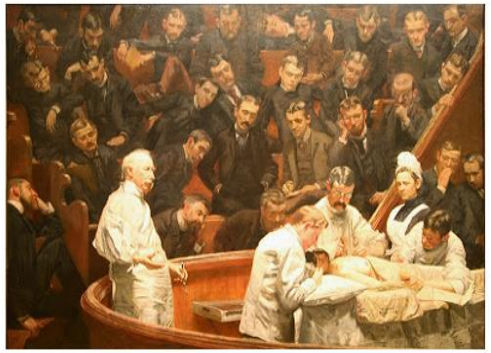
STRUMENTI PROATTIVI: OSSERVAZIONE DIRETTA

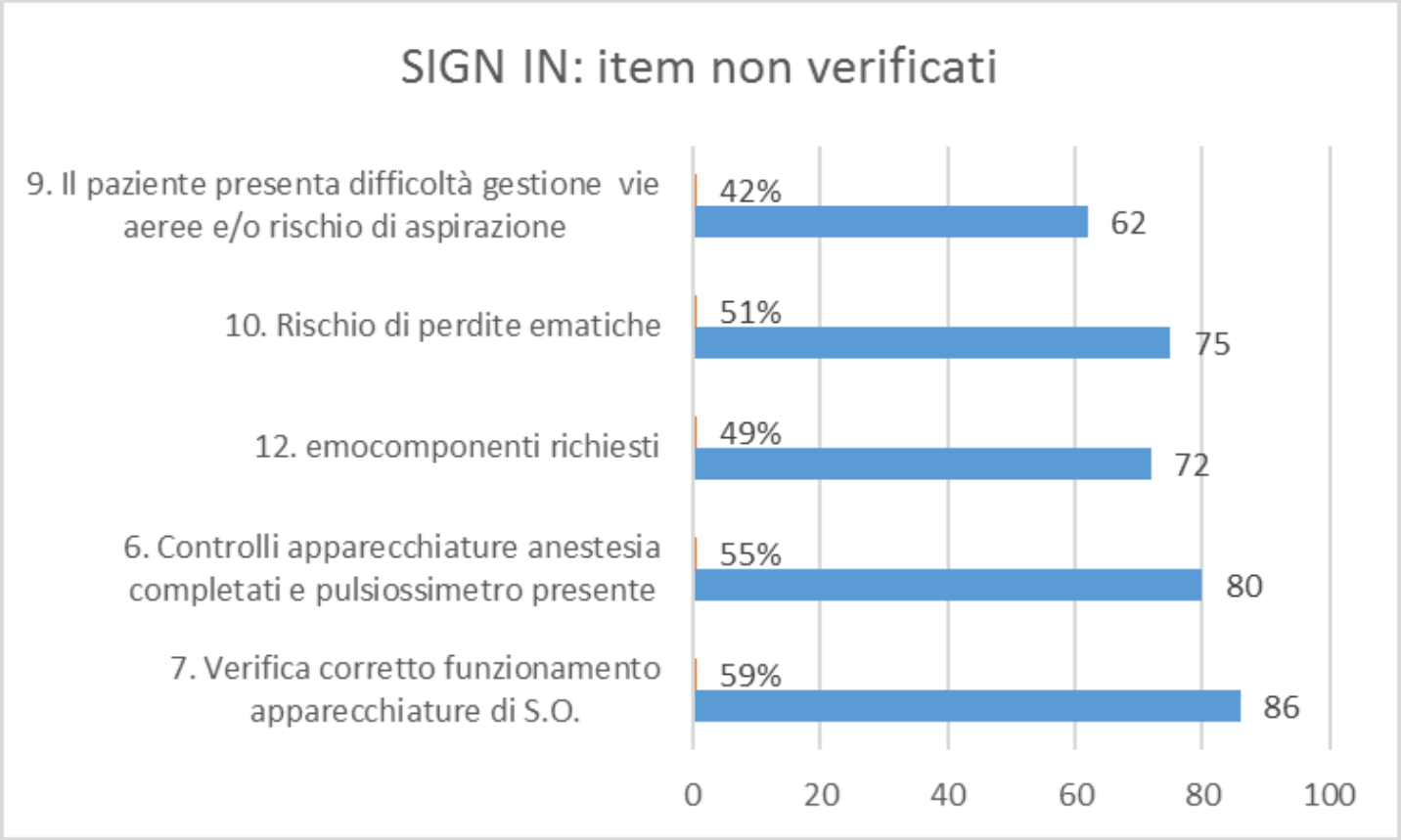
OssERvare

L'OSSERVAZIONE DIRETTA DELL'APPLICAZIONE DELLA SAFETY SURGERY CHECK LIST (SSCL) IN SALA OPERATORIA

Strumenti per il miglioramento dell'uso della checklist in sala operatoria







REGIONE EMILIA-ROMAGNA
Atti amministrativi
GIUNTA REGIONALE
Delibera Num. 1943 del 04/12/2017
Seduta Num. 45

APPROVAZIONE REQUISITI GENERALI E PROCEDURE PER IL RINNOVO DELL'ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE

6° Criterio Appropriatezza clinica e sicurezza

6.3 La struttura adotta strumenti / metodi per la gestione del rischio e degli incidenti.

6.3.5. Sono adottati strumenti proattivi per l'identificazione dei rischi (ad es.FMEA-FMECA, visite per la sicurezza).

Regione Emilia-Romagna

PROGETTO VI.SI.T.A.RE
VIsite per la SIcurezza, la Trasparenza e l'Affidabilità
Regione Emilia-Romagna

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

"VISITARE: promozione della rete delle sicurezze e implementazione delle raccomandazioni in Ospedale"

Anno 2014: Fase di Studio, Progettazione e Avvio della Formazione Team Aziende Sperimentatrici

Fase Sperimentale Anno 2015

- Aziende Sperimentatrici:

Azienda Usl Bologna

Azienda Usl Imola

Azienda Usl Ferrara

Policlinico di Modena

Montecatone Rehabilitation Institute

Azienda Usl Romagna (sede Cesena)

II.OO. Rizzoli Bologna

Implementazione RER 2016

- **Ospedalità Privata**

11 Strutture Partecipanti

35 professionisti – 22 Strutture da VISITARE

Formazione TEAM Aziendali

23 Marzo 2016

- **Aziende Sanitarie**

12 nuove adesioni 50 professionisti – 31 strutture da VISITARE

7 rinnovo adesione 28 professionisti – 11 strutture da VISITARE

Formazione TEAM Aziendali

7 Aprile 2016

100 professionisti
64 strutture da VISITARE

Regione Emilia-Romagna

PROGETTO VI.SI.T.A.RE
VIsite per la SIcurezza, la Trasparenza e l'Affidabilità
Regione Emilia-Romagna

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

"VISITARE: promozione della rete delle sicurezze e implementazione delle raccomandazioni in Ospedale"

Incontro di presentazione di alcune esperienze del settore privato: 22/06/2016

Elaborazione di documento di sintesi delle attività e dei risultati

Regione Emilia-Romagna
DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

PROGETTO VI.SI.T.A.RE
VIsite per la SIcurezza, la Trasparenza e l'Affidabilità
Regione Emilia-Romagna

"VISITARE: promozione della rete delle sicurezze e implementazione delle raccomandazioni in Ospedale"

Luglio 2017

TEAM ORGANIZZAZIONI SANITARIE PRIVATE ACCREDITATE

- **Casa di Cura Villa Chiara Bologna**: G. Felinciangeli, G. Franceschini, F. Grasiosi
- **Casa di Cura Villa Erbosa Bologna**: G. Finzi, G. Morrone, F. Gaggioli, G. Ferriani
- **Casa di Cura Villa Laura Bologna**: W. Domeniconi, A. Gagliani, L. Arfilli
- **Casa di Cura Villa Rosa di Modena**: C. Argentieri, M.P. Barbieri, A. Camurri, E. Lugli
- **Casa di Cura Villa Pineta Modena**: A. Scorzoso, C. Bonan
- **Casa di Cura Prof. Fogliani Srl Modena** E. Giusti, E. Nicoli, A. Tripoli
- **Casa di Cura Villa Verde Reggio Emilia**: S. Roti, O. Cassiani, M. Bonezzi, M. Viscomi
- **Centro Cardinal Ferrari Parma**: E. Papanastasiou, R. Comberiati, S. Lombardi
- **Casa di Cura Villa Azzurra di Ravenna**: C. Argentieri, P. Fantoni, L. Di Giorgio, R. Pasini, L. Malaffo
- **Villa Torri Hospital**: A. Sermenghi, C. Magelli, C. Agrati

Pubblicazione del Progetto e dei materiali sul sito regionale:
http://salute.regione.emilia-romagna.it/assistenza-ospedaliera/sicurezza-cure/buone-pratiche-regionali-per-la-sicurezza-delle-cure

Regione Emilia-Romagna

STRUMENTI PROATTIVI: SEA

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

In generale su tutti gli eventi significativi

Significant

Event

Audit

NHS
National Patient Safety Agency

National Reporting and Learning Service

Guida rapida per la conduzione di un Significant Event Audit

Condurre un Significant Event Audit (SEA) efficace permette a voi e al vostro gruppo di fare emergere i punti di forza e debolezza dell'assistenza da voi fornita ed imparare da questa esperienza.

Migliorare la qualità e la sicurezza dell'assistenza fornita al paziente è una priorità della Clinical Governance nell'ambito delle cure primarie e il SEA gioca un ruolo importante nell'ottica del raggiungimento di questo obiettivo.

Questa guida rapida per la conduzione di un SEA efficace aiuterà voi ed il vostro gruppo a migliorare l'assistenza fornita ai pazienti di cui vi occupate.

Le sette fasi del Significant Event Audit

Fase 1 – ***Consapevolezza e prioritarizzazione di un evento avverso***

Quando si verifica un evento avverso, lo staff medico dovrebbe confidare nelle proprie capacità di identificarlo e metterlo in cima alla lista delle priorità. La pratica dovrebbe prevedere un impegno costante nell'attività clinica di routine e nello svolgimento regolare di audit su eventi avversi.

Applicati a progetti specifici

Near miss ostetrici

ItOSS
Italian Obstetric Surveillance System

ItOSS
Italian Obstetric Surveillance System

Le procedure di audit

Il Sentinel Event Audit (SEA), già adottato dal progetto pilota di sorveglianza della mortalità materna, promuove l'abitudine al confronto tra pari, facilita una revisione critica del caso clinico e la promozione di una cultura "no blame".

L'audit deve essere «facilitato» rispondendo ai seguenti quesiti:

1. **Cosa è accaduto?**
2. **Perché è accaduto?**
3. **Cosa è possibile imparare dall'analisi dell'evento?**
4. **Quali azioni è possibile intraprendere per prevenire casi analoghi?**

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 2 aprile 2015, n. 70.

Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

Gestione del rischio clinico

- Sistema di segnalazione degli eventi avversi
- Identificazione del paziente, lista di controllo operatoria (c.d. *Checklist* operatoria) e Scheda unica di terapia
- Sistemi di raccolta dati sulle infezioni correlate all'assistenza, sorveglianza microbiologica, adozione delle procedure che garantiscono l'adeguatezza e l'efficienza dell'attività di sanificazione disinfezione e sterilizzazione, protocolli per la profilassi antibiotica e procedura per il lavaggio delle mani
- Programmi di formazione specifica.

LA SICUREZZA NEGLI ALTRI CAPITOLI

4° Criterio Competenze del Personale

4.1 L'organizzazione dispone di un sistema per la programmazione e verifica della formazione al fine del mantenimento e dello sviluppo delle competenze.

4.1.4. Il sistema tiene conto dei bisogni dell'organizzazione che comprendono anche i temi del rischio clinico e della sicurezza.

Alcuni suggerimenti

- Nel Piano aziendale della formazione e nel Rapporto annuale della formazione (PAF e RAF) è adeguatamente rappresentata la tematica della sicurezza delle cure e del rischio clinico?
- Per la rilevazione dei bisogni formativi aziendali si tiene conto anche dei dati rilevati attraverso le fonti informative relative alla sicurezza delle cure?
- La formazione specifica professionale aziendale è focalizzata anche sulle criticità clinico assistenziali riscontrate in caso di analisi di eventi avversi?

Regione Emilia-Romagna

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Agenzia sanitaria e sociale regionale

agenas. AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

AGENZIA VALUTAZIONE CIVICA

LA SICUREZZA NEGLI ALTRI CAPITOLI

2° Criterio Prestazioni e Servizi

2.5 L'organizzazione ha definito il sistema di gestione della documentazione sanitaria.

2.5.2.	Sono definite le modalità di aggiornamento, compilazione e tenuta (gestione, uso da parte dei professionisti) della documentazione sanitaria, anche nei trasferimenti di setting assistenziali, ai fini della sicurezza dei pazienti, in linea con il livello di informatizzazione posseduto
2.5.3.	Sono previste modalità di verifica della documentazione sanitaria, di conservazione e archiviazione, integrità, accesso e sicurezza, tenendo conto delle indicazioni normative vigenti
2.5.4.	Sono previste modalità per garantire il rispetto della normativa vigente in materia di documentazione, privacy e riservatezza delle informazioni
2.5.5.	Sono previste modalità per garantire la rintracciabilità di attività legate a protocolli di ricerca/studi clinici
2.5.6.	Sono previste modalità di valutazione della qualità della documentazione sanitaria

Regione Emilia-Romagna

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

DGR 1706/2009

Individuazione di aree di miglioramento della qualità delle cure e integrazione delle politiche assicurative e di gestione del rischio

6. CORRETTA TENUTA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

SOLUZIONI PROPOSTE

- Individuazione di responsabilità per la corretta compilazione, tenuta ed archiviazione delle cartelle cliniche
- Definizione di requisiti minimi di "struttura" (sezioni, formato) della cartella clinica
- Definizione di modalità univoche di identificazione (numero nosologico) e di archiviazione
- Definizione dei requisiti di contenuto (rintracciabilità, chiarezza, veridicità, completezza, pertinenza)
- Adozione di un modello integrato di cartella clinica: diario clinico (medico-infermieristico condiviso), scheda unica di terapia
- Definizione di un programma di verifiche periodiche sulla qualità delle cartella cliniche su un campione di

OBIETTIVI

- Definire e applicare procedura aziendale
- Utilizzo di check list di chiusura della cartella clinica
- Verifiche su almeno il 5% delle cartelle cliniche per la valutazione di conformità rispetto alla check list.

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

Art. 4

Trasparenza dei dati

1. Le prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e private sono soggette all'obbligo di trasparenza, nel rispetto del codice in materia di protezione dei dati personali, di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196.

2. La direzione sanitaria della struttura pubblica o privata, entro sette giorni dalla presentazione della richiesta da parte degli interessati aventi diritto, in conformità alla disciplina sull'accesso ai documenti amministrativi e a quanto previsto dal codice in materia di protezione dei dati personali, di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, fornisce la documentazione sanitaria disponibile relativa al paziente, preferibilmente in formato elettronico; le eventuali integrazioni sono fornite, in ogni caso, entro il termine massimo di trenta giorni dalla presentazione della suddetta richiesta. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le strutture sanitarie pubbliche e private adeguano i regolamenti interni adottati in attuazione della legge 7 agosto 1990, n. 241, alle disposizioni del presente comma.

LEGGE 22 dicembre 2017, n. **219**.

Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.

Regione Emilia-Romagna

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

IL GOVERNO CLINICO

2.4 L'organizzazione effettua valutazioni del grado di aderenza a percorsi clinico-assistenziali e/o linee guida della qualità del percorso di cura come percepito da parte dei pazienti e/o dei caregiver.	2.4.1. È effettuata la valutazione della qualità del percorso di assistenza, mediante Indicatori e Audit
	2.4.2. Sono effettuati interventi di miglioramento della qualità dei percorsi assistenziali sulla base dei risultati delle analisi effettuate
	2.4.3. È garantito il ritorno delle informazioni relative ai risultati di audit, di altri metodi di valutazione e di percorsi di miglioramento a tutti gli operatori coinvolti
	2.4.4. Sono informate le parti interessate, Strutture e Professionisti esterni all'organizzazione, sulle attività di valutazione svolte raccogliendo i loro suggerimenti ai fini del miglioramento.

1.5 La struttura ha formalizzato un programma di valutazione documentata della qualità delle prestazioni e dei servizi erogati ai diversi livelli aziendali finalizzato al miglioramento delle performance.

6° Criterio Appropriatezza clinica e sicurezza	
6.1 La struttura promuove lo sviluppo di strumenti che favoriscano l'appropriatezza nella pratica professionale.	6.1.1. I professionisti sono coinvolti nell'implementazione, applicazione e valutazione di protocolli, linee guida e percorsi.
	6.1.2. Sono presenti attività di valutazione/autovalutazione degli esiti utilizzando indicatori definiti o strumenti che permettano di valutare i risultati attesi.
	6.1.3. Sono definiti obiettivi di budget/ linee di indirizzo/ programmi per lo sviluppo degli strumenti utili per scelte professionali appropriate.
	6.1.4. Presenza di percorsi integrati, linee guida, buone pratiche professionali e altri strumenti approvati dalla direzione.
	6.1.5. È presente un sistema strutturato di governo finalizzato allo sviluppo, implementazione e valutazione degli strumenti utilizzati.
	6.1.6. Sono utilizzati i dati di valutazione per le decisioni successive.

CONCLUSIONI: UN MODELLO INNOVATIVO DA CONSOLIDARE

La strategia del governo clinico, così come delineata nella normativa recente della Regione Emilia Romagna, si caratterizza per il fatto di delineare una *framework* di carattere generale entro la quale viene lasciato all'autonomia delle Aziende sanitarie, mediante gli strumenti degli Atti aziendali e dei relativi Regolamenti attuativi, di delineare i contorni e i contenuti precisi che tale strategia deve assumere nella specificità storico-istituzionale e socio-culturale dei diversi contesti locali: dalla composizione del Collegio di Direzione alle forme e modalità delle relazioni tra esso e gli altri organi dell'Azienda, dall'esercizio delle funzioni del Collegio di Direzione alle forme di rappresentanza nel Collegio aziendale delle professioni sanitarie (art. 3, c.4, l.r. 29/2004).

Il risultati del presente progetto di ricerca evidenziano come il recepimento di tali prerogative da parte degli Atti aziendali sin qui approvati presenti un quadro differenziato e variegato di interpretazioni del governo clinico che vanno da un sostanziale mantenimento di un governo monocratico dell'Azienda a uno più partecipato nel quale l'aziendalizzazione viene reinterpretata come un sistema maggiormente articolato e condiviso di autonomie e di responsabilità.

Se dall'ambito della struttura organizzativa formale ci si sposta poi su quello della struttura informale delle relazioni interne, si evidenzia una situazione ancora in molti casi embrionale di implementazione della strategia del governo clinico: in particolare, il Collegio di Direzione è in tutti i casi considerati un organo ancora da definire nella sua composizione, nel suo funzionamento e, soprattutto, nel suo ruolo, che oscilla da uno riduttivo di mera informazione-consultazione rispetto a decisioni già prese dall'Alta Dirigenza a un sovraccarico di aspettative che ne fanno una sorta di nuovo organo di governo aziendale di tipo assembleare.

Volendo tentare, in conclusione, anche una valutazione quantitativa dei risultati ottenuti dal nostro percorso di ricerca, potremmo dal punto di vista degli standard di riferimento prendere in considerazione i cinque elementi di *benchmarking* di eccellenza dei processi di *governance* organizzativa indicati da Taylor (2000):

- una *mission* e una *vision* chiaramente articolate;
- una cultura orientata al risultato;
- una leadership in partnership;
- focus sul miglioramento continuo;
- organi di dimensioni gestibili (7-15 membri).

Nel complesso potremmo dunque affermare che il processo di implementazione della strategia del governo clinico può essere considerato solo parzialmente realizzato nelle aziende sanitarie della regione: in particolare, è il problema della leadership in partnership a costituire il punto debole su cui è necessario concentrare la propria attenzione, con particolare riguardo alla composizione, al ruolo e alle funzioni del Collegio di Direzione.

Programma Nazionale Esiti - PNE

Misurare per migliorare: gli indicatori piu' rappresentativi

Presentiamo gli indicatori di esito e processo* più rappresentativi di questa edizione PNE 2017.

Frattura del collo del femore

L'intervento tempestivo sulla frattura del collo del femore nell'anziano, riducendo la mortalità e l'insorgenza di complicanze post-operatorie, determinando una minore durata del dolore e migliorando il recupero degli outcome funzionali, consente di controllare le ricadute economiche e sociali e in termini di salute di quella che, a livello globale, è tra le 10 maggiori cause di disabilità ("World Report on Disability" - World Health Organization 2011). I risultati PNE 2017 evidenziano come sia migliorata la tempestività di intervento chirurgico sulle fratture del collo del femore sopra i 65 anni di età entro le 48 ore: se nel 2010 solo il 31% dei pazienti veniva operato entro due giorni, nel 2016 la proporzione di interventi tempestivi è del 58%, con circa 112.000 i pazienti che dal 2010 hanno beneficiato dell'intervento tempestivo (interventi tempestivi guadagnati), di cui 32.000 nell'ultimo anno. Al miglioramento a livello nazionale si affianca il ridimensionamento della variabilità interregionale, con un progressivo avvicinamento delle regioni del Sud ai risultati conseguiti dalle regioni del Nord Italia e un conseguente aumento delle condizioni di equità di accesso a un trattamento di provata efficacia nella riduzione della mortalità e della disabilità. Il Regolamento del Ministero della Salute sugli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera (DM 70) fissa al 60% la proporzione minima per struttura di interventi chirurgici entro 2 giorni su pazienti con frattura del collo del femore di età maggiore di 65 anni. Dalle 70 strutture che nel 2010 rientravano in questo standard, si è passati nel 2016 a 245 strutture ospedaliere che si collocano al di sopra della soglia prevista, di cui 60 con valori in linea con lo standard internazionale (superiore all'80%).

Taglio cesareo

L'Organizzazione Mondiale della Sanità sin dal 1985 afferma che una proporzione di cesarei superiore al 15% non è giustificata. Il parto con taglio cesareo rispetto al parto vaginale comporta maggiori rischi per la donna e per il bambino e dovrebbe essere effettuato solo in presenza di indicazioni specifiche. Il regolamento del Ministero della Salute sugli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera fissa al 25% la quota massima di cesarei primari per le maternità con più di 1000 parti annui e 15% per le maternità con meno di 1.000 parti annui. La proporzione di parti cesarei primari continua a scendere progressivamente dal 29% del 2010 al 24,5% del 2016 (per la prima volta sotto la soglia del 25%), con differenze importanti all'interno di ogni singola regione e tra le regioni. Si stima che dal 2010 siano circa 58.500 le donne alle quali è stato risparmiato un taglio cesareo primario, di cui 13.500 nel 2016.

NEWSLETTER AGENAS

agenews

Ministero della Salute

Data di pubblicazione: **26 gennaio 2018**,

Al via il nuovo Piano di monitoraggio dell'assistenza sanitaria del Ministero della Salute

Le indicazioni prendono spunto da un'attenta verifica delle performance raggiunte. Sulla base di quanto previsto dal Decreto Ministeriale 70/2015 "Regolamento degli standard ospedalieri", infatti, è stato istituito un processo di monitoraggio capillare e di verifica costante sull'efficienza di Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), Strutture private accreditate. Il meccanismo di valutazione e le informazioni raccolte consentono di rilevare e valutare le performance delle strutture ospedaliere al livello del singolo reparto. I dati sono stati vagliati sulla base di criteri oggettivi validati dalla comunità scientifica, prendendo in considerazione anche le specificità del territorio e della popolazione del bacino di riferimento. A ogni Regione, sono segnalate eventuali anomalie del singolo reparto: sottodimensionamento, target non raggiunti, sovrapposizioni con altre realtà limitrofe, necessità di riconversione. Al tempo stesso viene indicato l'obiettivo da raggiungere.

I PRIMI RISULTATI DEL MONITORAGGIO

Dall'analisi effettuata in base ai dati del 2016 è emerso come il 48,3% delle strutture che effettuano l'Angioplastica Coronarica Transluminale Percutanea (PTCA) non rispettano gli standard.

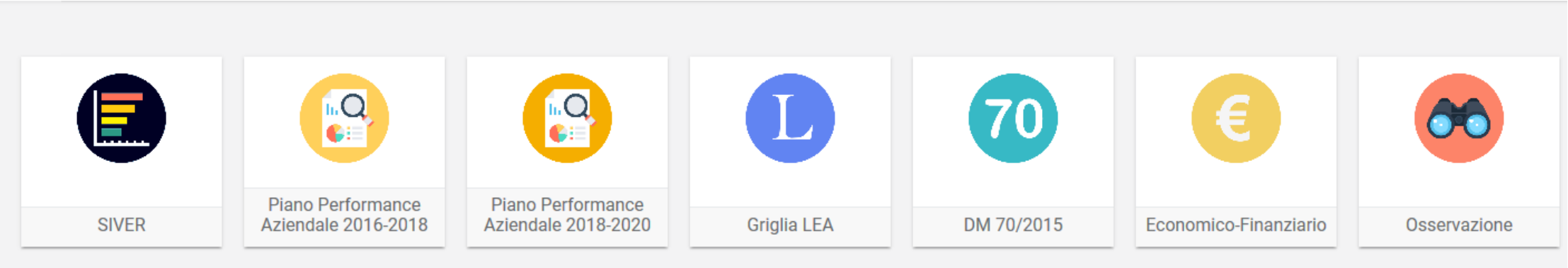
Inoltre, solo il 16,2% delle strutture che effettuano interventi su tumori alla mammella sono entro gli standard.

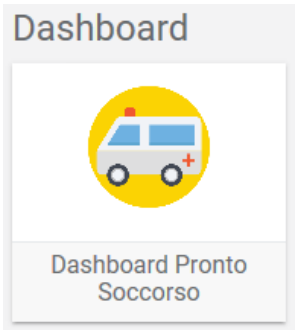
Il 22,4% dei punti nascita è sotto la soglia standard dei 500 parti l'anno.

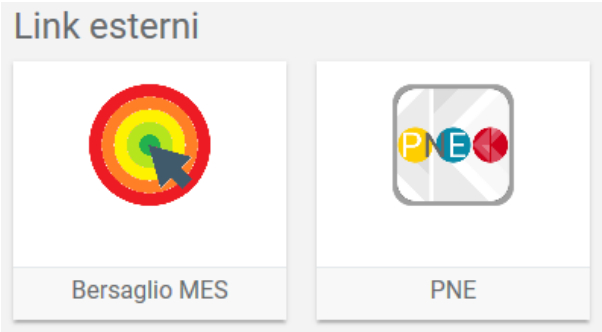
Regione Emilia-Romagna

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

InSiDER - Indicatori Sanità e Dashboard Emilia Romagna







1.5.1 Il programma prevede l'utilizzo di indicatori di valutazione afferenti al sistema informativo regionale e alla qualità dalla parte del cittadino

1.5.6 I sistemi di valutazione aziendale sono integrati (performance, risultato, budget, ecc.).

Alcuni Indicatori Piano della Performance

APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	IND0621	Sepsi post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici
APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	IND0622	Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici
APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	IND0210	Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di Risonanza Magnetica (RM) x 100 residenti - GRIGLIA LEA [V/R] (Flusso ASA)
APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	IND0213	Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA [V/R] (Flusso SDO)
APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	IND0214	Tasso std di accessi di tipo medico x 1.000 residenti - GRIGLIA LEA [V/R] (Flusso SDO)
APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	IND0216	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario - GRIGLIA LEA [V/E] (Flusso SDO)
APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	IND0333	% nuovi pazienti ultra 80enni in terapia con statine in prevenzione primaria (Flussi AFT e FED)
APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	IND0343	Tasso di prescrizione di farmaci antibiotici in età pediatrica x 1.000 residenti (Flussi AFT e FED)
APPROPRIATEZZA, QUALITA', SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	IND0421	% di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno

- **Ad esempio, integrazione tra indicatori Piano della Performance/indicatori e indicatori scelti per il monitoraggio/controllo del rischio infettivo**

RegioneEmilia-Romagna

6° Criterio Appropriatezza clinica e sicurezza

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E DELL'ORDINAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Ufficio III ex D.G.PROGS

L'**appropriatezza**

comporta implicazioni dirette e indirette riguardanti

la procedura corretta sul paziente *giusto* al momento opportuno e nel *setting* più adatto

Ministero della Salute

Questionario LEA

G) APPROPRIATEZZA

- adottare i criteri e le modalità per l'erogazione delle prestazioni che non soddisfano il principio di appropriatezza organizzativa e di economicità nell'utilizzazione delle risorse, in attuazione del punto 4.3 dell'Accordo Stato-Regioni del 22 novembre 2001 (allegato 1 – punto 2, lettera g dell'Intesa del 23 marzo 2005). La relativa verifica avviene secondo le modalità definite nell'accordo Stato Regioni del 1° luglio 2004, atto rep. n. 2035 (art. 52, comma 4, lettera b), della legge 27 dicembre 2002, n.289);
- si conviene che la lista dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriatezza, di cui all'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001, venga integrata dalle Regioni e dalle Province autonome in base alla lista contenuta negli elenchi A e B allegati alla presente intesa. Le Regioni e le Province Autonome assicurano l'erogazione delle prestazioni già rese in regime di ricovero ordinario, in regime di ricovero diurno ovvero in regime ambulatoriale. Nel caso di ricorso al regime ambulatoriale, le Regioni e le Province Autonome provvedono a definire per le singole prestazioni o per pacchetti di prestazioni, in via provvisoria, adeguati importi tariffari e adeguate forme di partecipazione alla spesa, determinati in maniera da assicurare minori oneri a carico del Servizio sanitario nazionale rispetto all'erogazione in regime ospedaliero (art. 6, comma 5 dell'Intesa Stato-Regioni 3 dicembre 2009).
- DL 6/07/2012 n. 95 conv. nella Legge 7 agosto 2012, n. 135 - TITOLO III, art. 15 comma 10 ("al fine di incrementare l'appropriatezza amministrativa e l'appropriatezza d'uso dei farmaci il Comitato ed il Tavolo di verifica degli adempimenti di cui agli artt. 9 e 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 verificano annualmente che da parte delle Regioni si sia provveduto a garantire l'attivazione ed il funzionamento dei registri dei farmaci sottoposti a registro e l'attivazione delle procedure per ottenere l'eventuale rimborso da parte delle aziende farmaceutiche interessate. I registri dei farmaci di cui al presente comma sono parte integrante del sistema informativo del Servizio sanitario nazionale").
- *Accordo Stato-Regioni 10 febbraio 2011* concernente il Piano d'indirizzo per la riabilitazione; vanno promosse a livello nazionale iniziative adeguate di osservazione e monitoraggio delle fasi di implementazione del Piano di indirizzo per la riabilitazione da parte delle amministrazioni regionali (articolo 2 dell'Accordo Stato-Regioni del 10 Febbraio 2011 – Piano di Indirizzo per la Riabilitazione).

Nome referente regionale _____
Telefono _____ **E-mail** _____

G.1 Appropriatezza organizzativa nell'erogazione delle prestazioni di cui all'allegato B al Patt per la salute (DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di degenza ordinaria) e dell prestazioni di cui all'allegato A al Patto per la salute (Prestazioni ad alto rischio di no appropriatezza in regime di day surgery trasferibili in regime ambulatoriale).

Elaborazione a cura del Ministero della salute, secondo la metodologia riportata dettagliatamente nelle Note per la compilazione.

G.2 Saranno oggetto di valutazione i valori assunti dalla Regione per gli indicatori relativ all'appropriatezza nelle prestazioni di ricovero ospedaliere individuati dal Tavolo tecnico per l definizione dei criteri/parametri di appropriatezza ed efficacia dei ricoveri post acuti.

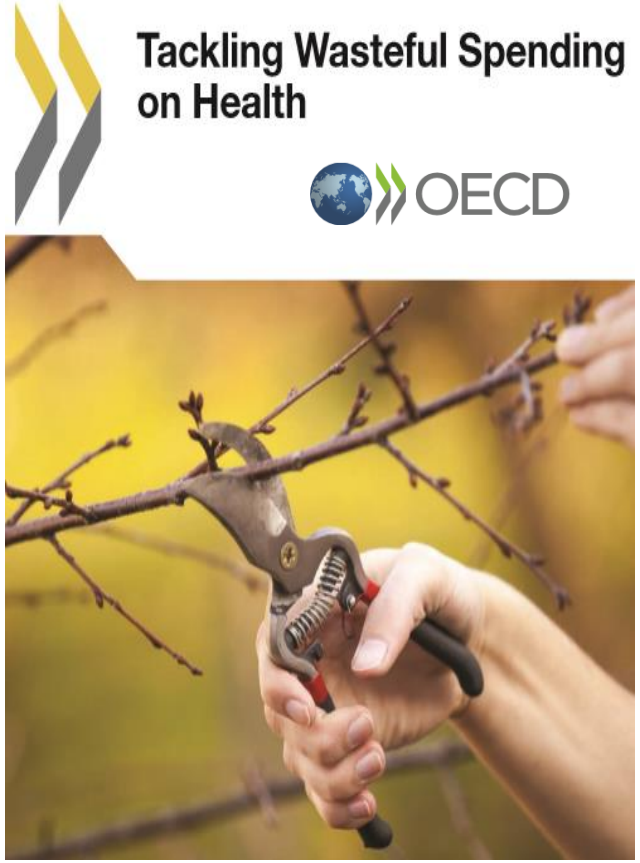
Compilazione a cura del Ministero (fonte dati SDO)

	2014	2015	2016
% ricoveri a rischio di inappropriatezza clinica			
% ricoveri a alto rischio di inappropriatezza organizzativa			
% giornate di giornate di degenza a rischio di inefficienza			

Le modalità di calcolo degli indicatori sono riportate nelle Note per la compilazione.

Wasteful clinical care in health care systems

Chapter 2. Producing the right health care: Reducing low-value care and adverse events .....



STABILITÀ 2016

539. Per la realizzazione dell'obiettivo di cui al comma 538, ai fini di cui all'articolo 3-bis del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, le regioni e le province autonome di Trento e di 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.

b) rilevazione del rischio di inappropriatezza nei percorsi diagnostici e terapeutici e facilitazione dell'emersione di eventuali attività di medicina difensiva attiva e passiva;

REGIONE EMILIA-ROMAGNA
Atti amministrativi
GIUNTA REGIONALE
Delibera Num. 1943 del 04/12/2017
Seduta Num. 45

APPROVAZIONE REQUISITI GENERALI E PROCEDURE PER IL RINNOVO DELL'ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE

6° Criterio Appropriatezza clinica e sicurezza

6.1 La struttura promuove lo sviluppo di strumenti che favoriscano l'appropriatezza nella pratica professionale.	6.1.1. I professionisti sono coinvolti nell'implementazione, applicazione e valutazione di protocolli, linee guida e percorsi.
	6.1.2. Sono presenti attività di valutazione/autovalutazione degli esiti utilizzando indicatori definiti o strumenti che permettano di valutare i risultati attesi.
	6.1.3. Sono definiti obiettivi di budget/ linee di indirizzo/ programmi per lo sviluppo degli strumenti utili per scelte professionali appropriate.
	6.1.4. Presenza di percorsi integrati, linee guida, buone pratiche professionali e altri strumenti approvati dalla direzione.

Regione Emilia-Romagna

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

TRA LINEE GUIDA, RACCOMANDAZIONI E BUONE PRATICHE

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

Art. 5
Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida

1. Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della salute, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, e da aggiornare con cadenza biennale. In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali.

Gravidanza fisiologica
AGGIORNAM

Ministero della Salute

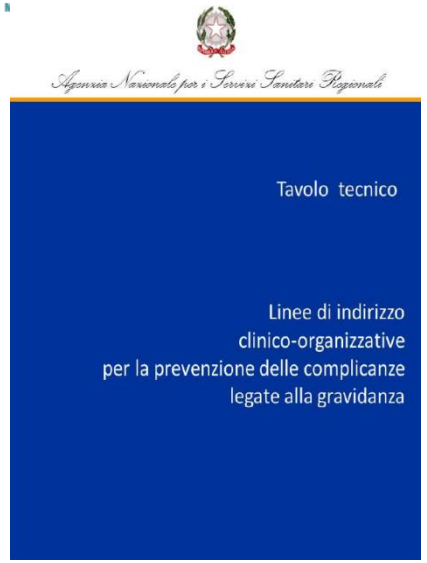
DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA
UFFICIO III

RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE MATERNA O MALATTIA GRAVE CORRELATA AL TRAVAGLIO E/O PARTO

La morte materna rappresenta un evento drammatico che può essere determinato anche da standard assistenziali inappropriati

La mortalità e la morbosità materna correlate al travaglio e/o parto sono fenomeni sempre più rari nei paesi socialmente avanzati. Tuttavia, le indagini confidenziali e i comitati sulla mortalità materna, istituiti in diversi paesi europei, rilevano un'incidenza del fenomeno maggiore di quanto le notifiche volontarie riportino e stimano che circa la metà delle morti materne rilevate potrebbe essere evitata grazie a migliori standard assistenziali (1-3).

Raccomandazione n. 6, Marzo 2008


Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Tavolo tecnico

Linee di indirizzo
clinico-organizzative
per la prevenzione delle complicanze
legate alla gravidanza

Regione Emilia-Romagna

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

I DECRETI

MINISTERO DELLA SALUTE

Decreto 02 agosto 2017

Elenco delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie

(G.U. Serie Generale , n. 186 del 10 agosto 2017)

Responsabilità professionale: sette quesiti Fism al ministero sul decreto per l'iscrizione delle Società mediche agli elenchi per predisporre le linee guida

La Fism, Federazione delle Società medico-scientifiche italiane, ha inviato al ministero della Salute sette domande sul decreto per l'iscrizione delle Società scientifiche all'elenco di chi elaborerà le linee guida previste dalla legge 24/2017. Oggetto dei dubbi la compilazione degli allegati del decreto "che presenta alcune importanti criticità". L'INTERPELLO FISM.

Chiarimenti

A seguito dell'entrata in vigore del DM 2 agosto 2017, sono pervenuti al parte di soggetti interessati a presentare istanza per l'iscrizione nell'El compilazione del modulo di domanda consulta

- Nota di chiarimento del 23 ottobre 2017 (pdf. 167 Kb)

Vedi anche:

- Nota dell'Ufficio legislativo dell'11 ottobre 2017 (pdf. 329 Kb)

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 27 febbraio 2018
Istituzione del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG)
(GU n.66 del 20-3-2018)

Art. 1
Sistema nazionale linee guida

1. Il Sistema nazionale linee guida, di seguito (SNLG) e' istituito presso l'Istituto superiore di sanita' e costituisce l'unico punto di accesso alle linee guida di cui all'art. 5 della legge n. 24 del 2017, e ai relativi aggiornamenti.

Art. 2
Istituzione del Comitato strategico

1. La gestione del SNLG e' attribuita ad un Comitato strategico, istituito presso l'Istituto superiore di sanita' e composto da:
a) presidente dell'Istituto superiore di sanita', in qualita' di coordinatore;
b) direttore del Centro nazionale per l'eccellenza clinica, la qualita' e la sicurezza delle cure, di seguito (CNEC) dell'Istituto superiore di sanita';
c) direttore generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute;
d) direttore generale della prevenzione sanitaria del Ministero della salute;
e) direttore generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del Servizio sanitario nazionale del Ministero della salute;
f) direttore generale della ricerca e dell'innovazione in sanita';
g) direttore generale dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali (AGENAS);
h) direttore generale dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA);
i) presidente del Consiglio superiore di sanita';
j) quattro rappresentanti della Commissione salute della Conferenza delle regioni e delle province autonome.

Ministero della Salute

IL MINISTRO

DECRETA:

Art.2

(Funzioni dell'Osservatorio)

e) individua idonee misure per la prevenzione e la gestione del rischio sanitario e per il monitoraggio delle buone pratiche per la sicurezza delle cure da parte delle strutture sanitarie,

Ministero della Salute

Governo clinico, qualità e sicurezza delle cure

Raccomandazioni agli operatori

SNLG dell'Istituto Superiore di Sanità

Editoriale | Informazioni | Buone pratiche | Linee guida | Piattaforma SNLG

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 27 febbraio 2018.

Istituzione del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG).

Art. 1.

Sistema nazionale linee guida

1. Il Sistema nazionale linee guida, di seguito (SNLG) è istituito presso l'Istituto superiore di sanità e costituisce l'unico punto di accesso alle linee guida di cui all'art. 5 della legge n. 24 del 2017, e ai relativi aggiornamenti.

1. **Definizione delle priorità.**
2. **Stewardship**
3. **Trasparenza**
4. **Linee guida patient oriented**
5. **Offerta di indicatori e schemi di percorsi clinici**
6. **Nuovi standard metodologici di riferimento per gli sviluppatori**
7. **Produzione diretta di LG da parte dell'ISS**
8. **Buone pratiche clinico-assistenziali**
9. **Istruzioni per l'uso**
10. **Aggiornamento costante**

Regione Emilia-Romagna

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Raccomandazioni, linee guida e buone pratiche NAZIONALI E REGIONALI

Numero	Titolo	Data
17	Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica	Dicembre 2014
16	Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso>2500 grammi non correlata a malattia congenita	Aprile 2014
15	Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso	Febbraio 2013
14	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici	Novembre 2012
13	Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	Novembre 2011
12	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"	Agosto 2010
11	Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero) N.B. La Raccomandazione è stata sottoposta all'attenzione del Coordinamento delle Regioni e Province Autonome per la Sicurezza dei pazienti, per cui potrebbe subire delle modifiche	Gennaio 2010
10	Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati	Settembre 2009
9	Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	Aprile 2009
8	Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	Novembre 2007

Le raccomandazioni regionali

- Linee di indirizzo regionali sulle cadute in ospedale (pdf, 2.4 MB)
- Linee di indirizzo per la gestione clinica dei farmaci (pdf, 683.0 KB)
- Raccomandazione regionale n. 3: "Sicurezza nella terapia farmacologica. Gestione sicura dei farmaci antineoplastici" (pdf, 1.4 MB)
- Raccomandazione regionale per la sicurezza nella terapia farmacologica n. 2: "Processo di ricognizione e di riconciliazione farmacologica per una prescrizione corretta e sicura" (pdf, 168.7 KB)
- Indicazioni per la gestione in sicurezza delle preparazioni a base di potassio cloruro concentrato / Usi clinici delle preparazioni a base di potassio (pdf, 112.1 KB)
- Raccomandazioni regionali per la sicurezza in sala operatoria (pdf, 272.1 KB)
- Raccomandazioni regionali per la prevenzione dei suicidi nel territorio (pdf, 758.7 kB)
- Raccomandazioni regionali per la prevenzione dei suicidi in ospedale (pdf, 358.3 kB)
- Raccomandazione regionale per la prevenzione della violenza a danno degli operatori sanitari (pdf, 139.4 KB)
- Linee di indirizzo su prevenzione e gestione dell'allontanamento del paziente preso in carico da strutture sanitarie (pdf, 710.1 KB)
- Raccomandazione per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto (pdf, 102.0 KB)
- Disciplina delle contenzioni fisiche nei Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (Regione Emilia-Romagna) (pdf, 137.7 KB)
- Individuazione di aree di miglioramento della qualità delle cure e integrazione delle politiche assicurative e di gestione del rischio (Regione Emilia-Romagna) (pdf, 3.8 MB)

Indicazioni per la stesura di procedure/istruzioni operative aziendali per implementare la raccomandazione n. 6 "per prevenire la morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto" (pdf, 27.1 KB)

Indicazioni per la stesura di procedure/istruzioni operative aziendali per implementare la raccomandazione n. 16 "per prevenire la morte o disabilità permanente in neonato sano di peso>2500 grammi non correlata a malattia congenita" (pdf, 38.0 KB)

RegioneEmilia-Romagna

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

REGIONE EMILIA-ROMAGNA
GIUNTA
DIR. GEN.SANITA' E POLITICHE SOCIALI
PG
PROT.: 2017/686700
DATA: 02/11/2017

RegioneEmilia-Romagna

DIREZIONE GENERALE
CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE
LA DIRETTRICE
KYRIAKOULA PETROPULACOS

TIPO ANNO NUMERO
REG.
DEL

Ai Direttori sanitari delle Case di cura private accreditate

Ai Referenti aziendali per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio clinico Case di cura private accreditate

Regione Emilia-Romagna

OGGETTO: Monitoraggio AGENAS 2017 sull'implementazione delle Raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella

Ministero della Salute

Questionario LEA

AS.1 Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali

AS.1.1 La Regione ha provveduto a monitorare l'implementazione delle Raccomandazioni del Ministero della Salute nelle proprie Aziende Sanitarie?

Compilare la tabella sottostante

Raccomandazione (A)	Totale Aziende Sanitarie ove applicabile (B)	N° Aziende Sanitarie che hanno implementato (C)	%= colonna C/B (D)
Racc N°1			
Racc N°2			
Racc N°3			
Racc N°4			
Racc N°5			
Racc N°6			
Racc N°7			
Racc N°8			
Racc N°9			
Racc N°10			
Racc N°11			
Racc N°12			
Racc N°13			
Racc N°14			
Racc N°15			
Racc N°16			

Regione Emilia-Romagna

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Osservatorio Buone Pratiche

Gestione rischio clinico e sicurezza del paziente

Call for Good Practices 2017

In continuità con le edizioni precedenti, l'Osservatorio Buone Pratiche intende favorire la conoscenza delle pratiche per la sicurezza fondate su forti evidenze scientifiche e promuoverne l'adozione diffusa a livello nazionale.

Nel corso della Call 2017, particolare attenzione verrà prestata alle pratiche riguardanti l'implementazione di sistemi di rilevazione degli eventi avversi e dei quasi – eventi (Incident reporting) e, in linea con le indicazioni internazionali e con la programmazione di livello nazionale, verrà ancora mantenuto l'interesse alla raccolta di esperienze di miglioramento della Sicurezza del Percorso Nascita.

E-R Salute

Buone pratiche regionali per la sicurezza delle cure

Call for Good Practice 2017: com'è andata

Validate 19 BP su 22

Percorso nascita
- Simulazione Gestione Emergenze in Sala Parto (Aosp Ferrara)
- 'Checklist nascita sicura' - Sperimentazione di uno strumento per la gestione del rischio clinico in ostetricia (Aosp Ferrara)
- Analisi FMEA del parto e check-list per la gestione "Nascita sicura" (Aosp Bologna)
- Miglioramento sicurezza del momento nascita attraverso la formazione professionale con sistema di simulazione high-fidelity (Ausl Romagna)
- Check-list nascita sicura (NUOVO OSPEDALE DI SASSUOLO S.p.A.)
- L'assistenza durante il travaglio-parto nell'AUSL Romagna: realizzazione e sperimentazione di uno strumento di audit per valutare la qualità dell'assistenza Ostetrica (Ausl Romagna)
- Formazione in ambiente di simulazione per la gestione dell'emergenze ostetriche e neonatali (Ausl Piacenza)
- La formazione continua nelle emergenze ostetriche neonatali: esperienze di simulazione high-fidelity per l'acquisizione ed il mantenimento delle competenze cliniche (Ausl Reggio Emilia)

Cadute
- Linee di indirizzo regionali sulle cadute in ospedale (RER)

Farmaco
- Il monitoraggio efficace delle interazioni farmacologiche nelle farmacie territoriali (Ausl Modena)

Etero aggressività
- Ritenzione del rischio di eventi avversi nell'utente con etero aggressività nell'emergenza territoriale (Ausl Ferrara)

Chirurgia
- Implementazione check-list Ministeriale SOS.NET negli ambulatori chirurgici e piastra endoscopica (Aosp Bologna)
- L'informatizzazione della checklist SOS.net per la sicurezza del paziente ed i risultati raggiunti (IRCCS IOR)
- Progetto interaziendale per la sicurezza in sala operatoria: analisi proattiva con la tecnica FMEA/FMECA del percorso diagnostico dei campioni biologici dalle sale operatorie ai laboratori di anatomia patologica e microbiologia (IRCCS IOR)
- Progetto Osservare: osservazione diretta dell'applicazione della SSCL in sala Operatoria (RER)

Reporting
- Qua_SI "Segnalazione ed Analisi degli Incidenti Significativi" (Ausl Ferrara)
- Sensibilizzazione alla pratica dell'Incident reporting (Ausl Reggio Emilia)
- Informatizzazione del sistema di Incident reporting in diagnostica per immagini con approccio Lean thinking (Ausl Bologna)
- Reporting System (Ausl Piacenza)

Coerenza

Nella visione delle strutture accreditate tutti i soggetti coinvolti sono «la Regione»

- Oltre a raccogliere informazioni, con la valutazione si trasmette un messaggio rispetto a **“cosa è qualità”, quali sono gli aspetti più importanti**, come deve essere applicata la qualità, chi ne è responsabile, ecc.
- ***Questa visione deve essere univoca e coerente con gli indirizzi regionali.***
- Anche per la struttura valutata la percezione di coerenza consente di indirizzare meglio gli sforzi per il miglioramento verso le reali priorità.
- ***Per garantire questa coerenza e mantenerla nel tempo occorrono competenza, aggiornamento continuo ed un costante confronto perché pur nella costanza dei principi, gli indirizzi e le priorità regionali cambiano***.

E costante confronto anche nella PREPARAZIONE della visita

(modificata da relazione introduttiva A. Campagna)

Regione Emilia-Romagna

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Grazie