

INCONTRO REFERENTI CASE DI CURA AIOP SICUREZZA DELLE CURE E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

10 MAGGIO 2018



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

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

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. (17G00041)

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

Vigente al: 1-4-2017

Art. 1

Sicurezza delle cure in sanità

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

2. La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività 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 attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale.

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
SERVIZIO ASSISTENZA OSPEDALIERA
IL RESPONSABILE
MARIA TERESA MONTELLA

DIREZIONE GENERALE
CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

TIPO ANNO NUMERO
REG. / /
DEL / /

Ai Direttori Sanitari delle Case di
Cura Private Accreditate associate AIOP

REGIONE EMILIA-ROMAGNA (r_emiro)
Giunta (AOO_EMIR)
PG/2016/0514290 del 06/07/2016

Ai Referenti per la sicurezza delle
cure e la gestione del rischio -
Case di Cura Private Accreditate
associate AIOP

e.p.c. AIOP - Regione Emilia-Romagna

Oggetto: Elenco dei referenti per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio delle Case di Cura Private Accreditate - Associate AIOP

Elenco Referenti Risk Management Case di Cura Private Accreditate AIOP

NOME OSPEDALE PRIVATO

NOME REFERENTE

EMAIL

NR. TELEFONO

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. (17600041)

Art. 16

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

1. All'articolo 1, comma 539, lettera a), della legge 28 dicembre 2015, n. 208, il secondo periodo è sostituito dal seguente: «I verbali e gli atti conseguenti all'attività 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».

In caso di cambiamento del referente della sicurezza delle cure, inviare una comunicazione a nome del Direttore sanitario a:

ottavio.nicastro@regione.emilia-romagna.it

elisa.porcu@regione.emilia-romagna.it

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 Appropriately 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. |



Salute



Regione Emilia-Romagna

☐ solo nella sezione corrente

sabato 10.12.2016 BO ☀️ -2°/5°

Primo Piano

Servizio sanitario regionale

E-R | Salute | Assistenza ospedaliera

Sicurezza delle cure

Mi piace 0

G+1 0

in Share

Tweet


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

La Regione Emilia-Romagna è da anni impegnata a promuovere la sicurezza nelle strutture sanitarie e a prevenire, evitare o mitigare i potenziali esiti indesiderati e danni che sono sempre possibili nei processi assistenziali.

Le attività che si svolgono a livello regionale e nelle Aziende sanitarie prevedono analisi, valutazione e prevenzione dei rischi, applicazione e monitoraggio di buone pratiche per la sicurezza, gestione di eventi avversi e azioni di sostegno e riparazione per eventuali eventi negativi che si dovessero verificare.


Il sistema di sicurezza nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna

Tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie devono possedere un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management).


-  Aziende sanitarie: referenti per la sicurezza delle cure e per la gestione del rischio (pdf, 625.0 KB)
-  Case di cura private accreditate: referenti per la sicurezza delle cure e per la gestione del rischio (pdf, 11.8 KB)

<http://salute.regione.emilia-romagna.it/assistenza-ospedaliera/sicurezza-cure>

- Le fonti informative per la sicurezza delle cure
- Sale operatorie sicure (SOS.net)
- Buone pratiche regionali per la sicurezza delle cure



Regione Emilia-Romagna



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

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. (17600041)

(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».







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

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

LINEE DI INDIRIZZO PER REGIONI E PROVINCE AUTONOME PER L'APPLICAZIONE DELL'ART. 2 COMMA 5¹ 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


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


SISTEMI DI SEGNALEZIONE/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







‘Come misurare la sicurezza’

La misurazione della sicurezza delle organizzazioni sanitarie **non può basarsi esclusivamente sui dati derivanti dall'utilizzo di uno strumento.**

La rappresentazione della sicurezza dipende dai diversi metodi utilizzati per realizzarla e **dall'integrazione tra le diverse "visuali"**, indispensabili per realizzare una immagine quanto più possibile completa.

Rispetto alla prospettiva di utilizzo di più strumenti per la misurazione, occorre tenere presente la **valutazione dei vantaggi e degli svantaggi riguardanti l'adozione e l'implementazione di uno o più metodi** di rilevazione e monitoraggio degli accadimenti relativi alla sicurezza delle cure che riguardano l'impatto sulla sicurezza del paziente, l'effetto del contesto (es. caratteristiche dell'organizzazione, cultura, *leadership*, *teamwork*) ed i costi-benefici. Tutti gli studi giungono comunque alle medesime conclusioni:

[...] i vari metodi sono complementari, e non alternativi, offrendo differenti livelli di informazioni qualitative e quantitative sulla sicurezza delle cure; [...] le organizzazioni sanitarie dovrebbero utilizzare un ampio portfolio di metodi di rilevazione per identificare i problemi relativi alla sicurezza del paziente e successivamente sintetizzare i dati raccolti in una immagine sufficientemente esaustiva; [...] la composizione del portfolio dipenderà dalla tipologia di problemi di sicurezza che l'organizzazione ritiene maggiormente rilevanti e dalle risorse disponibili per la gestione del rischio (Sun 2013)

Chapter 36. Monitoring Patient Safety Problems (NEW)

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

How Important Is the Problem?



DIREZIONE GENERALE
CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

SERVIZIO ASSISTENZA OSPEDALIERA
IL RESPONSABILE
ANSELMO CAMPAGNA

In riferimento all'art. 2 comma 5 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", in base agli orientamenti approvati dalla Sub Area Rischio Clinico e in attesa dell'emanazione delle relative linee di indirizzo da parte della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e PP.AA, si forniscono indicazioni rispetto alla relazione annuale 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.

I contenuti di suddetta relazione potranno essere oggetto di progressiva integrazione nel corso d'anno, tenendo conto del necessario consolidamento delle fonti informative di riferimento più recenti e della imprescindibile valutazione e analisi della stessa.

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

Cordiali saluti

Anselmo Campagna

NOTE PER LA COMPILAZIONE:

Come espresso nella premessa del format, anche attraverso il confronto con i diversi contesti regionali, si è ritenuto opportuno individuare un set minimo di fonti sulla sicurezza, come nucleo informativo essenziale, che ogni organizzazione sanitaria di ogni Regione/Provincia dovrebbe rappresentare.

Occorre quindi utilizzare fonti informative già esistenti ed usualmente utilizzate nelle organizzazioni sanitarie di interesse per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio riconducibili a sistemi di segnalazione attiva (alcuni di questi obbligatori) da parte degli operatori sanitari (incident reporting, farmacovigilanza, dispositivovigilanza, emovigilanza, ecc.) e altri che fanno riferimento a sistemi di segnalazione attiva da parte dei cittadini (ad esempio reclami e sinistri).

Fonte informative minime:

- Incident reporting: segnalazione volontaria di incidenti correlati alla sicurezza delle cure (near miss/quasi eventi - eventi senza danno, eventi avversi)

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

- Dispositivovigilanza

- Farmacovigilanza

- Emovigilanza

- Sinistri

- Reclami/suggerimenti dei cittadini relativi al rischio clinico

Ulteriori strumenti/fonti informative

Possono essere inoltre utilizzate le informazioni derivanti da altre fonti e strumenti di rilevazione, presenti nei Piani Programma aziendali:

- Cadute
- Checklist di sala operatoria (Data Base SSC) e osservazione diretta dell'uso della checklist
- Indicatori di rischio clinico (Sepsi post-operatoria per chirurgia d'elezione, Embolia polmonare o trombotica venosa post-chirurgica)

- Infezioni correlate all'assistenza (Sistema di segnalazione rapida di epidemie ed eventi sentinella, infezioni del sito chirurgico - SICHER, sistema di sorveglianza degli enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE); Rilevazione indicatori di performance relativi a controllo del rischio infettivo; ecc.)
- Lesioni da compressione
- Contenzioni
- Near miss ostetrici
- Infortuni operatori

Altre informazioni disponibili possono essere fornite ad esempio da analisi di cartelle cliniche, audit clinici, database tematici (es. violenza su operatori), analisi di processo (FMEA/FMECA), analisi di singoli incidenti, Visite per la Sicurezza, Osservazione diretta, flussi informativi di dati clinici, Banche dati amministrative, ecc.

È bene sottolineare che le informazioni che derivano da tali fonti sono indirizzate non tanto alla "quantificazione degli eventi" (cosa questa che pone numerose difficoltà, in base a quanto sopra argomentato, ed espone a impropri confronti tra situazioni e realtà organizzative che presentano condizioni di contesto estremamente differenziate) ma fondamentalmente alla conoscenza dei fenomeni per l'attuazione di azioni di miglioramento. Si predilige pertanto una rappresentazione dei fenomeni di tipo qualitativo mirata alla valutazione del rischio e all'individuazione di eventuali criticità, nell'ottica dei possibili interventi correttivi e del miglioramento finalizzato all'aumento dei livelli di sicurezza. Si fornisce pertanto indicazione di porre particolare attenzione alla presentazione e rendicontazione delle azioni di miglioramento progettate e attuate a seguito dell'analisi dei dati resi disponibili attraverso gli strumenti e le fonti.

Altri elementi per la rappresentazione della "misurazione della sicurezza"

È inoltre importante tener conto e raccogliere le informazioni relative all'attività svolta nelle aziende per la prevenzione dei rischi ed in particolare quelle realizzate, in coerenza con gli indirizzi forniti da Ministero della Salute ed Agenas, per la applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali e lo sviluppo delle Pratiche per la Sicurezza del paziente. La raccolta e rappresentazione di informazioni relative anche alle attività messe in campo per promuovere la sicurezza, fornendo una fotografia anche della parte positiva della sicurezza, contribuisce a dare una visione sistemica del fenomeno, più fedele alle attività svolte nei contesti di cura reali. Pertanto occorre esplicitare quanto effettuato rispetto ai:

- Sistemi di monitoraggio dell'applicazione di pratiche per la sicurezza e Raccomandazioni Ministeriali (Monitoraggio della implementazione delle raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella e Call for Good Practices Agenas).

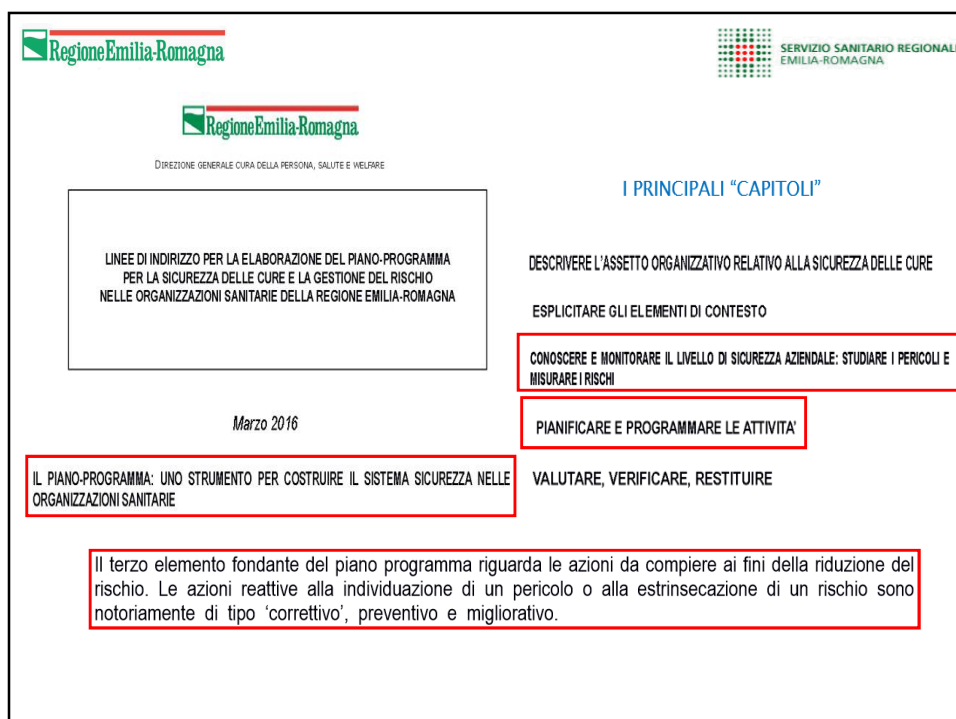
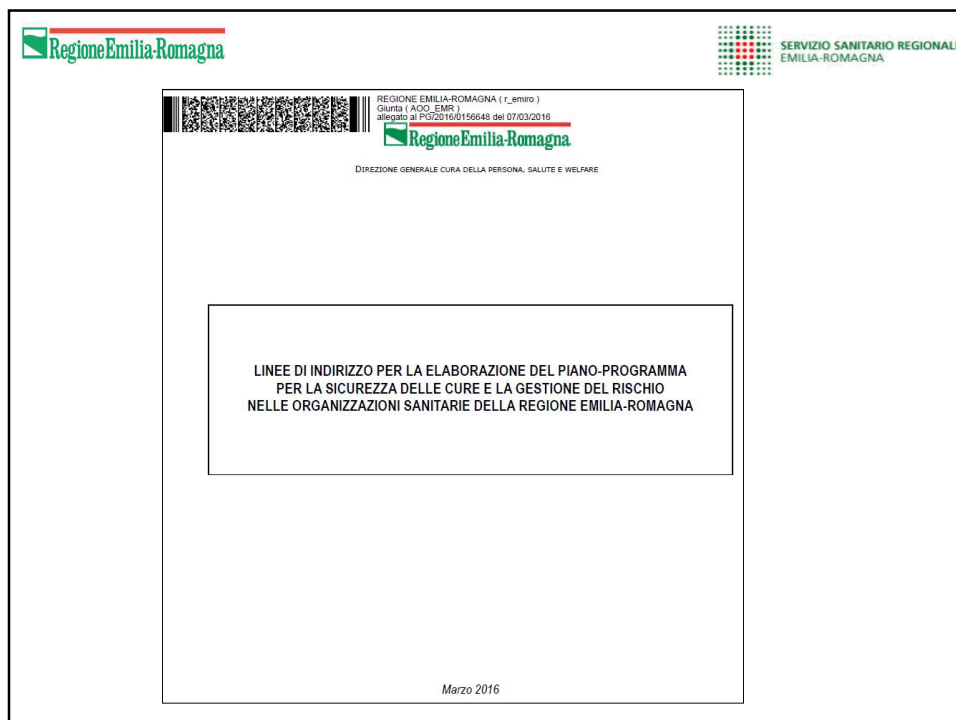
LE RELAZIONI DELLE AZIENDE DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

| 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 **raccomandazione 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.

Richiesta 2018

1) Raccolta relazioni annuali sugli accadimenti relativi alla sicurezza delle cure e delle relative azioni di miglioramento (tramite AIOP)



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

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 segnalazione rapida di epidemie ed eventi sentinella, Infezioni del sito chirurgico – SiChER: sistema di sorveglianza degli enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE); Rilevazioni ecc.)
- Sinistri – Data Base Regionale
- Farmacovigilanza
- Dispositivovigilanza
- Cadute
- Lesioni da compressione
- Contenzioni
- Eventi correlati all'uso del sangue
- 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.

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 Appropriatazza 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. |



REGIONE EMILIA-ROMAGNA (r_emi)
Giunta (AOO EMR)
PG/2017/0384586 del 24/05/2017 10:58:34



DIREZIONE GENERALE
CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

SERVIZIO ASSISTENZA OSPEDALIERA
IL RESPONSABILE
ANSELMO CAMPAGNA

TIPO ANNO NUMERO
REG. PG / 2017 /
DEL /

ON Alle Case di Cura Private Accreditate
Regione Emilia Romagna
e p.c AIOP Emilia Romagna

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

Anche al fine di dare operatività alle attività previste dalle Linee di indirizzo regionali si chiede inoltre di procedere alla stesura di un Piano Aziendale per la Prevenzione delle Cadute da redigere seguendo le indicazioni contenute nell'allegata "Guida per la stesura del Piano Aziendale Prevenzione Cadute" (allegato 1).

GLOSSARIO: raccomandazioni, linee guida 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. (17698041)

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


Vigente al: 1-4-2017

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, salvo 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.

| 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 |







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

REG. TIPO ANNO NUMERO
DEL

REGIONE EMILIA-ROMAGNA
GIUNTA
DIR. GEN. SANITA' E POLITICHE
SOCIALI
PROT. 2017/656800
DATA: 02/11/2017

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

Monitoraggio della implementazione delle raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella

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

"per offrire agli operatori sanitari informazioni su condizioni particolarmente pericolose, che possono causare gravi e fatali conseguenze ai pazienti"


Il Ministero della Salute, in collaborazione con esperti di Regioni e Province Autonome, provvede alla stesura e alla diffusione delle Raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella


"Le Raccomandazioni vengono condivise dal Comitato tecnico delle Regioni e Province Autonome per la Sicurezza delle cure"


Le Regioni e Province Autonome diffondono le Raccomandazioni e ne stabiliscono l'implementazione. Le strutture sanitarie recepiscono ed applicano le Raccomandazioni

"Ai fini del monitoraggio Nazionale saranno presi in considerazione tutti i dati censiti e validati dal Responsabile Regionale entro e non oltre la data del 31/12 dell'anno del monitoraggio"

Le Regioni e Province Autonome monitorano lo stato di implementazione delle Raccomandazioni. Con lo stesso strumento Agenas realizza un monitoraggio annuale







Questionario LEA

Ministero della Salute

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 | | | |

**Riepilogo adesione monitoraggio Agenas 2017 implementazione raccomandazioni
Strutture private accreditate**

| ID STRUTTURA | DENOMINAZIONE STRUTTURA | EFFETTUAZIONE MONITORAGGIO |
|----------------------------------|--|----------------------------|
| PIACENZA E PROVINCIA | | |
| 080203 | CASA DI CURA PRIVATA PIACENZA S.P.A. - PC | NON COMPILATO |
| 080204 | CASA DI CURA PRIVATA S. ANTONINO S.R.L. - PC | NON COMPILATO |
| 080205 | CASA DI CURA S. GIACOMO S.R.L. - PC | COMPILATO SENZA ALLEGATI |
| PARMA E PROVINCIA | | |
| 080206 | CASA DI CURA CITTA' DI PARMA - PR | COMPILATO SENZA ALLEGATI |
| 080209 | CASA DI CURA VILLA IGEA - PR | COMPILATO CON ALLEGATI |
| 080254 | CENTRO CARDINAL FERRARI S.R.L. - PR | NON COMPILATO |
| 080207 | HOSPITAL PICCOLE FIGLIE - PR | COMPILATO CON ALLEGATI |
| 080210 | HOSPITAL VAL PARMA - PR | COMPILATO CON ALLEGATI |
| 080208 | VILLA MARIA LUGIA - PR | COMPILATO CON ALLEGATI |
| REGGIO EMILIA E PROVINCIA | | |
| 080212 | CASA DI CURA PRIVATA POLISPECIALISTICA VILLA VERDE S.R.L. - RE | NON COMPILATO |
| 080211 | SALUS HOSPITAL S.P.A. - RE | COMPILATO CON ALLEGATI |
| MODENA E PROVINCIA | | |
| 080215 | OSPEDALE PRIVATO "VILLA IGEA S.P.A." - MO | NON COMPILATO |
| 080216 | OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO VILLA ROSA S.R.L. - MO | COMPILATO CON ALLEGATI |
| 080214 | PROF. FOGLIANI CASA DI CURA S.R.L. - MO | COMPILATO CON ALLEGATI |
| 080218 | VILLA PINETA S.R.L. - MO | COMPILATO CON ALLEGATI |

**Riepilogo adesione monitoraggio Agenas 2017 implementazione raccomandazioni
Strutture private accreditate**

| ID STRUTTURA | DENOMINAZIONE STRUTTURA | EFFETTUAZIONE MONITORAGGIO |
|----------------------------|---|----------------------------|
| BOLOGNA E PROVINCIA | | |
| 080220 | CASA DI CURA PROF. NOBILI S.P.A. - BO | NON COMPILATO |
| 080221 | CASA DI CURA VILLA ERBOSA OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO - BO | COMPILATO SENZA ALLEGATI |
| 080224 | OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO CASA DI CURA AI COLLI - BO | COMPILATO CON ALLEGATI |
| 080222 | OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO NIGRISOLI - BO | COMPILATO CON ALLEGATI |
| 080227 | OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO VILLA BARUZZIANA - BO | NON COMPILATO |
| 080228 | OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO VILLA BELLOMBRA - BO | COMPILATO CON ALLEGATI |
| 080219 | OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO VILLA CHIARA - BO | COMPILATO CON ALLEGATI |
| 080229 | OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO VILLA LAURA - BO | COMPILATO CON ALLEGATI |
| 080231 | OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO VILLA REGINA - BO | COMPILATO CON ALLEGATI |
| 080223 | OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO VILLA TORRI - BO | NON COMPILATO |
| 080255 | OSPEDALE PRIVATO SANTA VIOLA - BO | COMPILATO CON ALLEGATI |
| FERRARA E PROVINCIA | | |
| 080235 | CASA DI CURA QUISISANA S.R.L. - FE | COMPILATO CON ALLEGATI |
| 080236 | CASA DI CURA SALUS S.R.L. | NON COMPILATO |

**Riepilogo adesione monitoraggio Agenas 2017 implementazione raccomandazioni
Strutture private accreditate**

| ID STRUTTURA | DENOMINAZIONE STRUTTURA | EFFETTUAZIONE MONITORAGGIO |
|---------------------------------|---|----------------------------|
| RAVENNA E PROVINCIA | | |
| 080242 | CASA DI CURA PRIVATA VILLA AZZURRA S.P.A. – RA | COMPILATO CON ALLEGATI |
| 080238 | CASA DI CURA SAN FRANCESCO – RA | COMPILATO CON ALLEGATI |
| 080240 | OSPEDALE PRIVATO "SAN PIER DAMIANO HOSPITAL" – RA | COMPILATO SENZA ALLEGATI |
| 080237 | OSPEDALE PRIVATO DOMUS NOVA S.P.A. – RA | NON COMPILATO |
| 080239 | VILLA MARIA CECILIA HOSPITAL – RA | NON COMPILATO |
| FORLI-CESENA E PROVINCIA | | |
| 080246 | CASA DI CURA PRIVATA SAN LORENZINO S.P.A. – FC | NON COMPILATO |
| 080245 | MALATESTA NOVELLO – FC | COMPILATO CON ALLEGATI |
| 080243 | OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO VILLA IGEA – FC | COMPILATO CON ALLEGATI |
| 080244 | VILLA SERENA – FC | NON COMPILATO |
| RIMINI E PROVINCIA | | |
| 080252 | CASA DI CURA PROF. E. MONTANARI – RN | COMPILATO CON ALLEGATI |
| 080249 | CASA DI CURA VILLA MARIA – RN | NON COMPILATO |
| 080247 | SOL ET SALUS – RN | NON COMPILATO |
| 080251 | VILLA SALUS S.R.L. – RN | COMPILATO CON ALLEGATI |

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. (17600041)

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

Vigente al: 1-4-2017

Art. 2

Art. 3

Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità

1. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, e' istituito, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), l'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, di seguito

Ministero della Salute
IL MINISTRO
DECRETA:

Art.2
(Funzioni dell'Osservatorio)

1. L'Osservatorio di cui all'articolo 1, nel rispetto degli indirizzi di programmazione sanitaria nazionale definiti dal Ministero della salute, svolge le seguenti funzioni:

- acquisisce dai Centri per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, di cui all'articolo 2 della legge n. 24 del 2017, i dati regionali relativi ai rischi, agli eventi avversi ed eventi sentinella, nonché agli eventi senza danno;
- acquisisce dai richiamati Centri per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente i dati regionali relativi alle tipologie dei sinistri, alle cause, all'entità, alla frequenza e all'onere finanziario del contenzioso;

PG 240316 del 26/03/2018



Al Ministro della Salute

Ministero della Salute

GAB

0003133-P-26/03/2018



273650640

AGLI ASSESSORI ALLA SANITA'
DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE
AUTONOME

E, pc

AL DOTT. FRANCESCO BEVERE
Direttore dell'AGENAS

OGGETTO: Raccomandazione del Ministero della salute n. 8 rubricata
"Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari".

Richieste 2018

- 1) Raccolta relazioni annuali sugli accadimenti relativi alla sicurezza delle cure e delle relative azioni di miglioramento (tramite AIOP)
- 2) Adesione al monitoraggio Agenas 2018
implementazione raccomandazioni (novembre-dicembre 2018)

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 Appropriatazza 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.

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.

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 Appropriatazza 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.

Riepilogo procedure di incident reporting 2018

| Struttura | Presenza procedura incident reporting | Se sì, data redazione/aggiornamento procedura |
|--|---------------------------------------|--|
| PIACENZA E PROVINCIA | | |
| CASA DI CURA PRIVATA PIACENZA S.P.A. - PC | SI | 04/01/2017 |
| CASA DI CURA PRIVATA S. ANTONINO S.R.L. - PC | SI | 04/01/2017 |
| CASA DI CURA S. GIACOMO S.R.L. - PC | SI | 18/07/2016 |
| PARMA E PROVINCIA | | |
| CASA DI CURA CITTA' DI PARMA - PR | SI | 10/09/2007 |
| CASA DI CURA VILLA IGEEA - PR | SI | Sistema di gestione cadute del 16/12/2017 |
| CENTRO CARDINAL FERRARI S.R.L. - PR | SI | 10/10/217 |
| HOSPITAL PICCOLE FIGLIE - PR | SI | 01/09/2016 |
| HOSPITAL VAL PARMA - PR | SI | 20/05/2013 - In fase di aggiornamento |
| VILLA MARIA LUIGIA - PR | SI | GIUGNO 2012 |
| REGGIO EMILIA E PROVINCIA | | |
| CASA DI CURA PRIVATA POLISPECIALISTICA VILLA VERDE S.R.L. - RE | SI | DICEMBRE 2006 |
| SALUS HOSPITAL S.P.A - RE | SI | 25/11/2015 |
| MODENA E PROVINCIA | | |
| OSPEDALE PRIVATO "VILLA IGEEA S.P.A." - MO | SI | Documento programmatico di gestione integrata del rischio del 28/04/2016 |
| OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO VILLA ROSA S.R.L. - MO | SI | 07/11/2016 |
| PROF. FOGLIANI CASA DI CURA S.R.L. - MO | SI | 24/02/2017 |
| VILLA PINETA S.R.L. - MO | SI | 12/05/2016 |

Riepilogo procedure di incident reporting 2018

| Struttura | Presenza procedura incident reporting | Se sì, data redazione/aggiornamento procedura |
|---|--|---|
| BOLOGNA E PROVINCIA | | |
| CASA DI CURA M.F. TONIOLO - BO | SI | DICEMBRE 2016 |
| CASA DI CURA PROF. NOBILI S.P.A. - BO | SI | GENNAIO 2017 |
| CASA DI CURA VILLA ERBOSA OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO - BO | SI | MARZO 2015 |
| OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO CASA DI CURA AI COLLI - BO | Non come tale; peraltro indicazioni e procedimento dell'incident reporting sono contenuti nel Piano Programma della gestione del rischio clinico 2016-2017 e in due procedure generali del Consorzio Colibri: 1) Gestione farmaci 2) Prevenzione e gestione cadute | P-Programma: 06/12/2016 1) 15/09/2015 2) 25/01/2018 |
| OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO NIGRISOLI - BO | SI | 27/03/2017 |
| OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO VILLA BARUZZIANA - BO | SI | DICEMBRE 2017 |
| OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO VILLA BELLOMBRA - BO | Non come tale; peraltro indicazioni e procedimento dell'incident reporting sono contenuti nel Piano Programma della gestione del rischio clinico 2016-2017 e in due procedure generali del Consorzio Colibri: 1) Gestione farmaci 2) Prevenzione e gestione cadute | P-Programma: 06/12/2016 1) 15/09/2015 2) 25/01/2018 |
| OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO VILLA CHIARA - BO | SI | 20/06/2012 |
| OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO VILLA LAURA - BO | SI | 29/01/2018 |
| OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO VILLA REGINA - BO | SI | 27/03/2017 |

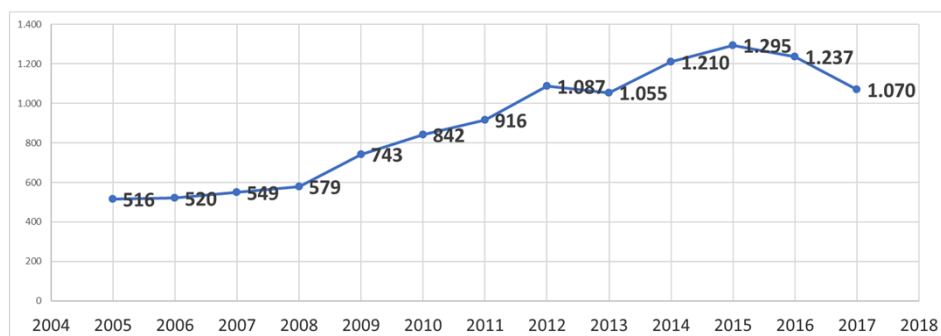
Riepilogo procedure di incident reporting 2018

| Struttura | Presenza procedura incident reporting | Se sì, data redazione/aggiornamento procedura |
|---|--|---|
| OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO VILLA TORRI - BO | SI | 12/09/2017 |
| OSPEDALE PRIVATO SANTA VIOLA - BO | Non come tale; peraltro indicazioni e procedimento dell'incident reporting sono contenuti nel Piano Programma della gestione del rischio clinico 2016-2017 e in due procedure generali del Consorzio Colibri: 1) Gestione farmaci 2) Prevenzione e gestione cadute | P-Programma: 06/12/2016 1) 15/09/2015 2) 25/01/2018 |
| OSPEDALE PRIVATO VILLALBA HOSPITAL - BO | SI | 14/02/2015 |
| FERRARA E PROVINCIA | | |
| CASA DI CURA QUISISANA S.R.L. - FE | SI | 24/02/2012 |
| CASA DI CURA SALUS S.R.L. - FE | SI | 02/10/2017 |
| RAVENNA E PROVINCIA | | |
| CASA DI CURA PRIVATA VILLA AZZURRA S.P.A. - RA | SI | 21/02/2017 |
| CASA DI CURA SAN FRANCESCO - RA | SI | 20/02/2017 |
| OSPEDALE PRIVATO "SAN PIER DAMIANO HOSPITAL" - RA | SI | 05/12/2017 |
| OSPEDALE PRIVATO DOMUS NOVA S.P.A. - RA | SI | 20/02/2017 |
| VILLA MARIA CECILIA HOSPITAL - RA | SI | 10/10/2017 |
| FORLÌ-CESENA E PROVINCIA | | |
| CASA DI CURA PRIVATA SAN LORENZINO S.P.A. - FC | SI | 24/02/2011 |
| MALATESTA NOVELLO - FC | SI | 2017 |
| OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO VILLA IGEEA - FC | SI | APRILE 2016 |

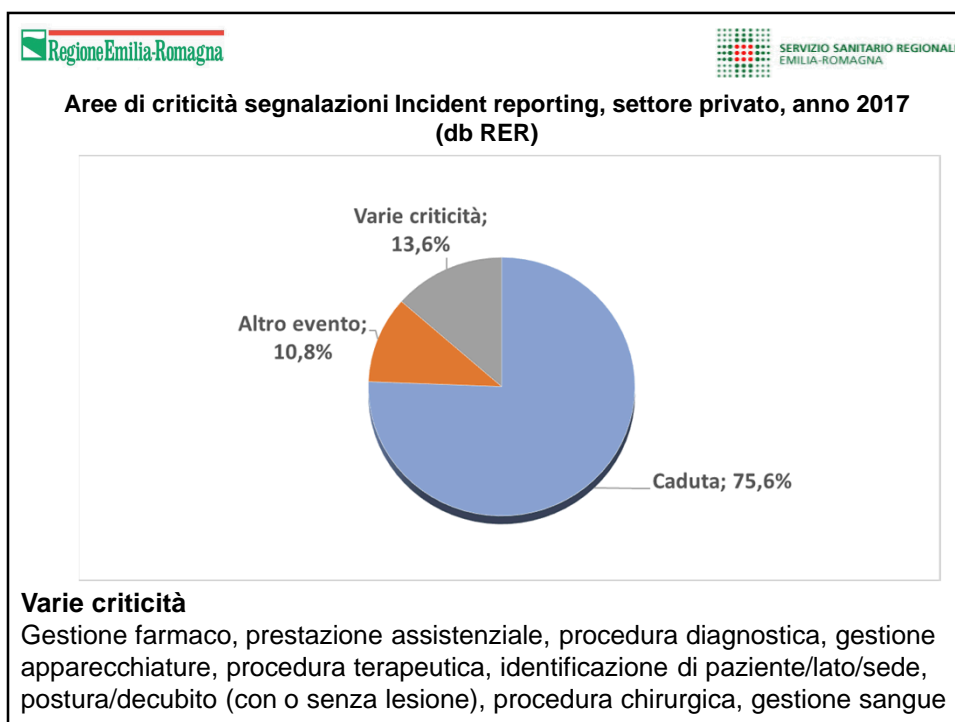
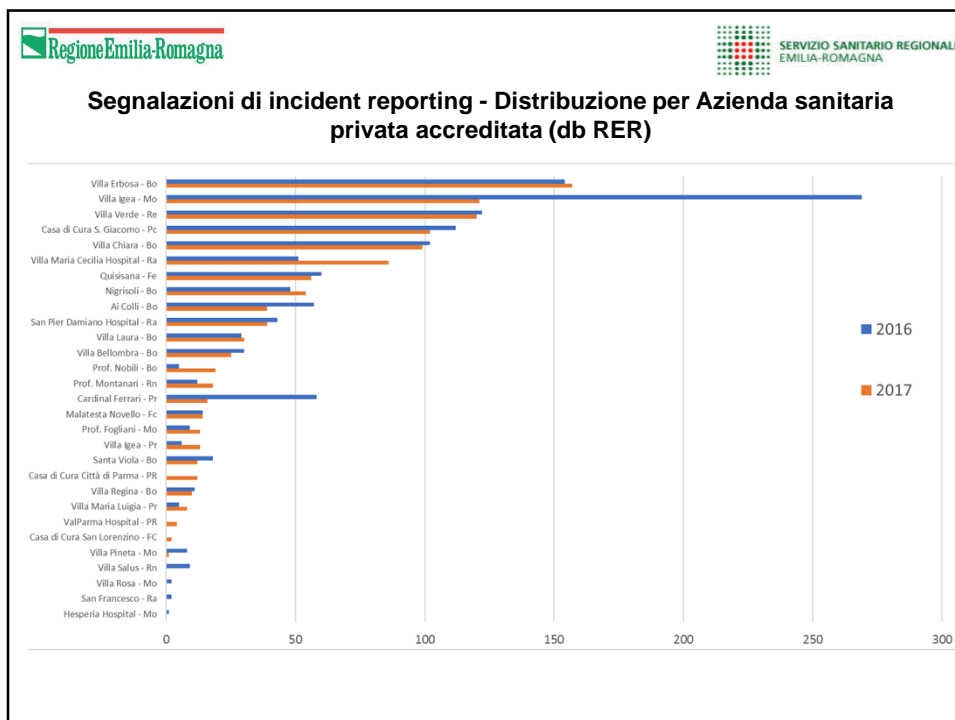
Riepilogo procedure di incident reporting 2018

| Struttura | Presenza procedura incident reporting | Se sì, data redazione/aggiornamento procedura |
|--------------------------------------|---------------------------------------|---|
| VILLA SERENA – FC | SI | APRILE 2016 |
| RIMINI E PROVINCIA | | |
| CASA DI CURA PROF. E. MONTANARI – RN | SI | 15/10/2013 - In fase di aggiornamento |
| CASA DI CURA VILLA MARIA – RN | SI | 16/05/2015 |
| RSA SOLE - RN | SI | 18/10/2017 |
| SOL ET SALUS – RN | SI | 20/09/2016 |
| VILLA SALUS S.R.L. – RN | SI | 04/10/2016 |

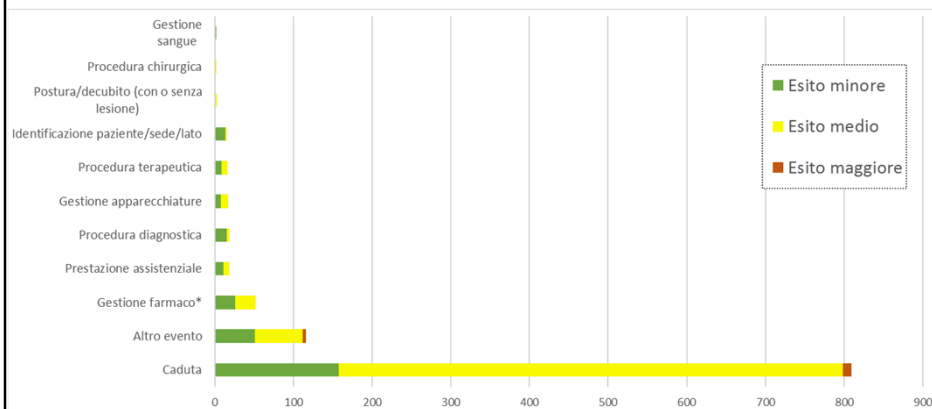
Segnalazioni di incident reporting – Trend settore privato (db RER)



Data estrazione: 08/05/2018



Aree di criticità segnalazioni Incident reporting, settore privato, anno 2017 (db RER)



Richieste 2018

- 1) Raccolta relazioni annuali sugli accadimenti relativi alla sicurezza delle cure e delle relative azioni di miglioramento (tramite AIOP)
- 2) Adesione al monitoraggio Agenas 2018 implementazione raccomandazioni (novembre-dicembre 2018)
- 3) Chiusura nel db RER delle segnalazioni di incident reporting relative al 2018 entro il 31/03/2019

Cadute in regime di ricovero per 1.000 giorni di degenza (2016)

| Azienda | Cadute | Giornate di degenza | Tasso | IC 95% | |
|--|--------|---------------------|-------|--------|------|
| OSP. PRIVATO PIACENZA | 20 | 44.000 | 0,45 | 0,26 | 0,65 |
| OSP. PRIVATO S. GIACOMO - PC | 99 | 41.804 | 2,37 | 1,90 | 2,83 |
| OSP. PRIVATO S. ANTONINO - PC | 39 | 26.574 | 1,47 | 1,01 | 1,93 |
| OSP. PRIVATO CITTA' DI PARMA | 33 | 64.288 | 0,51 | 0,34 | 0,69 |
| OSP. PRIVATO VILLA IGEEA - PR | 22 | 14.906 | 1,48 | 0,86 | 2,09 |
| OSP. PRIVATO CENTRO CARDINAL FERRARI - PR | 33 | 38.879 | 0,85 | 0,56 | 1,14 |
| OSP. PRIVATO VILLA MARIA LUIGIA - PR | 185 | 52.590 | 3,52 | 3,01 | 4,02 |
| OSP. PRIVATO HOSPITAL VAL PARMA | 4 | 14.685 | 0,27 | 0,01 | 0,54 |
| OSP. PRIVATO FONDAZIONE DON CARLO GNOCCHI - PR | 47 | 26.885 | 1,75 | 1,25 | 2,25 |
| OSP. PRIVATO VILLA VERDE - RE | 14 | 33.774 | 0,41 | 0,20 | 0,63 |
| OSP. PRIVATO SALUS HOSPITAL - RE | 19 | 19.546 | 0,97 | 0,54 | 1,41 |
| OSP. PRIVATO HESPERIA HOSPITAL - MO | 23 | 28.804 | 0,80 | 0,47 | 1,12 |
| OSP. PRIVATO VILLA ROSA - MO | 22 | 26.871 | 0,82 | 0,48 | 1,16 |
| OSP. PRIVATO PROF. FOGLIANI - MO | 9 | 5.706 | 1,58 | 0,55 | 2,61 |
| OSP. PRIVATO VILLA IGEEA - MO | 278 | 81.842 | 3,40 | 3,00 | 3,80 |
| OSP. PRIVATO VILLA PINETA - MO | 62 | 27.662 | 2,24 | 1,68 | 2,80 |

Cadute in regime di ricovero per 1.000 giorni di degenza (2016)

| Azienda | Cadute | Giornate di degenza | Tasso | IC 95% | |
|------------------------------------|--------|---------------------|-------|--------|------|
| OSP. PRIVATO VILLA ERBOSA - BO | 140 | 67.859 | 2,06 | 1,72 | 2,40 |
| OSP. PRIVATO AI COLLI - BO | 56 | 17.761 | 3,15 | 2,33 | 3,98 |
| OSP. PRIVATO VILLA CHIARA - BO | 76 | 33.724 | 2,25 | 1,75 | 2,76 |
| OSP. PRIVATO PROF. NOBILI - BO | 22 | 13.388 | 1,64 | 0,96 | 2,33 |
| OSP. PRIVATO SANTA VIOLA - BO | 6 | 22.503 | 0,27 | 0,05 | 0,48 |
| OSP. PRIVATO VILLA BELLOMBRA - BO | 37 | 21.245 | 1,74 | 1,18 | 2,30 |
| OSP. PRIVATO VILLA LAURA - BO | 28 | 24.189 | 1,16 | 0,73 | 1,59 |
| OSP. PRIVATO NIGRISOLI - BO | 26 | 31.996 | 0,81 | 0,50 | 1,12 |
| OSP. PRIVATO VILLA TORRI - BO | 30 | 17.488 | 1,72 | 1,10 | 2,33 |
| OSP. PRIVATO VILLA REGINA - BO | 7 | 10.227 | 0,68 | 0,18 | 1,19 |
| OSP. PRIVATO MADRE F. TONIOLO - BO | 4 | 19.305 | 0,21 | 0,00 | 0,41 |
| OSP. PRIVATO QUISISANA - FE | 65 | 19.583 | 3,32 | 2,51 | 4,12 |
| OSP. PRIVATO VILLA SALUS - FE | 51 | 27.344 | 1,87 | 1,35 | 2,38 |

Cadute in regime di ricovero per 1.000 giorni di degenza (2016)

| Azienda | Cadute | Giornate di degenza | Tasso | IC 95% | |
|--|--------------|---------------------|-------------|-------------|-------------|
| OSP. PRIVATO SAN FRANCESCO - RA | 3 | 6.465 | 0,46 | -0,06 | 0,99 |
| OSP. PRIVATO VILLA MARIA CECILIA - RA | 57 | 55.326 | 1,03 | 0,76 | 1,30 |
| OSP. PRIVATO S. PIER DAMIANO - RA | 24 | 24.992 | 0,96 | 0,58 | 1,34 |
| OSP. PRIVATO DOMUS NOVA - RA | 6 | 21.794 | 0,28 | 0,06 | 0,50 |
| OSP. PRIVATO VILLA AZZURRA - RA | 23 | 31.133 | 0,74 | 0,44 | 1,04 |
| OSP. PRIVATO VILLA IGEEA - FO+OSP. PRIVATO VILLA SERENA - FO | 39 | 25.623 | 1,52 | 1,04 | 2,00 |
| OSP. PRIVATO MALATESTA NOVELLO - CE | 8 | 38.000 | 0,21 | 0,06 | 0,36 |
| OSP. PRIVATO S. LORENZINO - CE | 33 | 20.963 | 1,57 | 1,04 | 2,11 |
| OSP. PRIVATO SOL ET SALUS - RN | 53 | 34.355 | 1,54 | 1,13 | 1,96 |
| OSP. PRIVATO VILLA MARIA - RN | 11 | 21.018 | 0,52 | 0,21 | 0,83 |
| OSP. PRIVATO VILLA SALUS - RN | 9 | 10.203 | 0,88 | 0,31 | 1,46 |
| OSP. PRIVATO PROF. E. MONTANARI - RN | 11 | 14.387 | 0,76 | 0,31 | 1,22 |
| Totale | 1.734 | 1.179.687 | 1,47 | 1,40 | 1,54 |

Cadute del paziente per ambito assistenziale e gravità del danno (2016)

| Ambito assistenziale | Cadute senza danno | | Cadute con danno lieve o moderato | | Cadute con danno severo | | Totale |
|----------------------------|--------------------|------------|-----------------------------------|------------|-------------------------|-----------|--------------|
| Casi di cura | 891 | 76% | 259 | 22% | 20 | 2% | 1,170 |
| Casi di cura psichiatriche | 435 | 77% | 129 | 23% | 0 | 0% | 564 |
| Totale | 1,326 | 76% | 388 | 22% | 20 | 1% | 1,734 |

Richieste 2018

- 1) Raccolta relazioni annuali sugli accadimenti relativi alla sicurezza delle cure e delle relative azioni di miglioramento (tramite AIOP)
- 2) Adesione al monitoraggio Agenas 2018 implementazione raccomandazioni (novembre-dicembre 2018)
- 3) Chiusura nel db RER delle segnalazioni di incident reporting relative al 2018 entro il 31/03/2019
- 4) **Dati cadute accidentali 2017 entro il 18/05/2018**

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.



Definizione di evento sentinella (protocollo)

E' un evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario.

Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione.

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

REGIONE EMILIA-ROMAGNA (r_emiro)
Giunta (AOO_EMIR)
PG/2016/0106553 del 18/02/2016

Oggetto: Comunicazione dei criteri per la definizione dell'evento sentinella "caduta di paziente" ai fini della segnalazione alla Regione e al Ministero della Salute – Flusso SIMES

Si invitano pertanto le Aziende a segnalare come Evento Sentinella, ai fini del flusso SIMES, le cadute che abbiano determinato:

- Morte
- Disabilità permanente
- Coma
- Trauma maggiore conseguente a caduta di paziente *
- Trasferimento ad una unità semintensiva o di terapia intensiva
- Necessità di intervento chirurgico a seguito della caduta
- Rianimazione cardio-respiratoria

**Per la definizione di trauma maggiore la letteratura suggerisce tra gli altri il "Injury Severity Score (ISS)". Questo indicatore, adottabile a discrezione delle Aziende anche in considerazione delle risorse e delle competenze specifiche, viene calcolato valutando la presenza di lesioni in 9 regioni corporee (testa, collo, faccia, torace, addome, bacino organi, bacino scheletro, estremità, superficie esterna) ed assegnando a ciascuna lesione un punteggio in funzione della sua gravità (AIS – Abbreviated Injury Scale). L'AIS prevede l'assegnazione ad ogni lesione di un punteggio variabile da 0 a 6, così suddiviso:*

- 1 minor
- 2 moderate
- 3 serious
- 4 severe
- 5 critical
- 6 unsurvivable

Si procede a calcolare l'indice sommando il quadrato del punteggio ottenuto dalle 3 aree maggiormente colpite (identificazione della 3 lesioni più significative rispetto alle 9 regioni corporee considerate). L'indice può assumere valori compresi fra 0 e 75. Si intende come maggiore un trauma con un punteggio > 15. Nei casi in cui sia presente una lesione mortale (AIS=6) viene automaticamente assegnato un ISS pari a 75.

Focus cadute accidentali 2016 – Confronto dati su eventi con esito maggiore

| Fonte informativa | N. | Specifico esito |
|-----------------------------|----|--------------------------------|
| Report annuale RER | 20 | Danno severo |
| Incident reporting - cadute | 4 | Esito maggiore (livelli 7 + 8) |
| Eventi sentinella - cadute | 4 | - |

Focus cadute accidentali 2017
Confronto incident reporting con esito maggiore ed eventi sentinella

| Fonte informativa | N. | Specifica esito |
|-----------------------------|----|--------------------------------|
| Incident reporting - cadute | 11 | Esito maggiore (livelli 7 + 8) |
| Eventi sentinella - cadute | 9 | - |

Data estrazioni: 08/05/2018

REGIONE EMILIA-ROMAGNA (r_emiro)
Giunta (AOO_EMR)
PG/2016/0152912 del 04/03/2016

DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

Oggetto: Istruzione operativa per segnalazione e gestione dell'evento sentinella "Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO" - Flusso **SIMES e SISTRA**

1.Oggetto

La presente istruzione operativa descrive le modalità di segnalazione e gestione degli eventi sentinella "reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO":

Reazione trasfusionale causata da incompatibilità ABO. Sono incluse tutte le reazioni trasfusionali da incompatibilità ABO, a prescindere dal livello di gravità del danno. Sono oggetto di segnalazione anche i casi in cui potrebbe non verificarsi una "reazione" (ad esempio se si verifica trasfusione errata tra due soggetti di stesso gruppo O oppure di un soggetto di gruppo O ad un soggetto di gruppo A) e che sono comunque riconducibili ad errori nella gestione delle diverse fasi del processo trasfusionale.

Istruzione operativa per segnalazione e gestione degli episodi di violenza a danno
dell'operatore sanitario e degli **eventi sentinella "atto di violenza a danno degli
operatori" (flusso SIMES)**

In considerazione di quanto esplicitato nel Protocollo Ministeriale per il monitoraggio degli eventi sentinella e di orientamenti condivisi tra i Servizi di questa Direzione si precisano di seguito i **criteri per la definizione e segnalazione dell'evento sentinella "Atti di violenza a danno di operatori"**:

- 1) mezzi utilizzati per l'aggressione: uso di corpi contundenti/armi
- 2) presenza di una componente razziale o sessuale
- 3) esito dell'aggressione/entità del danno:
 - a) ferita profonda;
 - b) trauma maggiore;
 - c) necessità di intervento chirurgico;
 - d) ricovero in unità semintensiva o di terapia intensiva;
 - e) disabilità permanente;
 - f) coma;
 - g) morte;
 - h) le lesioni che hanno determinato una prognosi superiore ai 40 giorni;
 - i) indipendentemente dalla prognosi, quelle lesioni che:
 - i) hanno messo in pericolo di vita il soggetto leso;
 - ii) hanno provocato un indebolimento permanente di organo o senso;
 - iii) hanno provocato la perdita di un senso, di un arto o dell'uso di un organo;
 - iv) hanno causato uno sfregio (cicatrice visibile che altera i movimenti mimici) od una deformazione (menomazione che provoca ribrezzo in chi guarda) del volto.

Istruzione operativa per segnalazione e gestione degli episodi di violenza a danno
dell'operatore sanitario e degli **eventi sentinella "atto di violenza a danno degli
operatori" (flusso SIMES)**

Si sottolinea che le indicazioni sui criteri sopra riportati si riferiscono esplicitamente al Flusso SIMES relativo agli Eventi Sentinella; rimangono pertanto in essere, ove presenti, o dovranno essere definiti **sistemi informativi aziendali dedicati alla raccolta e registrazione degli episodi di violenza**, indipendentemente dal tipo/modalità di accadimento e dalla gravità del danno occorso. Tali strumenti sono infatti previsti anche dalle raccomandazioni per la prevenzione della violenza a danno degli operatori sanitari.

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 Appropriatazza 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.



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

REGIONE EMILIA-ROMAGNA (r_emiro)
Giunta (AOO_EMR)
PG/2016/0090842 del 12/02/2016

Oggetto: comunicazioni relative alla segnalazione degli eventi sentinella – monitoraggio SIMES

Il Referente Aziendale per la Sicurezza delle Cure e Gestione del Rischio provvederà quindi, non appena ottenuti gli elementi di conoscenza indispensabili per la sua compilazione e comunque entro 5 giorni dall'acquisizione della notizia dell'accadimento, all'invio della **scheda A SIMES** ai seguenti indirizzi email:

Agli stessi indirizzi email, entro 45 giorni dall'accadimento dell'evento, dovrà essere trasmessa la **Scheda B** SIMES contenente l'analisi delle cause e dei fattori contribuenti ed il piano d'azione – che riporta gli interventi di miglioramento individuati.

Nel tempo intercorrente dalla prima segnalazione dell'evento alla trasmissione della scheda B la Direzione Aziendale si impegnerà comunque a garantire l'aggiornamento delle informazioni e, nel caso venga richiesto o lo ritenga appropriato, ad inviare alla DGSPSI ogni eventuale successiva comunicazione tramite relazioni che illustrino la comprensione dell'accaduto e le criticità evidenziate.

Note su modalità di compilazione schede SIMES – Eventi sentinella



Glossario

Evento sentinella
(Sentinel event)

Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiano causato o vi abbiano contribuito e b) l'implementazione delle adeguate misure correttive.

COMITATO PERMANENTE PER LA VERIFICA DELL'EROGAZIONE DEI
LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA IN CONDIZIONI DI APPROPRIATEZZA
ED EFFICIENZA NELL'UTILIZZO DELLE RISORSE, DI CUI ALL'INTESA
STATO-REGIONI DEL 23 MARZO 2005

AS) RISCHIO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI

AS.5 Monitoraggio degli Eventi Sentinella tramite SIMES

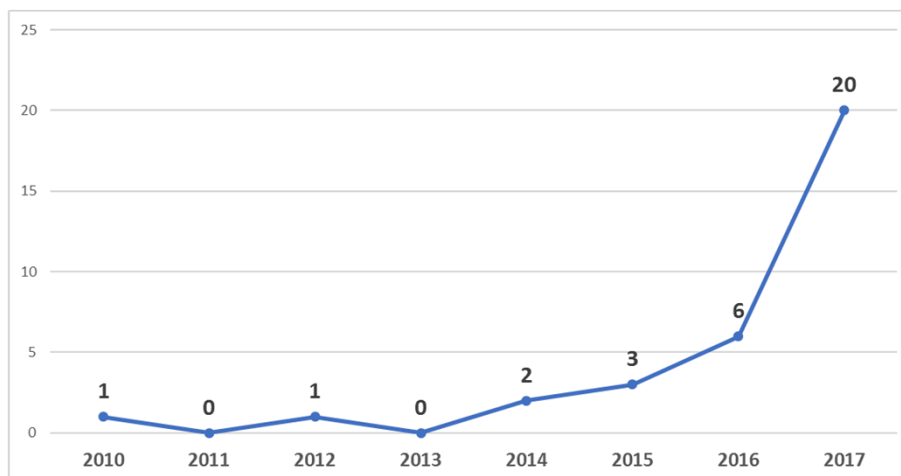
Compilazione a cura del Ministero

Sulla base dei dati presenti nel flusso Simes, verrà valutata la percentuale di correttezza di compilazione delle schede di segnalazione degli Eventi Sentinella.

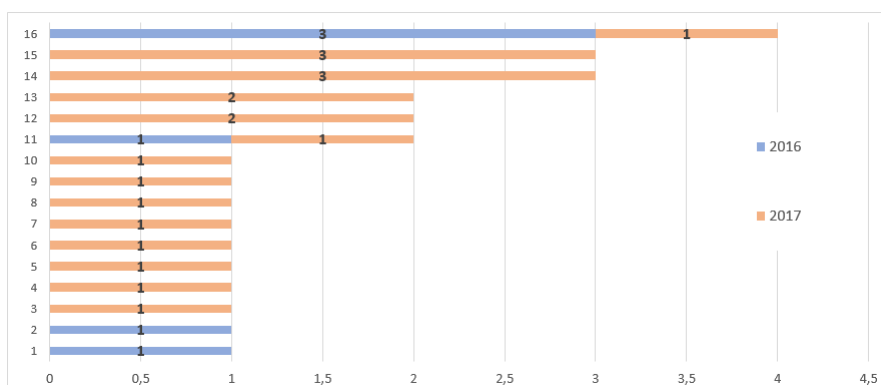
Questionario LEA 2017 – Scheda AS con note per la compilazione

Pertanto, l'adempienza verrà valutata verificando la percentuale di completa compilazione di almeno il 30% degli eventi sentinella segnalati tramite flusso SIMES, ove per completezza si intende l'aver compilato i campi relativi all'analisi dell'evento avverso, compreso quindi i fattori contribuenti e alle azioni di miglioramento individuate.

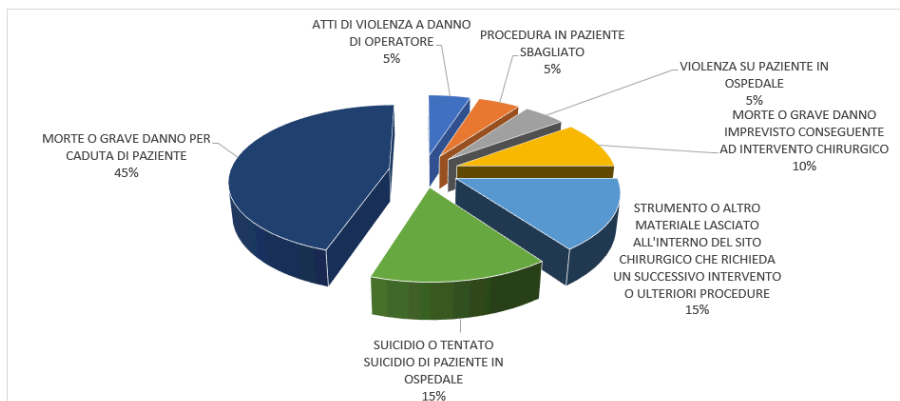
Andamento segnalazioni eventi sentinella - Settore privato



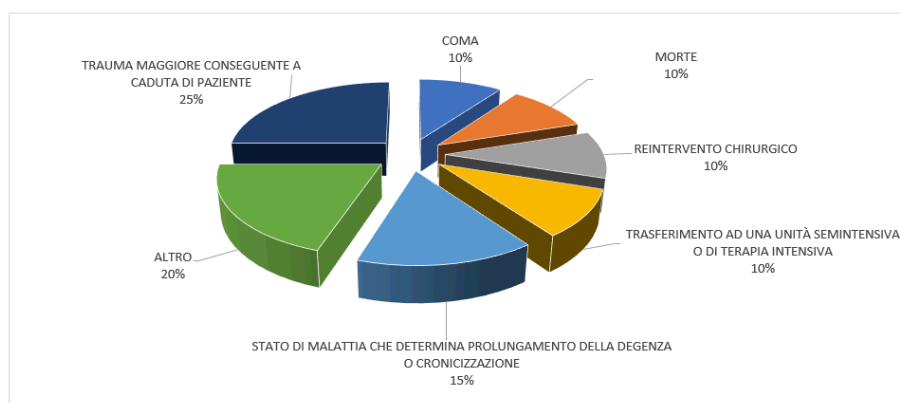
Segnalazioni eventi sentinella 2016 – 2017 - Settore privato



Segnalazioni eventi sentinella 2017 – Tipologia - Settore privato



Segnalazioni eventi sentinella 2017 – Esiti - Settore privato



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.



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 _____

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 Appropriatazza 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.

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;

Check list di sala operatoria Flusso informativo SSCL 2017 - (1°, 2°, 3° e 4° invio)

CIRCOLARE N. 18

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



Flusso informativo SSCL Scarti non corretti

| Codice errore o segnalazione | Frequency | Percent |
|--|-----------|---------|
| Numero scheda non univoco(checkList) | 3 | 0.09 |
| Campo numerico compilato come alfanumerico | 61 | 1.75 |
| Data formalmente errata | 2 | 0.06 |
| Ora formalmente errata | 2 | 0.06 |
| Parte anno del Progressivo Sdo errata | 8 | 0.23 |
| Scheda SDO non presente in Banca Dati SDO | 281 | 8.06 |
| Data non interna al ricovero SDO | 372 | 10.67 |
| Data CheckList successiva al periodo di rif. | 1 | 0.03 |
| Tipo Operazione "I" incompatibile con periodo competenza | 169 | 4.85 |
| CheckList non nel periodo di elabor.(TipoOper="V"/"C") | 2 | 0.06 |
| Tipo operazione errata : record già validato | 1310 | 37.56 |
| Tipo operazione errata : record mai validato | 11 | 0.32 |
| clSi5 invalida alla data rif. | 4 | 0.11 |
| clSi6 invalida alla data rif. | 4 | 0.11 |
| clSi7 invalida alla data rif. | 4 | 0.11 |
| Data procedura non esistente fra le date degli interv. SDO | 201 | 5.76 |
| Data procedura anteriore alla data della CheckList | 1036 | 29.70 |
| Data procedura posteriore alla data dimissioni della SDO | 17 | 0.49 |

Il 47% degli errori scartanti riguarda:

- Progressivo SDO non presente in banca dati (11%)
- Errori sulle date della procedura (36%)

SDO

Procedure AHRQ 4 - Come è compilata la variabile «check list» nel flusso SDO?

| OSP. PRIVATO ACCREDITATO | SI (%) |
|---|---------|
| OSP. PRIVATO PIACENZA | 47.65% |
| OSP. PRIVATO CITTA' DI PARMA | 99.97% |
| OSP. PRIVATO HOSPITAL PICCOLE FIGLIE - PR | 95.49% |
| OSP. PRIVATO HOSPITAL VAL PARMA | 95.05% |
| OSP. PRIVATO SALUS HOSPITAL - RE | 93.21% |
| OSP. PRIVATO VILLA VERDE - RE | 100.00% |
| OSP. PRIVATO HESPERIA HOSPITAL - MO | 94.71% |
| OSP. PRIVATO PROF. FOGLIANI - MO | 100.00% |
| OSP. PRIVATO VILLA CHIARA - BO | 99.97% |
| OSP. PRIVATO PROF. NOBILI - BO | 99.29% |
| OSP. PRIVATO VILLA ERBOSA - BO | 100.00% |
| OSP. PRIVATO NIGRISOLI - BO | 99.95% |
| OSP. PRIVATO VILLA TORRI - BO | 93.31% |
| OSP. PRIVATO VILLA LAURA - BO | 99.80% |
| OSP. PRIVATO VILLA REGINA - BO | 100.00% |

STANDARD
RICHIESTO 2018*

90%

*ESCLUSI I «NON
APPLICABILE»

SDO

Procedure AHRQ 4 - Come è compilata la variabile «check list» nel flusso SDO?

| OSP. PRIVATO ACCREDITATO | SI (%) |
|---------------------------------------|---------|
| CASA DI CURA SALUS S.R.L. - FE | 99.87% |
| OSP. PRIVATO DOMUS NOVA - RA | 99.59% |
| OSP. PRIVATO SAN FRANCESCO - RA | 99.45% |
| OSP. PRIVATO VILLA MARIA CECILIA - RA | 99.99% |
| OSP. PRIVATO S. PIER DAMIANO - RA | 92.73% |
| OSP. PRIVATO VILLA IGEA - FO | 99.96% |
| OSP. PRIVATO VILLA SERENA - FO | 99.63% |
| OSP. PRIVATO MALATESTA NOVELLO - CE | 98.98% |
| OSP. PRIVATO S. LORENZINO - CE | 99.63% |
| OSP. PRIVATO SOL ET SALUS - RN | 97.25% |
| OSP. PRIVATO VILLA MARIA - RN | 100.00% |
| OSP. PRIVATO PROF. E. MONTANARI - RN | 99.87% |

STANDARD
RICHIESTO 2018*

90%

*ESCLUSI I «NON
APPLICABILE»

SSCL & SDO

Corrispondenza tra i 2 flussi

Che corrispondenza c'è tra i due flussi? Si può calcolare il rapporto:

SDO con almeno una procedura AHRQ 4 con «check list»=SI presenti in Banca Dati SSCL

SDO con almeno una procedura AHRQ 4 con «check list»=SI

STANDARD RICHIESTO 2018

75%

SSCL & SDO

Corrispondenza tra i 2 flussi

| OSP. PRIVATO ACCREDITATO | | SDO con almeno una procedura AHRQ 4 e «check list»=SI presenti in SSCL |
|---|--|--|
| | | SDO con almeno una procedura AHRQ 4 e «check list»=SI |
| OSP. PRIVATO PIACENZA | | 42,85% |
| OSP. PRIVATO CITTA' DI PARMA | | 89,54% |
| OSP. PRIVATO HOSPITAL PICCOLE FIGLIE - PR | | 70,99% |
| OSP. PRIVATO HOSPITAL VAL PARMA | | 96,53% |
| OSP. PRIVATO SALUS HOSPITAL - RE | | 89,60% |
| OSP. PRIVATO VILLA VERDE - RE | | 100,00% |
| OSP. PRIVATO HESPERIA HOSPITAL - MO | | 91,36% |
| OSP. PRIVATO PROF. FOGLIANI - MO | | 99,92% |
| OSP. PRIVATO VILLA CHIARA - BO | | 99,92% |
| OSP. PRIVATO PROF. NOBILI - BO | | 98,96% |
| OSP. PRIVATO VILLA ERBOSA - BO | | 99,91% |
| OSP. PRIVATO NIGRISOLI - BO | | 43,48% |
| OSP. PRIVATO VILLA TORRI - BO | | 90,82% |
| OSP. PRIVATO VILLA LAURA - BO | | 99,77% |
| OSP. PRIVATO VILLA REGINA - BO | | 43,53% |

STANDARD
RICHIESTO 2018
75%

SSCL & SDO

Corrispondenza tra i 2 flussi

OSP. PRIVATO ACCREDITATO

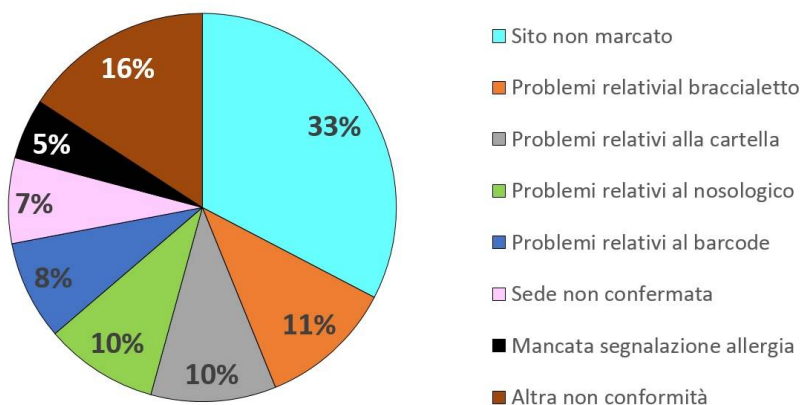
SDO con almeno una procedura AHRQ 4 e «check list»=SI presenti in SSCL
SDO con almeno una procedura AHRQ 4 e «check list»=SI

| | |
|---------------------------------------|--------|
| CASA DI CURA SALUS S.R.L. - FE | 98,70% |
| OSP. PRIVATO DOMUS NOVA - RA | 99,68% |
| OSP. PRIVATO SAN FRANCESCO - RA | 98,90% |
| OSP. PRIVATO VILLA MARIA CECILIA - RA | 76,65% |
| OSP. PRIVATO S. PIER DAMIANO - RA | 98,09% |
| OSP. PRIVATO VILLA IGEEA - FO | 50,44% |
| OSP. PRIVATO VILLA SERENA - FO | 59,51% |
| OSP. PRIVATO MALATESTA NOVELLO - CE | 97,17% |
| OSP. PRIVATO S. LORENZINO - CE | 99,70% |
| OSP. PRIVATO SOL ET SALUS - RN | 98,01% |
| OSP. PRIVATO VILLA MARIA - RN | 95,49% |
| OSP. PRIVATO PROF. E. MONTANARI - RN | 78,03% |

STANDARD
RICHIESTO 2018
75%

SSCL

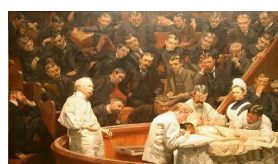
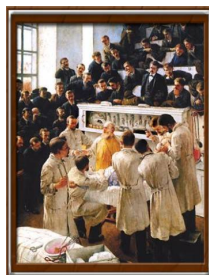
Strutture pubbliche: non conformità segnalate



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



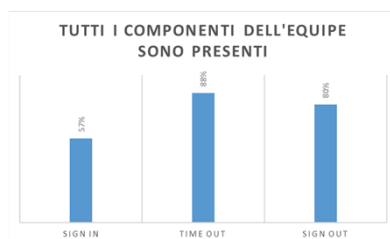
NUMERO DI OSSERVAZIONI: 50

35 CHIRURGIA GENERALE
15 CHIRURGIA ORTOPEDICA

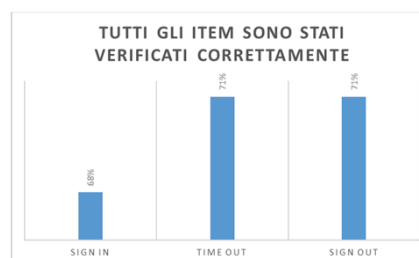
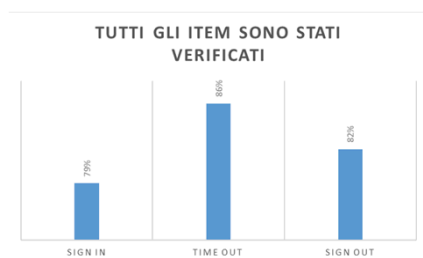
TEMPISTICA: NOVEMBRE 2016
-FEBBRAIO 2017

- 14 Aziende partecipanti
- Elaborazione dati su 691 Schede di Osservazione:
 - 455 di interventi di Chirurgia Generale
 - 236 di interventi di Ortopedia

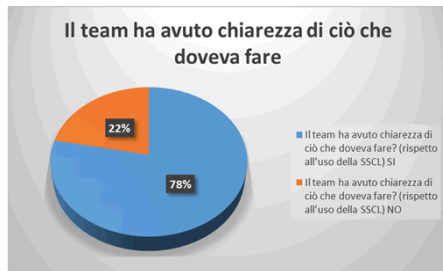
Progetto OssERvare



SOS.net



Progetto OssERvare



SOS.net

When checklists work and when they don't

March 15, 2014 at 12:49 pm guest contributor

[Daily Briefing](#) [View the Archives](#) [Print Today's Stories](#)

Gawande: When checklists don't work

Renowned checklist champion weighs in on a recent NEJM study

11:59 AM - March 17, 2014

“if you don't use it, it doesn't work”!!



Richieste 2018

- 1) Raccolta relazioni annuali sugli accadimenti relativi alla sicurezza delle cure e delle relative azioni di miglioramento (tramite AIOP)
- 2) Adesione al monitoraggio Agenas 2018 implementazione raccomandazioni (novembre-dicembre 2018)
- 3) Chiusura nel db RER delle segnalazioni di incident reporting relative al 2018 entro il 31/03/2019
- 4) Dati cadute accidentali 2017 entro il 18/05/2018

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 Appropriatazza 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).

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”**



Percorso Progettuale VISITARE

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

Fase Sperimentale Anno 2015

- Aziende Sperimentatrici:
Azienda UsI Bologna
Azienda UsI Imola
Azienda UsI Ferrara
Policlinico di Modena
Montecatone Rehabilitation Institute
Azienda UsI 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



Percorso Progettuale VISITARE

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

Elaborazione di documento di sintesi delle attività e dei risultati



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. Arfili
 Casa di Cura Villa Rosa di Modena: C. Argentieri, M.P. Barbieri, A. Camuri, 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>

Grazie