

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma



# RELAZIONE ANNUALE SUGLI ACCADIMENTI RELATIVI ALLA SICUREZZA DELLE CURE E ALLE RELATIVE AZIONI DI MIGLIORAMENTO

*(art. 2 comma 5 della legge 8 marzo 2017, n. 24)*

**relativa all'anno 2021**

La Relazione annuale relativa all'anno 2021 è stata curata da:

Andrea Belletti	Responsabile SS Medicina Legale
Matteo Berghenti	Responsabile Servizio Interaziendale Ingegneria Clinica
Giovanna Campaniello	Responsabile SSD Governo Clinico, Gestione del Rischio e coordinamento Qualità e Accreditamento
Giuseppe De Nunzio	Risk Management Direzione delle Professioni Sanitarie
Matteo Garofano	SC Interaziendale Formazione e Sviluppo Risorse Umane
Cecilia Morelli	Direttore ff. SC Interaziendale Formazione e Sviluppo Risorse Umane
Enrico Pigorini	Direttore Servizio Attività Giuridico Amministrativa
Sonia Sabatino	Responsabile Ufficio Relazioni con il Pubblico
Maurizio Soli	Direttore Immunoematologia e Medicina Trasfusionale
Alessandra Zanardi	Direttore Servizio Farmacia e Governo Clinico del Farmaco

## Sommario

Premessa .....	4
Descrizione dell’Azienda.....	5
Mission & Vision .....	5
Principi ispiratori.....	5
Impegni.....	6
Il contesto .....	6
Il Sistema di relazioni con l’Università degli Studi di Parma.....	7
Organizzazione .....	9
Processo di integrazione Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma /Azienda USL di Parma in area tecnico-amministrativa.....	10
Organigrammi.....	12
Assetto organizzativo per la Gestione Rischio – Sicurezza delle cure .....	18
a) Il Direttore Sanitario .....	18
b) Il Collegio di Direzione .....	18
c) Il Risk Manager .....	18
d) Le Strutture Aziendali per la sicurezza (Board per la Sicurezza) .....	19
e) I Dipartimenti.....	20
f) Unità di crisi interaziendale.....	20
Relazioni istituzionali di rilevanza per la sicurezza delle cure .....	20
Il Comitato Valutazione Sinistri .....	20
Incident Reporting .....	22
Farmacovigilanza .....	24
Dispositivovigilanza .....	26
Emovigilanza .....	29
Sinistri .....	32
Segnalazioni dei cittadini .....	35
Cadute .....	38
Check-list di Sala Operatoria .....	41
Raccomandazioni per la sicurezza .....	43
Formazione e sicurezza delle cure.....	44
Coinvolgimento dei cittadini nella sicurezza delle cure - Open Safety Day 2021.....	46
Sicurezza delle cure e Covid-19 .....	47
Conclusioni .....	49

## Premessa

Il tema della sicurezza delle cure e della gestione del rischio clinico è sempre più una delle priorità del S.S.N. in quanto elemento centrale nell'erogazione delle cure secondo criteri di qualità e sicurezza.

La Legge 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", prevede che le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie predispongano una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto tali accadimenti e sulle conseguenti iniziative messe in atto; è previsto inoltre che la medesima relazione venga pubblicata nel sito internet della struttura sanitaria. Occorre precisare che gli incidenti correlati alla sicurezza delle cure non sono solo quelli che causano un danno (cd. eventi avversi) ma anche quelli che non lo determinano (eventi senza danno) e quelli potenziali (near miss, quasi eventi).

Un elevato numero di segnalazioni è espressione di un'attenzione alla sicurezza delle cure, indice di sensibilizzazione nei professionisti alla segnalazione ed una migliore consapevolezza e trasparenza nel sistema.

Rendere il sistema sanitario affidabile e sicuro è possibile solo analizzando le criticità che emergono, tramite la discussione ed il miglioramento delle pratiche cliniche attraverso la comprensione degli errori latenti ed attivi insiti dietro un evento avverso.

## Definizioni:

<b>ERRORE</b>	fallimento nella pianificazione e/o nell'esecuzione di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento, non attribuibile al caso, dell'obiettivo desiderato.
<b>EVENTO (INCIDENT)</b>	accadimento che ha dato o aveva la potenzialità di dare origine ad un danno non intenzionale e/o non necessario nei riguardi di un paziente.
<b>EVENTO AVVERSO (ADVERSE EVENT)</b>	evento inatteso che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Può essere prevenibile (se dovuto ad errore) o no.
<b>EVENTO EVITATO (NEAR MISS)</b>	errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato (o perché non ha conseguenze per il paziente).
<b>ERRORI ATTIVI</b>	azioni o decisioni pericolose commesse da coloro che sono in contatto diretto con il paziente. Sono più facilmente individuabili, hanno conseguenze immediate.
<b>ERRORI LATENTI</b>	condizioni presenti nel sistema determinate da azioni o decisioni manageriali, da norme e modalità organizzative e quindi correlate ad attività compiute in tempi e spazi lontani rispetto al momento e al luogo reale dell'incidente. Un errore può restare latente nel sistema anche per lungo tempo e diventare evidente solo quando si combina con altri fattori in grado di rompere le difese del sistema stesso.

## Descrizione dell'Azienda<sup>1</sup>

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è stata istituita dalla legge regionale 23 dicembre 2004, n. 29 e disciplinata, ai sensi dell'art. 9, sesto comma, dell'indicata legge regionale, con delibera di Giunta regionale n. 318 del 14 febbraio 2005 ad oggetto la disciplina delle Aziende Ospedaliero-Universitarie, con delibera di Giunta regionale del 30 gennaio 2006, n. 86 e dal protocollo d'intesa di cui alla delibera di Giunta regionale n. 297 del 14 febbraio 2005 ad oggetto "Protocollo di intesa tra la Regione Emilia-Romagna e le Università degli Studi di Bologna, Ferrara, Modena-Reggio Emilia e Parma, in attuazione dell'art. 9 della L.R. 23 dicembre 2004, n. 29", a seguito della conclusione del periodo transitorio di sperimentazione di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, recante "Disciplina dei rapporti tra il Servizio Sanitario Nazionale e le Università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419".

È dotata di personalità giuridica e di autonomia imprenditoriale; costituisce un ospedale polispecialistico ad alta specializzazione che integra funzioni universitarie e ospedaliere nei campi dell'assistenza, ricerca e didattica. Rappresenta, infatti, per l'Università degli Studi di Parma, l'Azienda di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca della Facoltà di Medicina.

### Mission & Vision

La Mission dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma si integra all'interno del sistema regionale per la salute e per i servizi sociali, nel rispetto dei suoi principi fondamentali, esercitando le proprie funzioni di diagnosi, cura, riabilitazione e prevenzione, con la finalità di contribuire al miglioramento dello stato di salute della collettività, di sviluppare la ricerca, di essere il punto di riferimento per la promozione e per la produzione delle attività formative, didattiche e scientifiche in sinergia con l'Università e le espressioni istituzionali e associative della comunità in cui opera.

La Vision dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma si concretizza nell'intento di divenire un luogo dove l'esercizio della cura, fatta di scienza e coscienza al servizio del malato, viva in stretto connubio con lo sviluppo della cultura scientifica e dell'innovazione tecnologica; un luogo che sia espressione di una comunità che, pur mantenendo i propri valori, vuole proiettarsi nel futuro come protagonista del cambiamento, un luogo dove l'applicazione e la trasmissione delle conoscenze scientifiche e il loro dinamico e vertiginoso sviluppo siano al servizio della vita, della dignità e della libertà dei cittadini.

L'Azienda vuole utilizzare tutte le leve che permettano di sviluppare motivazione negli operatori, promuovendo e valorizzando lo sviluppo delle relazioni interne con forme strutturate di partecipazione organizzativa (lavoro in équipe) coinvolgendo le diverse espressioni professionali ai processi di sviluppo e miglioramento dell'organizzazione del lavoro e della qualità dei servizi.

### Principi ispiratori

La promozione della qualità, dell'appropriatezza, dell'efficienza, dell'efficacia, della valorizzazione delle risorse e della sicurezza costituisce il principio fondante a cui si ispira l'azione di governo aziendale, che, nella sua realizzazione, deve contemplare l'aderenza ai valori di universalità ed equità di accesso alle prestazioni, di rispetto dei principi di dignità della persona, come presupposti per fondare la propria azione sulla centralità del cittadino e del paziente.

L'integrazione tra le diverse forme di assistenza sanitaria e sociale e la ricerca della cooperazione e del coinvolgimento di tutte le componenti rappresentative espresse dal contesto di riferimento costituiscono elementi di supporto e di indirizzo di grande rilevanza per gli orientamenti strategici ed organizzativi aziendali.

La valorizzazione dei professionisti, lo sviluppo professionale e tecnologico e l'adeguamento delle competenze all'evoluzione scientifica costituiscono obiettivi prioritari per accrescere il ruolo di eccellenza nel panorama sanitario regionale e nazionale per le proprie funzioni di cura, formazione, didattica e ricerca.

<sup>1</sup> Tratto da: Piano delle Performance 2018-2020 Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

## Impegni

I principali impegni che l'Azienda ha fatto propri ed intende sviluppare a beneficio dei cittadini sono:

- competenza, eccellenza e autorevolezza professionale;
- ascolto e coinvolgimento;
- motivazione e valorizzazione del capitale intellettuale;
- integrazione e sinergie multidisciplinari e interprofessionali;
- alta affidabilità, qualità, sicurezza e appropriatezza delle prestazioni;
- innovazione tecnologica e organizzativa;
- integrazione ospedale università;
- consolidamento dei rapporti con le strutture sanitarie della rete provinciale e regionale e forte integrazione con l'Azienda Sanitaria territoriale nella ricerca di sinergie per il raggiungimento di obiettivi comuni;
- coerenza della programmazione e della pianificazione con gli obiettivi di mandato espressi dalla Regione Emilia-Romagna, con le linee regionali di programmazione annuale e con le ulteriori esigenze di salute rappresentate in seno alla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria ;
- qualità del sistema di governo aziendale;
- promozione di politiche integrate di prevenzione della corruzione e di contrasto all'illegalità;
- trasparenza finalizzata a garantire un adeguato livello di informazione e a favorire partecipazione e coinvolgimento della collettività;
- equilibrio economico finanziario.

## Il contesto<sup>2</sup>

L'Azienda opera come struttura di riferimento per un bacino territoriale minimo corrispondente ai 3.449 Km<sup>2</sup> provinciali, suddivisi in 45 Comuni: di questi 14 sono situati in Pianura, 16 in Collina e 15 in Montagna.

Al 1° gennaio 2021 la popolazione del territorio provinciale di Parma ammonta a 453.524 abitanti, con una diminuzione della popolazione che non si rilevava da quasi 25 anni: l'epidemia di Covid-19 ha avuto un riflesso pesantissimo dal punto di vista demografico, non solo relativamente alla mortalità ma anche sul saldo migratorio che per molti anni ha sostenuto i livelli di una popolazione con un saldo naturale (nascite meno decessi) negativo dal 1973. Gli anziani che vivono in provincia di Parma con 75 anni o più al primo gennaio 2021 sono oltre 55.000, rappresentano il 12,2% della popolazione complessiva, mentre gli over 80 sono oltre 36.000 (circa l'8% della popolazione totale).

Entrambe queste fasce di età non hanno mai smesso di crescere a partire dal 2003, i 75 anni e più sono aumentati del 18% (in quell'anno erano un po' meno di 47.000), mentre gli ottantenni e più del 36,1% (nel 2003 erano poco più di 26.500). Questi dati sono il frutto di un aumento dell'aspettativa di vita che, a parte evidentemente il 2020, nei precedenti 15 anni aveva avuto una crescita forse mai vista in precedenza.

Il sistema provinciale di offerta in cui opera l'Azienda è rappresentato, oltre che dall'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma, dall'AUSL di Parma, articolata in 4 Distretti (di Parma, di Fidenza, SUD-EST e Valli Taro e Ceno) con 21 Case della Salute (già attive) e 2 Presidi Ospedalieri a gestione diretta (Ospedale Vaio di Fidenza e Ospedale Santa Maria a Borgo Val di Taro), e da sette Case di Cura Convenzionate.

Per quanto riguarda l'**Assistenza ospedaliera**, si osserva che il totale dei posti letto disponibili sul territorio provinciale è di 2.106 di cui circa il 66,3 % gestito da strutture pubbliche ed il 33,7% da strutture private. I posti letto per acuti rappresentano circa il 77,2% del totale, quelli post-acuti il 22,8%.

L'89% dei posti letto per acuti appartengono a strutture pubbliche mentre il 68,2% circa di quelli post-acuti sono gestiti da strutture private.

I posti letto dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ammontano a 1.067 (al 31/12/2021) pari al 50,7 % circa del totale provinciale; l'88,6% sono posti letto per acuti. I pazienti trattati dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma rappresentano nel complesso oltre il 50,6 % del totale della produzione provinciale.

Valutando, poi, l'indice di dipendenza della popolazione residente dalle strutture ospedaliere<sup>3</sup> per l'attività di ricovero, si osserva che l'Azienda Ospedaliero-Universitaria risponde al 55,5% della domanda di ricovero dei residenti della

<sup>2</sup> Tratto da: <http://www.provincia.parma.it/servizi-online/statistica>

<sup>3</sup> Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

provincia di Parma, l'AUSL di Parma (presidi pubblici) circa al 18,2%, il privato di Parma al 21,8%. Nel complesso, quindi, il sistema provinciale copre circa il 95,4% dei ricoveri "consumati" dalla popolazione residente; per la restante parte, il 4,6% è effettuato presso altre province della regione.

**L'Assistenza Specialistica** è il sistema di cure principale per numero di prestazioni erogate sul territorio provinciale, dedicato anche a pazienti con problemi clinici complessi, ai quali viene assicurata una presa in carico integrata secondo il modello organizzativo del day service.

Il numero complessivo di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriali<sup>4</sup> erogate dal sistema provinciale è stato di 5.685.523 prestazioni e per circa il 91,8% riguarda residenti della provincia di Parma. L'attività svolta dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria copre circa il 31,7% delle prestazioni erogate nella provincia.

Per quanto riguarda l'attività di **Pronto Soccorso**, sul territorio provinciale l'AOU di Parma si connota ai sensi del DM 70/2015, come DEA Hub di 2° livello mentre è presente un DEA di 1° livello e un Punto di Primo Intervento nell'Azienda USL. Nel 2021 il numero di accessi ai PS provinciali, nel complesso, è stato di 126.054 accessi ed il numero di prestazioni erogate pari a 1.224.725. Il 71,5% degli accessi ed il 73,1% delle prestazioni sono stati erogati dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria.

### Il Sistema di relazioni con l'Università degli Studi di Parma

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma costituisce per l'Università degli Studi di Parma, l'Azienda di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca, ai sensi di quanto previsto dall'art. 9, comma 4 della L.R. n. 29/2004, del Dipartimento di Medicina e Chirurgia, garantendo l'integrazione fra le attività assistenziali e le attività didattiche e di ricerca svolte dal Servizio Sanitario Regionale e dall'Università. Essa opera nel rispetto reciproco degli obiettivi istituzionali e di programmazione del Servizio Sanitario Regionale e dell'Università, nonché nell'ambito del sistema di relazioni fra le Aziende del Servizio Sanitario Regionale. Inoltre, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, come disposto dal vigente Protocollo d'Intesa Regione-Università, approvato con DGR n. 1207 del 29/07/2016, ferma restando la sua centralità quale sede di riferimento per l'Università degli Studi di Parma e sede di realizzazione della collaborazione tra Regione e Università, acquista il ruolo di azienda di riferimento e di supporto organizzativo per l'intera rete formativa locale, anche per quanto riguarda le ulteriori sedi di collaborazione di cui all'art. 18 del Protocollo.

Come il Comitato di Indirizzo Regionale agisce quale organismo che assicura l'esercizio delle funzioni di programmazione congiunta tra il Servizio Sanitario regionale e le Università a garanzia dell'integrazione tra la programmazione sanitaria regionale e le attività assistenziali essenziali alle attività didattico-formative e di ricerca delle Università, così il Comitato di Indirizzo Aziendale, organo collegiale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, propone iniziative e misure per assicurare la coerenza fra la programmazione aziendale e la programmazione didattica e scientifica dell'Università degli Studi di Parma e verifica la corretta attuazione del Protocollo d'Intesa e dei relativi provvedimenti aziendali. Pertanto, il Comitato di Indirizzo della Azienda, fra le altre competenze ed oltre ad esprime parere obbligatorio sulla coerenza della programmazione periodica generale del Dipartimento Universitario in merito ai ruoli universitari rilevanti ai fini della integrazione tra attività assistenziale, didattico-formative e di ricerca, esprime parere obbligatorio anche in merito alla programmazione periodica generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e delle altre Aziende della rete formativa in merito ai ruoli rilevanti ai fini dell'integrazione tra attività assistenziale, didattico-formative e di ricerca. Vista la centralità dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria per l'intera rete formativa, al Comitato di Indirizzo della stessa, oltre al Direttore Generale della Azienda Ospedaliero-Universitaria, partecipano, su invito e senza diritto di voto, i Direttori Generali delle altre Aziende sanitarie pubbliche coinvolte nella rete.

L'Azienda e l'Università, per quanto di propria competenza, intendono promuovere i fondamentali obiettivi, delineati nel Protocollo regionale, di assicurare la qualità e la congruità della formazione del personale medico e sanitario; promuovere lo sviluppo della ricerca biomedica e sanitaria e garantire la qualità e la sostenibilità del Servizio Sanitario.

---

<sup>4</sup> Flusso ASA Regione Emilia Romagna

In questo ambito, l'Azienda e l'Università promuovono la massima integrazione e collaborazione tra il sistema assistenziale ed il sistema della formazione, accrescendo la qualità e potenziamento della formazione del personale medico e sanitario, dello sviluppo della ricerca medica e dell'efficienza del Servizio Sanitario pubblico.

Stante la necessaria integrazione, compenetrazione e inscindibilità tra le attività assistenziali, quelle didattico-formative ed i compiti di natura scientifica, il personale docente di Area Medico-Chirurgica afferente al Dipartimento Universitario di Medicina e Chirurgia è inserito in attività assistenziale presso i Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, in attuazione all'Accordo Attuativo Locale stipulato tra Azienda e Università in data 17/12/2020.

**Nuovo accordo attuativo locale:** Regione e Università, nel rispetto delle rispettive autonomie e delle specifiche finalità istituzionali, improntano i propri rapporti al principio di leale collaborazione nel perseguire un modello di relazioni basato sul principio della programmazione congiunta delle forme di integrazione tra attività assistenziali, didattico-formative e di ricerca. In questo ambito, in attuazione all'art. 9 comma 3 della L.R. 29/2004 e in applicazione al Protocollo d'Intesa Regione-Università siglato il 20/10/2016, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria e l'Università degli Studi hanno condiviso forma e contenuti del testo del nuovo Accordo Attuativo Locale che disciplina tutte le attività oggetto dell'integrazione fra le due Istituzioni.

**Personale docente:** Per quanto riguarda il personale docente di Area Medico-Chirurgica, si rappresenta nell'ambito del complessivo numero dei docenti afferenti al Dipartimento Universitario di Medicina e Chirurgia l'entità del personale docente inserito in attività assistenziale presso i Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, in attuazione all'Accordo Attuativo Locale stipulato tra Azienda e Università in data 18/12/2006. Al 31/12/2021 il personale docente afferente al Dipartimento Universitario di Medicina e Chirurgica inserito nelle attività assistenziali nei Dipartimenti ad Attività Integrata dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria era pari a 107 (di cui 32 Professori di prima fascia, 47 Professori di seconda fascia, 28 Ricercatori).

**Medici in Formazione Specialistica:** Per quanto riguarda le Scuole di specializzazione post-laurea in ambito sanitario dell'Università degli Studi di Parma dall'anno accademico 2019/2020 (a.a. iniziato il 26.01.2021), a seguito del Decreto Interministeriale n. 402 del 13/06/2017 recante gli standard, i requisiti e gli indicatori di attività formativa e assistenziale delle Scuole di specializzazione di area sanitaria, le Scuole di Specializzazione in ambito sanitario attive sono 39. Di queste scuole l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è sede Collegata ad altri Atenei rispetto all'Università degli Studi di Parma per 11 scuole, di cui 9 Scuole, l'Azienda è sede collegata alla rete formativa dell'Ateneo di Bologna (Chirurgia Pediatrica, Chirurgia Vascolare, Neurochirurgia, Genetica Medica) e per 2 Scuole AOUPR è sede collegata all'Ateneo UniMORE (Urologia e Neuropsichiatria Infantile).

Nel 2021, hanno frequentato l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma n. 677 Medici in Formazione Specialistica dell'Università degli Studi di Parma, 56 Medici in Formazione Specialistica in Rete formativa immatricolati da altri Atenei e 18 Medici in Formazione Specialistica con convenzione individuale per formazione extra-rete formativa (DI 402/2017 all.1).

**Corsi di Laurea del Dipartimento di Medicina e Chirurgia:** Il sistema delle relazioni con l'Università e la collaborazione tra Servizio Sanitario Regionale e il Dipartimento Universitario di Medicina e Chirurgia prevede la valorizzazione dell'apporto del personale del SSR alle attività formative. Entro tale logica si evidenzia la partecipazione del personale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma all'attività didattica pre e post laurea attraverso l'attività di docenza e di tutorato. Per quanto riguarda i corsi di laurea delle professioni sanitarie (Fisioterapia, Infermieristica, Logopedia, Ostetricia, Tecniche di laboratorio biomedico, Tecniche di radiologia medica per immagini e radioterapia, corso magistrale di Scienze infermieristiche ed ostetriche), l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma concorre, mediante l'impiego di personale dipendente dell'Azienda e di personale delle Aziende Sanitarie di Parma e Piacenza, alla realizzazione dei corsi.

Attualmente al Dipartimento di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Parma sono in essere 16 corsi (2021/2022):

- Scienze motorie, sport e salute
- Fisioterapia

- Infermieristica
- Logopedia
- Ortottica ed assistenza oftalmologica
- Ostetricia
- Tecniche audioprotesiche
- Tecniche della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro (sede formativa AUSLPR)
- Tecniche di laboratorio biomedico
- Tecniche di radiologia medica per immagini e radioterapia
- corso magistrale di Scienze infermieristiche ed ostetriche
- i corsi di laurea magistrale a ciclo unico di Medicina e Chirurgia e di Odontoiatria e protesi dentaria
- biotecnologia mediche, veterinarie e farmaceutiche
- Psicobiologia e neuroscienze cognitive
- Scienze e tecniche delle attività motorie preventive e adattate.

### Organizzazione

Il Direttore Generale, legale rappresentante dell'Azienda, esercita i poteri organizzativi e gestionali, ha la responsabilità complessiva dell'azienda e del processo di integrazione interaziendale ed è coadiuvato nell'esercizio delle proprie funzioni dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, in Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, e dal Commissario Straordinario, in Azienda USL di Parma. Il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario assumono diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono con la formulazione di proposte e di pareri alla formazione delle decisioni della direzione aziendale.

La Direzione Aziendale si avvale dei Uffici e servizi in staff per perseguire gli obiettivi aziendali:

- Servizio di Prevenzione e protezione aziendale
- Ufficio Stampa e Comunicazione
- Ufficio relazioni con il pubblico
- Servizio Controllo di gestione
- Servizio Rapporti istituzionali
- Servizio Attività giuridico amministrativa
- Struttura Governo clinico, Gestione del rischio, coordinamento Qualità e Accreditamento
- Struttura complessa Ricerca e innovazione
- Medicina legale

### Direzioni operative attuative delle politiche aziendali

- Direzione delle Professioni Sanitarie
- Direzioni tecniche aziendali
- Servizio di Fisica sanitaria
- Servizio di Medicina preventiva, Igiene ospedaliera, Sicurezza igienico-sanitaria.

Il Collegio di Direzione, organo collegiale dell'Azienda è così composto (art. 12 Atto Aziendale, del. n. 684 del 14 settembre 2017, del. n. 85 del 30 gennaio 2018, del. n. 305 del 27 aprile 2018):

- Direttori dei Dipartimenti ad Attività Integrata
- Direttore Sanitario con funzioni di Presidente
- Direttore Amministrativo
- Direttore del Dipartimento Farmaceutico Interaziendale per la Provincia di Parma
- Direttore del Dipartimento Emergenza – Urgenza Provinciale Interaziendale
- Direttore della Direzione delle Professioni Sanitarie.

### I Dipartimenti

L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di organizzazione e di gestione operativa di tutte le attività dell'Azienda, e rappresenta la struttura fondamentale per la organizzazione e la gestione della produzione dei servizi e

delle prestazioni assistenziali. Nell’Azienda sono presenti Dipartimenti Assistenziali ad Attività Integrata (DAI) e Dipartimenti Tecnico-Amministrativi.

#### Dipartimenti ad Attività Integrata

Le strutture di cura dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma sono organizzate Dipartimenti ad attività integrata ospedaliera e universitaria (DAI) con funzioni di assistenza e cura, ricerca scientifica e didattica e da un Dipartimento Interaziendale Emergenza-urgenza, nato dall’integrazione tra l’Azienda Ospedaliero-Universitaria e l’Azienda USL di Parma.

#### Dipartimenti Aziendali e Interaziendali di cura

- Dipartimento Chirurgico generale e Specialistico
- Dipartimento Testa Collo
- Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare
- Dipartimento Diagnostico
- Dipartimento Medicina Generale e Specialistica
- Dipartimento Materno Infantile
- Dipartimento Medico Geriatrico Riabilitativo
- Dipartimento Provinciale Interaziendale Emergenza-Urgenza

#### Dipartimenti Interaziendali Sanitari

- Dipartimento Interaziendale Farmaceutico

#### Dipartimenti Tecnico-Amministrativi

- Dipartimento interaziendale Tecnico e Logistica
- Dipartimento interaziendale Risorse umane
- Dipartimento interprovinciale Information and Communication Technology
- Dipartimento interaziendale “Programmazione, Valutazione e Controllo”
- Area Aziendale Affari Generali e Organizzazione
- Altre Aree ad Integrazione Strutturale

### **Processo di integrazione Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma /Azienda USL di Parma in area tecnico-amministrativa**

Con la Delibera di Giunta della Regione Emilia Romagna nr. 737 n. 749 del 25/06/2020 alle Direzioni dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ed Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma sono stati assegnati gli obiettivi di mandato, nei quali è espressamente indicato che “per le Aziende parmensi assume particolare rilievo la realizzazione di un percorso che crei le condizioni per una unificazione di livello provinciale”.

Nell’ottica di garantire risposta efficace ai bisogni assistenziali sempre più crescenti e mutevoli, l’interesse delle due Aziende sanitarie si è rivolto verso il rafforzamento dei meccanismi di collaborazione tra i diversi stakeholder, andando a rivedere l’intera catena dei servizi sanitari offerti.

Le evidenze di letteratura – e la pandemia in atto - hanno dimostrato che le forme di integrazione più efficaci sono quelle che coinvolgono più livelli di assistenza (l’assistenza ospedaliera, le cure intermedie e primarie), orientate alla presa in carico dell’intero percorso di cura del paziente, contenendo in un’unica filiera la risposta ai bisogni di tipo sanitario e sociale della popolazione.

Le Direzioni di AOU e di AUSL Parma hanno quindi deciso di sviluppare un progetto di integrazione, con l’obiettivo di gettare le basi per l’unificazione delle due Aziende.

Nel primo semestre di mandato delle Direzioni è stato redatto il “Progetto di integrazione delle Aziende USL e Ospedaliero-Universitaria di Parma”, condiviso nelle sue direttrici con il Collegio di Direzione Congiunto delle due Aziende e presentato alla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria di Parma e alle Organizzazioni Sindacali.

È stato inoltre trasmesso congiuntamente dalle direzioni all’Assessore alle Politiche per la Salute ed al Direttore Generale Cura della persona, Salute e Welfare della Regione Emilia Romagna.

Il percorso attuato è stato presentato alla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria della Provincia di Parma il 20/05/2021 ed inviato all’Assessore alle Politiche per la Salute della Regione Emilia-Romagna ed al Direttore Generale Cura della Persona Salute e Welfare con nota protocollo n° 37900 del 28/05/21, è stato il risultato del lavoro dei 59 gruppi attivati e dei 493 professionisti coinvolti.

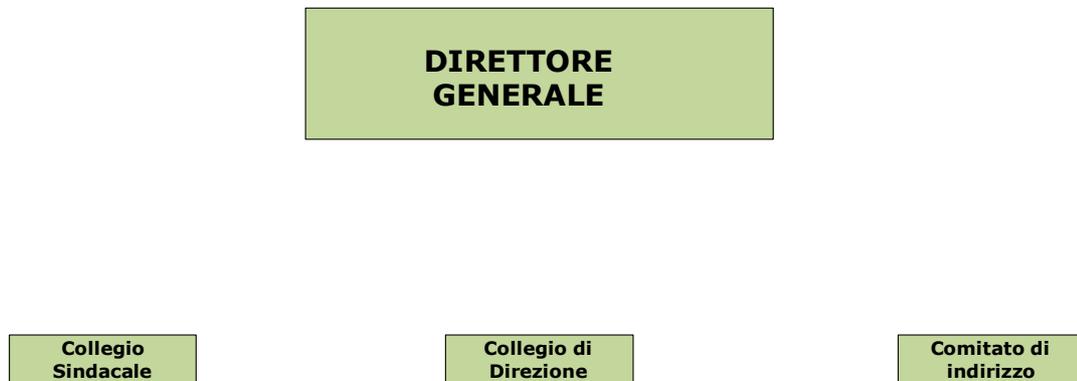
Tale lavoro è stato accolto favorevolmente nei passaggi di condivisione effettuati durante il 2021 nelle sedi istituzionali previste, in cui sono stati raccolti spunti da utilizzare nel concreto sviluppo delle progettualità, inseriti nel presente documento:

- Collegio di Direzione di Azienda USL e di Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma in seduta congiunta;
- Confederazioni Sindacali di CGIL, CISL e UIL;
- Comitati Consultivi Misti;
- Ufficio di Presidenza della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria;
- Comitato di Indirizzo dell’Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma;
- Rappresentanze Sindacali Aziendali di FP CGIL, CISL FP, UIL FPL, FIALS, NURSING UP, RSU Aziendali e Rappresentanze Sindacali Aziendali delle Organizzazioni Sindacali dell’area della Dirigenza della Sanità e della Dirigenza Amministrativa, Tecnica e Professionale;
- Comitato di Distretto di Fidenza;
- Comitato di Distretto Sud-Est;
- Comitato di Distretto Valli Taro e Ceno;
- Comitato di Distretto di Parma.

Nel secondo semestre del 2021, nel rispetto del cronoprogramma definito, i Gruppi di lavoro hanno ripreso le attività per realizzare le azioni di integrazione previste dalle linee di sviluppo individuate; con Delibera n. 2281 del 27/12/21, la Regione Emilia-Romagna ha riavviato il percorso di unificazione delle Aziende USL e Ospedaliero/Universitarie di Parma e Ferrara, e questo vuole essere un pieno riconoscimento dell’impegno profuso e della qualità del lavoro svolto, ed un ulteriore stimolo a proseguire sulle direttrici identificate per ciascun ambito di sviluppo.

Di seguito si riporta l'aggiornamento 2021 degli Organigrammi Aziendali.

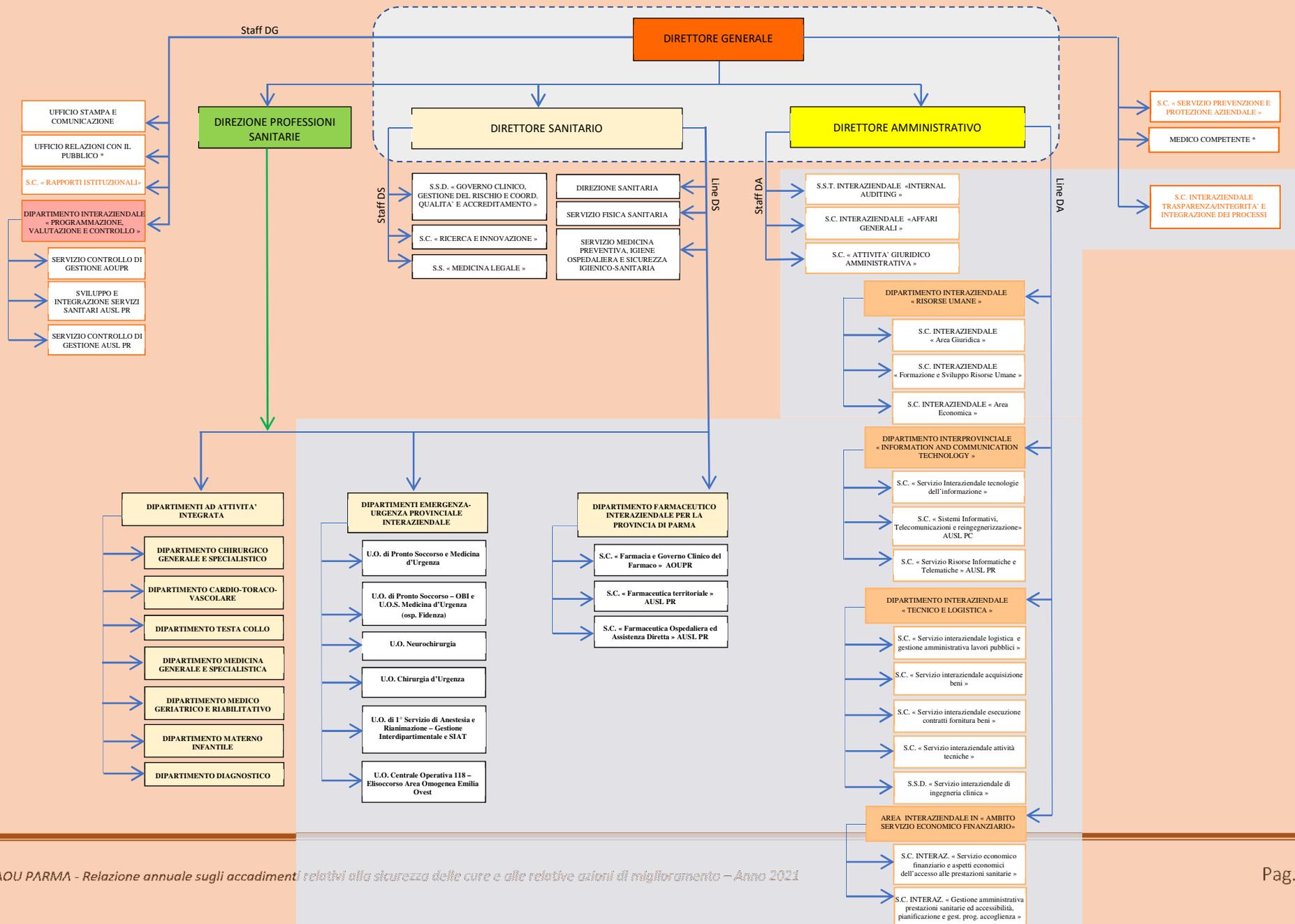
## GLI ORGANI DELL'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI PARMA



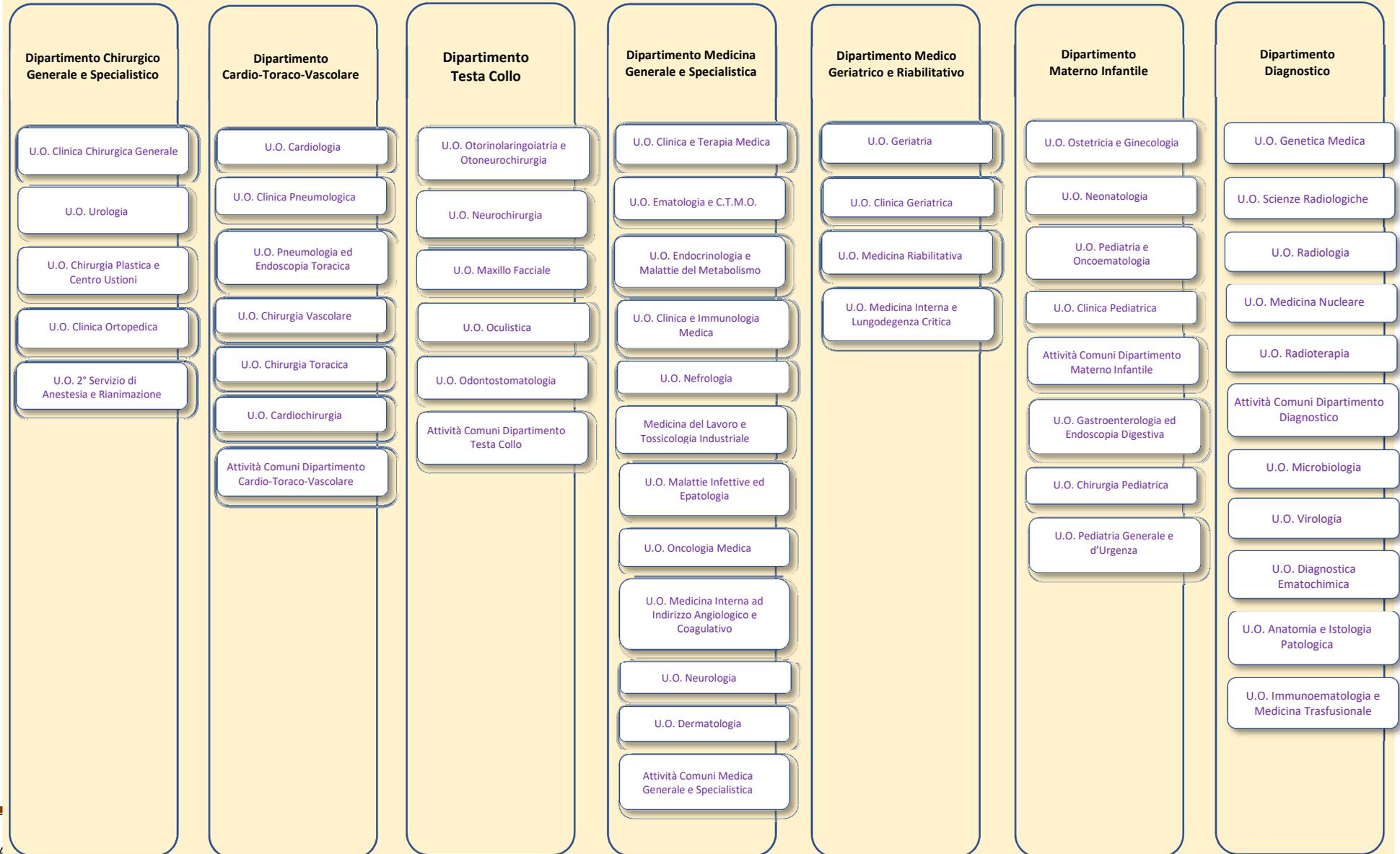
## GLI ORGANISMI COLLEGIALI



# Direzione Strategica



# DIPARTIMENTI AD ATTIVITA' INTEGRATA



**Dotazione organica dell'Azienda al 31.12.2020**

	CONTRATTI LIBERO PROFESSIONALI	DIPENDENTE	UNIVERSITARIO INTEGRATO	Totale complessivo
C LP MEDICI	36			<b>36</b>
C LP Ruolo AMMINISTRATIVO	10			<b>10</b>
C LP Ruolo SANITARIO	20			<b>20</b>
C LP Ruolo TECNICO	1			<b>1</b>
COMPARTO Ruolo AMMINISTRATIVO		191	12	<b>203</b>
COMPARTO Ruolo SANITARIO		2468	24	<b>2492</b>
COMPARTO Ruolo TECNICO		372	5	<b>377</b>
DIRIGENZA MEDICA		629	98	<b>727</b>
DIRIGENZA Ruolo AMMINISTRATIVO		12		<b>12</b>
DIRIGENZA Ruolo PROFESSIONALE		7		<b>7</b>
DIRIGENZA Ruolo SANITARIO		94	11	<b>105</b>
DIRIGENZA Ruolo TECNICO		3		<b>3</b>
OSS		701		<b>701</b>
<b>Totale complessivo</b>	<b>67</b>	<b>4477</b>	<b>150</b>	<b>4694</b>

**Suddivisione per genere della dotazione organica al 31.12.2020**

	FEMMINE				MASCHI			
	CONTRATTI LIBERO PROFESSIONALI	DIPENDENTE	UNIVERSITARIO INTEGRATO	Totale	CONTRATTI LIBERO PROFESSIONALI	DIPENDENTE	UNIVERSITARIO INTEGRATO	Totale
C LP MEDICI	17			<b>17</b>	19			<b>19</b>
C LP Ruolo AMMINISTRATIVO	8			<b>8</b>	2			<b>2</b>
C LP Ruolo SANITARIO	16			<b>16</b>	4			<b>4</b>
C LP Ruolo TECNICO					1			<b>1</b>
COMPARTO Ruolo AMMINISTRATIVO		159	9	<b>168</b>		32	3	<b>35</b>
COMPARTO Ruolo SANITARIO		1913	20	<b>1933</b>		555	4	<b>559</b>
COMPARTO Ruolo TECNICO		223	1	<b>224</b>		149	4	<b>153</b>
DIRIGENZA MEDICA		329	24	<b>353</b>		300	74	<b>374</b>
DIRIGENZA Ruolo AMMINISTRATIVO		8		<b>8</b>		4		<b>4</b>
DIRIGENZA Ruolo PROFESSIONALE		2		<b>2</b>		5		<b>5</b>
DIRIGENZA Ruolo SANITARIO		80	9	<b>89</b>		14	2	<b>16</b>
DIRIGENZA Ruolo TECNICO		1		<b>1</b>		2		<b>2</b>
OSS		530		<b>530</b>		171		<b>171</b>
<b>Totale complessivo</b>	<b>41</b>	<b>3245</b>	<b>63</b>	<b>3349</b>	<b>26</b>	<b>1232</b>	<b>87</b>	<b>1345</b>

Suddivisione della dotazione organica per Dipartimento al 31.12.2020					
DIPARTIMENTO		CONTRATTI LIBERO PROFESSIONALI	DIPENDENTE	UNIVERSITARIO INTEGRATO	Totale complessivo
CARDIO-TORACO-VASCOLARE	C LP MEDICI	2			2
	C LP Ruolo SANITARIO	1			1
	COMPARTO Ruolo AMMINISTRATIVO		1	2	3
	COMPARTO Ruolo SANITARIO		208		208
	COMPARTO Ruolo TECNICO		11	1	12
	DIRIGENZA MEDICA		64	13	77
	OSS		62		62
	<b>totale</b>	<b>3</b>	<b>346</b>	<b>16</b>	<b>365</b>
CHIRURGICO GENERALE E SPECIALISTICO	COMPARTO Ruolo AMMINISTRATIVO		1		1
	COMPARTO Ruolo SANITARIO		350	1	351
	COMPARTO Ruolo TECNICO		24	2	26
	DIRIGENZA MEDICA		94	14	108
	OSS		109		109
	<b>totale</b>		<b>578</b>	<b>17</b>	<b>595</b>
DIAGNOSTICO	C LP MEDICI	2			2
	C LP Ruolo SANITARIO	4			4
	COMPARTO Ruolo AMMINISTRATIVO		11	1	12
	COMPARTO Ruolo SANITARIO		356	5	361
	COMPARTO Ruolo TECNICO		72		72
	DIRIGENZA MEDICA		94	10	104
	DIRIGENZA Ruolo SANITARIO		39	6	45
	OSS		56		56
<b>totale</b>	<b>6</b>	<b>628</b>	<b>22</b>	<b>656</b>	
EMERGENZA-URGENZA PROVINCIALE INTERAZIENDALE	C LP MEDICI	5			5
	C LP Ruolo AMMINISTRATIVO	1			1
	C LP Ruolo SANITARIO	1			1
	COMPARTO Ruolo AMMINISTRATIVO		1		1
	COMPARTO Ruolo SANITARIO		326		326
	COMPARTO Ruolo TECNICO		14		14
	DIRIGENZA MEDICA		97		97
	DIRIGENZA Ruolo SANITARIO		1		1
	OSS		87		87
<b>totale</b>	<b>7</b>	<b>526</b>		<b>533</b>	

Suddivisione della dotazione organica per Dipartimento al 31.12.2020					
DIPARTIMENTO		CONTRATTI LIBERO PROFESSIONALI	DIPENDENTE	UNIVERSITARIO INTEGRATO	Totale complessivo
<b>MATERNO-INFANTILE</b>	C LP MEDICI	1			1
	C LP Ruolo AMMINISTRATIVO	1			1
	C LP Ruolo SANITARIO	3			3
	COMPARTO Ruolo AMMINISTRATIVO		1		1
	COMPARTO Ruolo SANITARIO		348	2	350
	COMPARTO Ruolo TECNICO		5		5
	DIRIGENZA MEDICA		79	12	91
	DIRIGENZA Ruolo SANITARIO		3	1	4
	OSS		88		88
	<b>totale</b>	<b>5</b>	<b>524</b>	<b>15</b>	<b>544</b>
<b>MEDICINA GENERALE E SPECIALISTICA</b>	C LP MEDICI	10			10
	C LP Ruolo AMMINISTRATIVO	5			5
	C LP Ruolo SANITARIO	2			2
	COMPARTO Ruolo AMMINISTRATIVO		4	6	10
	COMPARTO Ruolo SANITARIO		379	7	386
	COMPARTO Ruolo TECNICO		12	2	14
	DIRIGENZA MEDICA		115	29	144
	DIRIGENZA Ruolo SANITARIO		10	2	12
	OSS		146		146
	<b>totale</b>	<b>17</b>	<b>666</b>	<b>46</b>	<b>729</b>
<b>MEDICO GERIATRICO RIABILITATIVO</b>	C LP MEDICI	10			10
	C LP Ruolo SANITARIO	4			4
	COMPARTO Ruolo AMMINISTRATIVO		2	1	3
	COMPARTO Ruolo SANITARIO		233	1	234
	COMPARTO Ruolo TECNICO		1		1
	DIRIGENZA MEDICA		41	6	47
	DIRIGENZA Ruolo SANITARIO			1	1
	OSS		87		87
	<b>totale</b>	<b>14</b>	<b>364</b>	<b>9</b>	<b>387</b>
<b>TESTA- COLLO</b>	C LP MEDICI	2			2
	C LP Ruolo SANITARIO	2			2
	COMPARTO Ruolo AMMINISTRATIVO		1	2	3
	COMPARTO Ruolo SANITARIO		132	8	140
	COMPARTO Ruolo TECNICO		9		9
	DIRIGENZA MEDICA		34	14	48
	OSS		24		24
	<b>totale</b>	<b>4</b>	<b>200</b>	<b>24</b>	<b>228</b>

## **Assetto organizzativo per la Gestione Rischio – Sicurezza delle cure**

La gestione del rischio, componente essenziale della funzione di governo clinico, è un processo complesso che l'Azienda vuole rendere sistematico e sistemico ricomponendo in un modello integrato attività svolte in settori diversi, ma tutte finalizzate alla promozione della sicurezza di utenti e operatori. All'interno di questo modello le differenti competenze, cliniche, tecniche, medico-legali, legali, amministrative, vedono declinate le loro professionalità rispetto al perseguimento del comune obiettivo finale di una efficace safety governance aziendale.

L'organizzazione integrata delle diverse componenti della gestione del rischio viene definita dal Programma aziendale di gestione del rischio, adottato dal Direttore Generale su proposta del Collegio di Direzione e diretto dal Direttore Sanitario Aziendale.

Le attività relative al programma aziendale di gestione del rischio hanno nel Collegio di Direzione l'organo di governo e nelle UU.OO. la principale sede operativa e di gestione.

In linea con le Indicazioni Regionali sarà di seguito esplicitato l'assetto organizzativo aziendale per la Gestione Rischio - Sicurezza delle cure, prendendo in considerazione i seguenti elementi:

### **a) Il Direttore Sanitario**

Il Direttore Sanitario coadiuva nell'esercizio delle proprie funzioni il Direttore Generale, in particolare svolgendo la funzione di integrazione e di raccordo interdipartimentale nell'ambito delle tematiche trattate dal Collegio di Direzione relative al governo clinico, accreditamento, gestione del rischio, analisi dei processi assistenziali, formazione, ricerca. Individua gli obiettivi generali e specifici di produzione e assicura il monitoraggio e la verifica del volume della qualità assistenziale affiancando le risorse e i livelli di qualità coerenti con la politica e le linee di indirizzo esplicitate dalla Direzione Generale.

Coordina, supporta e affianca i Direttori di Dipartimento nella loro funzione di programmazione e pianificazione delle attività ed elaborazione dei piani organizzativi assicurando l'applicazione di criteri di gestione omogenei, efficienti ed efficaci, avvalendosi della collaborazione degli uffici di staff aziendale.

Si occupa della gestione dei processi trasversali e dello sviluppo delle reti aziendali e interaziendali rivalutando un modello di erogazione della assistenza incentrato sul percorso del paziente e sull'integrazione tra i settori in questo coinvolti.

Assicura, nell'ambito del sistema dipartimentale, l'organizzazione, il monitoraggio e la verifica del volume e della qualità dell'attività assistenziale.

Assicura l'unitarietà, il coordinamento e l'integrazione della globalità del processo produttivo sanitario aziendale.

Coordina le funzioni di staff ad esso afferenti, garantendo l'attuazione del sistema aziendale per la gestione del rischio, che realizza la sua operatività a livello dipartimentale, nonché l'esercizio delle funzioni relative alla responsabilità professionale e alla gestione del contenzioso (in collaborazione con i servizi della Direzione Amministrativa).

### **b) Il Collegio di Direzione**

Il Collegio di Direzione (CdD) è l'organo di governo della gestione integrata del rischio e delle linee di attività in tema di governo clinico e propone il Programma aziendale di gestione del rischio adottato dal Direttore Generale.

### **c) Il Risk Manager**

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma dal 01/01/2011 ha formalizzato in staff alla Direzione Generale una apposita Struttura Semplice Dipartimentale, la SSD Governo Clinico, Gestione del Rischio e coordinamento Qualità e Accreditamento che presiede in modo integrato alla Gestione del Rischio, ai processi di Qualità, Governo Clinico e Accreditamento. In particolare le funzioni di Risk Manager sono assolute dal Responsabile della SSD coadiuvato da un Infermiere della Direzione delle Professioni Sanitarie con incarico di organizzazione Risk Management assegnato alla precitata Struttura.

La gestione del rischio, intesa come strumento sistemico di indagine e di controllo delle determinanti umane, organizzative e tecnologiche, degli eventi che possono verificarsi all'interno di sistemi complessi come quelli sanitari, si esplica attraverso:

- il monitoraggio e analisi degli eventi avversi (reporting & learning system)
- la definizione di azioni di miglioramento al fine di ridurre la "rischiosità" del sistema

- la diffusione di raccomandazioni e di strumenti operativi per la loro applicazione
- la verifica dell'applicazione delle raccomandazioni nazionali, regionali e aziendali
- le strategie di formazione/informazione
- la gestione degli aspetti assicurativi e medico legali del contenzioso.

I principali obiettivi perseguiti dal Risk Manager della SSD Governo Clinico sono i seguenti:

- Promuovere la cultura della sicurezza tra i professionisti
- Promuovere e dare supporto nella realizzazione delle attività annuali dei Dipartimenti
- Garantire il coordinamento per le attività inerenti la gestione del rischio
- Assicurare la collaborazione aziendale per la promozione dei progetti regionali
- Implementare i Data base aziendali e regionali per la gestione del rischio
- Gestire gli eventi-quasi eventi nei processi clinico assistenziali con i professionisti
- Gestire gli eventi sentinella e la "crisi", compresa la comunicazione con la RER e il Ministero
- Coordinare le attività rivolte alla ricerca delle cause radice degli eventi
- Proporre e supportare la ricerca e la definizione di modifiche organizzative per la prevenzione e la riduzione del rischio
- Supportare l'implementazione delle procedure e delle misure previste e redigere Buone Pratiche in linea con le Raccomandazioni Regionali/ Ministeriali
- Diffondere le Raccomandazioni, Buone Pratiche, Procedure e istruzioni operative
- Supportare i Dipartimenti nella realizzazione di Audit clinici
- Rendicontare le attività annuali per la gestione del rischio
- Elaborare nuove proposte e progetti di miglioramento
- Proporre il Piano annuale della Formazione per la gestione del rischio (parte integrante del Piano Annuale della Formazione)
- Metanalizzare i dati provenienti dai diversi data-base aziendali e dalle indagini svolte in azienda, sia svolte dalla SSD Governo Clinico, sia dalle altre strutture che a vario titolo si occupano di rischio.

#### d) **Le Strutture Aziendali per la sicurezza (Board per la Sicurezza)**

La Direzione Aziendale, a supporto delle attività strategiche e per sviluppare e sostenere alcune delle più importanti esigenze di coordinamento e standardizzazione dei processi, si avvale di strutture organizzative che sono parte integrante dell'organizzazione aziendale.

In tal senso, per la sicurezza delle cure, la Direzione si avvale della SSD Governo Clinico, Gestione del rischio e coordinamento Qualità e Accreditamento, delle Direzioni Tecniche Aziendali, delle Direzioni Operative Attuative, degli Uffici e Servizi di Staff alla Direzione Generale e delle Strutture che afferiscono al Datore di Lavoro.

Le principali Direzioni e Servizi interessati sono:

- Servizio di Medicina Preventiva, Igiene Ospedaliera, Sicurezza Igienico-Sanitaria
- SSD Governo clinico, gestione del rischio e coordinamento qualità e accreditamento
- Servizio di Farmacia e Governo Clinico del Farmaco
- SS Settore Medicina Legale
- Servizio Attività Giuridico Amministrativa
- Direzione Professioni Sanitarie
- Ufficio Relazioni con il Pubblico
- Servizio di Protezione e Prevenzione Aziendale
- Servizio Attività Tecniche e Logistiche
- Servizio di Ingegneria Clinica
- Servizio Informativo Aziendale
- Settore Alberghiero e servizi alla persona
- Settore Formazione e Aggiornamento.

Tutti gli interventi promossi dalla SSD Governo Clinico vengono pianificati e attuati mediante il coinvolgimento dei professionisti dell'Azienda, con l'attivazione di gruppi di lavoro multiprofessionali e multidisciplinari. Per ogni argomento trattato, infatti, vengono individuate, di concerto con il Direttore Sanitario, le strutture e le professionalità aziendali che devono fare parte del gruppo di lavoro multiprofessionale.

Negli anni si sono quindi consolidati i rapporti professionali per la prevenzione dei rischi tra SSD Governo Clinico, Farmacia e Governo Clinico del Farmaco, Igiene Ospedaliera e Medicina Preventiva, SS Medicina Legale, Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale, Direzione delle Professioni Sanitarie, ma anche il rapporto con le UU.OO. dell’Azienda.

#### e) I Dipartimenti

Nei Dipartimenti, i riferimenti per la gestione del rischio sono i Direttori e i Coordinatori (Dirigenti e Preposti). Tale modello organizzativo è, inoltre, in linea con quello del Servizio di Igiene Ospedaliera, Medicina Preventiva e sicurezza igienico sanitaria e con quello del Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale, in modo da favorire una trattazione integrata della gestione delle varie tipologie di rischio. In tale logica, anche i professionisti dell’Azienda, su delega del Direttore e/o del Coordinatore, possono essere chiamati a partecipare ai tavoli di lavoro per la promozione della sicurezza delle cure.

#### f) Unità di crisi interaziendale

In data 19/02/2020 è stato convocato un incontro interaziendale per la preparazione all’emergenza Covid-19. In linea con le indicazioni Regionale e nazionali la Direzione strategica ha attivato l’Unità di Crisi Interaziendale per le misure da attuare per la gestione dell’epidemia prima e pandemia successivamente, da Covid-19.

L’Unità di crisi ha avuto, come canale principale di comunicazione, la piattaforma LifeSize. Gli incontri sono stati convocati giornalmente durante tutto il periodo pandemico.

Durante gli incontri sono state date le indicazioni strategiche per la gestione dei casi in Azienda, il raccordo con l’AUSL di Parma e con tutti i Direttori e Responsabili delle principali funzioni aziendali.

Successivamente vi è stato un ampliamento dell’Unità di Crisi, con costituzione di un’Unità di Crisi Interaziendale AOU Parma – AUSL Parma, che nel corso del 2021 è stata regolarmente convocata.

#### Relazioni istituzionali di rilevanza per la sicurezza delle cure

Si riportano i principali Comitati e Gruppi di Lavoro Aziendali di rilevanza per la sicurezza delle cure in cui partecipa la SSD Governo Clinico, Gestione del rischio:

- Comitato Consultivo Misto – Coordinamento: Ufficio Relazioni con il Pubblico
- Comitato Valutazione Sinistri - Coordinamento: SS Medicina Legale
- Comitato Buon Uso del Sangue -Coordinamento: UOC Igiene Ospedaliera
- Gruppo di Lavoro Legionella -Coordinamento: UOC Igiene Ospedaliera
- Gruppo di Lavoro Ventilazione e condizionamento a contaminazione controllata (VCCC) -Coordinamento UOC Igiene Ospedaliera
- Gruppo Strategico (CIO) -Coordinamento UOC Igiene Ospedaliera.

#### Il Comitato Valutazione Sinistri

Il Comitato Valutazione Sinistri (CVS) è organismo tecnico aziendale, deputato alla valutazione medico-legale e legale degli eventi di danno; esso esprime parere sulla sussistenza della responsabilità e, in caso di accertata fondatezza della richiesta, sull’ammontare del risarcimento.

Si premette che con deliberazione di Giunta regionale n. 1889 del 24 novembre 2015, ad oggetto “Gestione diretta dei sinistri in sanità. Individuazione di ulteriori aziende ammesse alla sperimentazione regionale”, l’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, con decorrenza 1/12/2015, è stata ammessa - unitamente alle aziende sanitarie dell’Area Vasta Emilia Nord - alla fase sperimentale del programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile.

Con deliberazione di Giunta Regionale n. 2311/2016 l’Azienda Ospedaliero – Universitaria di Parma, con decorrenza 1/01/2017 e sino al 31/12/2019, è stata ammessa, unitamente alle aziende sanitarie dell’Area Vasta Emilia Nord, ad una fase valutativa tesa a verificare impatti applicativi del sopra citato Programma regionale.

In applicazione delle istruzioni operative di cui alla determinazione della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali n. 4995 del 10 aprile 2014, delle linee di indirizzo della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della

Regione Emilia-Romagna del 20 dicembre 2016 e delle prime indicazioni operative in ordine all'applicazione della Legge 8 marzo 2017, n. 24 della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia-Romagna in data 20 aprile 2017, l'Azienda ha adeguato il processo aziendale di gestione dei sinistri in assunzione diretta ed esclusiva, in assenza di cogestioni con enti assicurativi, adottato in precedenza con deliberazione n. 248 del 28 giugno 2016 al fine di rendere omogenee ed uniformi alle intervenute disposizioni normative le procedure interne di gestione del contenzioso ed allo scopo di regolamentare i rapporti con i soggetti privati, gli enti, le Autorità e gli organismi istituzionali esterni, tra i quali il Nucleo Regionale di Valutazione.

L'ultima revisione del suddetto processo è stata adottata con deliberazione del Direttore Generale n. 918 del 5 dicembre 2017.

Il CVS, nell'ambito della descritta istruzione operativa, si esprime sulle valutazioni tecniche complessivamente emerse nelle precedenti fasi istruttorie, che vengono discusse in sede di CVS al fine di pervenire ad un parere sulla sussistenza della responsabilità e, in caso di accertata fondatezza della richiesta, sull'ammontare del risarcimento.

In caso di accertata responsabilità, l'Ufficio Legale, entro dieci giorni dal verbale del CVS, comunica all'esercente la professione sanitaria coinvolto l'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato, con invito a prendervi parte, ai sensi dell'art. 13 della Legge 24/2017, riportando in allegato all'informativa stralcio del verbale del CVS ed avvisando che si procederà ad avviare le trattative con il danneggiato decorsi 30 gg. dall'invio della comunicazione.

Qualora il danno sia di importo pari o inferiore a euro 250.000, previa suddetta informazione al/i sanitario/i coinvolto/i, l'Ufficio Legale inoltra scheda di sintesi del caso alla Direzione Generale, per una sua conclusiva decisione.

Qualora il danno sia di importo superiore a euro 250.000, previa suddetta informazione al/i sanitario/i coinvolto/i, il responsabile dell'attuazione del programma regionale invia l'intero fascicolo al Nucleo Regionale di Valutazione Sinistri per un suo parere (obbligatorio e non vincolante) in merito alla definizione del sinistro, fatta salva, comunque, ogni decisione conclusiva da parte della Direzione Generale.

Nell'ipotesi in cui il CVS non ravveda elementi di responsabilità (carezza di "an") per assenza del nesso causale, provvede a darne comunicazione alla Direzione Generale, per una condivisione di giudizio preliminare al formale respingimento del sinistro da parte dell'Ufficio Legale.

SCHEDA DESCRITTIVA DELLO STRUMENTO/FONTE INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO: INCIDENT REPORTING	
<i>Tipologia</i>	<b>Incident Reporting</b>
<i>Letteratura/Normativa di riferimento</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- DM 2 aprile 2015, n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera” (Standard generali di qualità per i presidi ospedalieri – Gestione del Rischio clinico).</li> <li>- Legge di Stabilità 2016 (Legge n. 208 del 28 dicembre 2015, art. 1 comma 539).</li> <li>- DGR 1943/2017 “Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell’accreditamento delle strutture sanitarie” (6° Criterio Appropriatelyzza clinica e sicurezza).</li> <li>– DGR N. 1770 del 02/11/2021 “Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende sanitarie per l’anno 2021”</li> </ul>
<i>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</i>	<p><b>Definizione</b> - L’incident reporting è un sistema di segnalazione, nato nelle organizzazioni ad alto rischio e successivamente adattato al contesto sanitario. Lo strumento consente ai professionisti sanitari di descrivere e comunicare eventi avversi - definiti come danni involontari causati dal sistema sanitario o dalla malattia del paziente (Brennan et al., 1991) - e cosiddetti near miss - definiti come “eventi evitati” associati ad errori con la potenzialità di causare un evento avverso, che però non si verifica per effetto del caso o perché intercettato o perché non comporta effetti indesiderati per il paziente (Ministero della salute, 2007).</p> <p><b>Obiettivi</b> - La raccolta sistematica delle informazioni inerenti gli eventi e/o quasi eventi e la periodica lettura e interpretazione delle segnalazioni consente di creare “massa critica” per promuovere la conoscenza di rischi presenti o potenziali all’interno delle strutture sanitarie e di accrescere quindi la consapevolezza di aree critiche dell’organizzazione, sia a livello locale che centrale. Lo scopo principale di questo sistema di segnalazione volontaria (così come di altri sistemi basati sullo stesso principio) è quello di apprendere dall’esperienza (learning), di acquisire informazioni indispensabili per la gestione del rischio e di adottare misure idonee a ridurre e/o a prevenire il ripetersi degli eventi.</p> <p>Un limite intrinseco dello strumento, legato alla volontarietà delle segnalazioni, è la sottostima o la sovrastima degli eventi, a seconda della “sensibilità” del segnalatore. Ma l’incident reporting non ha finalità epidemiologiche e le segnalazioni raccolte non possono in alcun modo essere considerate valide per stimare l’incidenza o la prevalenza degli eventi medesimi. I dati raccolti sono quindi da leggere con una certa cautela e con una prospettiva chiara: un elevato numero di segnalazioni (di eventi o near miss) non indica un minore livello di sicurezza garantito da quell’Azienda o da quel Dipartimento/Struttura, e viceversa un numero ridotto di segnalazioni non corrisponde necessariamente a un elevato livello di sicurezza. In entrambi i casi infatti entra in gioco la propensione alla segnalazione, a sua volta influenzata da elementi come la diffusione della cultura della non colpevolizzazione del singolo professionista, la solidità del sistema delle</p>

	<p>segnalazioni e la capacità di apprendimento e risposta dell'organizzazione. In definitiva, l'incident reporting è da intendersi da un lato come uno strumento di apprendimento continuo, utile a implementare azioni di cambiamento favorevoli (come iniziative formative, diffusione di procedure e soluzioni, miglioramento del clima lavorativo, ecc.), dall'altro come una spia di allarme di un sistema con la capacità di intercettare (almeno) una parte degli eventi avversi.</p>
<p><i>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</i></p>	<p>Nel 2021 il flusso di Incident Reporting segnalati dai Professionisti è stato di 128 Schede (+78 schede rispetto al 2020), di cui l'80% con esito "quasi eventi/eventi senza danno", il 14% con esito minore, il 6% esito moderato/significativo e nessun caso con esito maggiore.</p> <p>In 98 casi l'IR è correlato a paziente, la media dell'età dei pazienti oggetto di segnalazione tramite IR è di 63 anni.</p> <p>I Professionisti dichiarano che nel 93% dei casi c'è stata una lezione significativa da trarre dall'evento e nel 94% dei casi sono stati coinvolti altri Servizi/Reparti a seguito dell'evento segnato tramite IR.</p> <p>La tipologia di evento maggiormente rappresentata è la gestione del processo identificativo (36,7%) seguita dalla gestione farmacologica (30,5%).</p> <p>Gli eventi più significativi sono stati analizzati anche attraverso audit, in particolare attraverso Significant Event Audit. Quasi nella totalità dei casi sono stati adottati azioni/accorgimenti successivi all'evento. L'Azienda ha messo a disposizione dei Professionisti un'analisi degli accadimenti descritti tramite il Sistema di Segnalazione aziendale Incident Reporting.</p>
<p><i>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</i></p>	<p>Il tema del sistema aziendale per la segnalazione del rischio è stato contemplato anche nel Piano Programma Sicurezza delle Cure del triennio 2019-2021. Nel corso del 2021, nonostante il proseguirsi della Pandemia Covid-19, il numero delle segnalazioni è sensibilmente aumentato rispetto all'anno precedente.</p> <p>Tutti gli strumenti elaborati per migliorare la Sicurezza delle cure sono inseriti nella Intranet Aziendale e sono diffusi ai professionisti anche attraverso i corsi di formazione annuali organizzati a livello Aziendale sulla "Gestione del Rischio" progettati e realizzati dalla SSD Governo Clinico Gestione del Rischio qualità e accreditamento, con il contributo dei Servizi Interessati per le singole tematiche.</p>
<p><i>Valutazione risultati e prospettive future</i></p>	<p>Il Sistema di segnalazione Aziendale Incident Reporting è diffuso da anni in Azienda. Nel corso del 2022 si intende promuovere ulteriormente l'utilizzo dello strumento mediante momenti formativi specifici e supportare i professionisti nell'analisi di quanto accaduto anche con l'effettuazione di Significant Event Audit, con particolare riferimento alla futura implementazione dell'applicativo unico regionale di segnalazione SEGNAL-ER.</p>

SCHEDA DESCRITTIVA DELLO STRUMENTO/FONTE INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO: FARMACOVIGILANZA	
<i>Tipologia</i>	<b>Farmacovigilanza</b>
<i>Letteratura/Normativa di riferimento</i>	- Decreto Ministeriale 30 Aprile 2015, "Procedure operative e soluzioni tecniche per un'efficace azione di farmacovigilanza" (recepisce a livello europeo la Direttiva 2010/84/EU e il Regolamento UE 1235/2010). - Decreto Ministeriale 7 Settembre 2017, "Disciplina dell'uso terapeutico di medicinale sottoposto a sperimentazione clinica" (aggiornamento del D.M. 8 Maggio 2003). - Gazzetta Ufficiale n. 76 del 31 marzo 2008, Linee guida per la classificazione e conduzione degli studi osservazionali sui farmaci.
<i>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</i>	<p><b>Definizione</b>                      Per <i>reazione avversa da farmaco</i> si intende un "effetto nocivo e non voluto conseguente all'uso di un medicinale, per cui potranno essere oggetto di segnalazione anche le reazioni avverse derivanti da errore terapeutico, abuso, misuso, uso off label, sovradosaggio ed esposizione professionale".                      È possibile segnalare una sospetta reazione avversa secondo una delle seguenti modalità:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Direttamente online utilizzando la piattaforma VigiFarmaco (consente un accesso più facile ed immediato alla segnalazione che potrà essere effettuata con qualsiasi dispositivo in grado di collegarsi alla rete, anche da uno smartphone).</li> <li>2. Compilando la scheda di segnalazione (elettronica o cartacea) da inviare al Responsabile di Farmacovigilanza (RAFV) della propria struttura di appartenenza.</li> </ol> <p>Il RAFV (Responsabile Aziendale di Farmacovigilanza), una volta valutata la completezza delle informazioni contenute nella segnalazione, inserisce la scheda nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNF) entro 7 giorni lavorativi dal ricevimento. Con il nuovo sistema Eudravigilance ogni notte c'è un rerouting tra RNF ed Eudravigilance, quindi tutte le segnalazioni vengono trasferite al database europeo entro 24 h dall'inserimento in RNF.</p> <p><b>Obiettivi</b>                      Gli obiettivi alla base della farmacovigilanza, in conformità con la vigente normativa europea, sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- prevenire i danni causati da reazioni avverse conseguenti all'uso di un medicinale secondo le condizioni di autorizzazione ma anche agli errori terapeutici, all'esposizione professionale, agli usi non conformi incluso l'uso improprio e l'abuso.</li> <li>- promuovere l'uso sicuro ed efficace dei medicinali, in particolare fornendo tempestivamente informazioni sulla sicurezza dei medicinali ai pazienti, agli operatori sanitari e al pubblico in generale.</li> </ul> <p>La farmacovigilanza è un'attività che contribuisce alla tutela della salute e comprende una serie di attività finalizzate alla valutazione continuativa di tutte le informazioni relative alla sicurezza dei farmaci e ad assicurare, per tutti i farmaci in commercio, un rapporto rischio/beneficio favorevole per la popolazione.</p>

<p><i>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</i></p>	<p>Il rischio è correlato alla possibile sottosegnalazione delle ADRs con conseguente ridotta conoscenza del profilo di sicurezza del farmaco utilizzato nella "real-life". L'intervento è indirizzato a mantenere alto il livello di attenzione dei professionisti attraverso progetti di FV attiva e implementare le segnalazioni attraverso Vigifarmaco (piattaforma informatica attraverso la quale è possibile segnalare sospette reazioni avverse da farmaco).</p>
<p><i>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</i></p>	<p><b>Farmacovigilanza passiva</b>  Sono state trasmesse alle UU.OO. le Newsletter mensili di FV contenente i principali link delle Note Informative Importanti pubblicate mensilmente da AIFA, EMA e FDA.  Tale documentazione è presente e scaricabile da tutti i professionisti dal sito Intranet Azienda del Servizio di Farmacia.  Nel 2021 sono proseguite tutte le attività di affiancamento e consulenza ai sanitari per le buone pratiche in FV: nel 2021 le segnalazioni totali di ADR sono state 296 (vs 100 segnalazioni del 2020). Di queste, 257 segnalazioni risultano essere spontanee.  Relativamente ai vaccini anticovid n°192 ADRs e ai farmaci covid (remdesivir/AbMo) n°23 totali (di cui 2 da AbMo Casirivimab/imdevimab e 21 da remdesivir).  Nel 2021 in relazione alla sicurezza della Terapia Farmacologica in area Oncoematologica e alla sensibilizzazione verso la segnalazione da parte del paziente delle tossicità è stato ulteriormente ampliato il pacchetto degli opuscoli informativi (25 pacchetti) consegnati insieme al Diario al momento dell'erogazione della terapia oncologica domiciliare. Si tratta di un opuscolo informativo specifico per ciascun farmaco oncologico orale che ponendo l'attenzione su alcuni aspetti tra i quali le interazioni del medicinale con altri farmaci e alimenti e i principali effetti indesiderati rappresenta uno strumento di partnership con il paziente</p> <p><b>Farmacovigilanza attiva</b>  Nell'anno 2021 è proseguito il progetto di FV attiva POEM2 che ha portato alla segnalazione di 39 sospette ADRs.  La Farmacia ha inoltre garantito il supporto al farmacista extraPR titolare di Borsa di Studio per il progetto di FV attiva PAPEOS al fine di rendere efficiente la rete con i clinici di area pediatrica a livello locale.</p>
<p><i>Valutazione risultati e prospettive future</i></p>	<p>I dati a disposizione evidenziano come la formazione negli anni precedenti sia stata efficace e consolidata. Le ADRs nel 2021 sono pari a 8/1000 p.l. consentendo di superare il target individuato dalla RER di 5/1000 p.l.  Tutte le segnalazioni di ADRs sono state inserite direttamente sulla piattaforma Vigifarmaco, confermando la preferenza del formato digitale da parte dei professionisti sanitari.  Le attività proseguiranno anche nel 2022, in linea con le indicazioni Regionali e nazionali, e verranno programmate giornate informative e formative presso le UU.OO. di Oncologia, Oncoematologia in previsione della prosecuzione da maggio del progetto di farmacovigilanza attiva (POEM3)  Inoltre per il 2022 sono in progettazione azioni di miglioramento nel percorso di terapia farmacologica con riferimento alle Linee di indirizzo regionali 12/11/2021 "INTEGRAZIONI E SINERGIE TRA RISK MANAGEMENT E FARMACOVIGILANZA"</p>

SCHEDA DESCRITTIVA DELLO STRUMENTO/FONTE INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO : DISPOSITIVOVIGILANZA	
<i>Tipologia</i>	<b>DMVigilanza</b>
<i>Letteratura/Normativa di riferimento</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Art. 11, D.Lgs. 507/92 “Attuazione della direttiva 90/385/CEE concernente il ravvicinamento della legislazione degli Stati membri relative ai DM impiantabili attivi”;</li> <li>- Artt. 9 e 10, D.Lgs. 46/97 “Attuazione della direttiva 93/42/CEE, concernente i DM”;</li> <li>- Art. 11, D.Lgs. 332/00 “Attuazione della direttiva 98/79/CE relativa ai dispositivi medicodiagnostici in vitro;</li> <li>- Circolare del Ministero della Salute 27 luglio 2004 “Vigilanza sugli incidenti con dispositivi medici”;</li> <li>- Decreto ministeriale 15 novembre 2005 “Approvazione dei modelli di schede di segnalazioni di incidenti o mancati incidenti, che coinvolgono dispositivi medici e dispositivi medico-diagnostici in vitro”;</li> <li>- Linea Guida sul sistema di vigilanza dei DM - Direzione Generale Impresa e Industria della Commissione Europea - MEDDEV 2.12-1 rev. 7, marzo 2012;</li> <li>- D. Lgs. 37/10 “Attuazione della direttiva 2007/47/CE che modifica le direttive 90/385/CEE per il ravvicinamento delle legislazioni degli stati membri relative ai dispositivi medici impiantabili attivi, 93/42/CE concernente i dispositivi medici e 98/8/CE relativa all'immissione sul mercato dei biocidi.”</li> <li>- UNI EN ISO 14155:2012 Indagine clinica dei dispositivi medici per soggetti umani – Buona pratica clinica</li> </ul>
<i>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</i>	<p><b>La DispositivoVigilanza (DV)</b> è un sistema complesso ed articolato volto ad incrementare la sicurezza e la protezione della salute dei pazienti, degli utilizzatori e di terzi nell'uso dei DM riducendo la possibilità che lo stesso tipo di incidente si ripeta in luoghi e tempi successivi.</p> <p><b>Definizioni</b></p> <p><b>INCIDENTE:</b></p> <p>a) Qualsiasi malfunzionamento o alterazione delle caratteristiche e delle prestazioni di un dispositivo medico, nonché qualsiasi inadeguatezza nell'etichettatura o nelle istruzioni per l'uso che possono essere o essere stati causa di decesso o grave peggioramento delle condizioni di salute di un paziente o di un utilizzatore</p> <p>b) Qualsiasi motivo di ordine tecnico o medico connesso alle caratteristiche o alle prestazioni di un dispositivo medico che, per le ragioni di cui alla lettera a) comporti il ritiro sistematico dei dispositivi dello stesso tipo da parte del fabbricante</p> <p>Per quanto attiene al monitoraggio degli incidenti, la normativa stabilisce, che i legali rappresentanti delle strutture sanitarie pubbliche e private e gli operatori sanitari pubblici e privati, sulla base di quanto rilevato nell'esercizio</p>

	<p>della propria attività, sono tenuti a comunicare immediatamente al Ministero della Salute e al Fabbricante del DM qualsiasi alterazione delle caratteristiche e delle prestazioni di un dispositivo o qualsiasi inadeguatezza nelle istruzioni per l'uso che possano causare o che abbiano causato il decesso o il grave peggioramento delle condizioni di salute di un paziente o di un operatore. L'esito finale di questa attività di monitoraggio può consistere in uno spontaneo ritiro dal commercio del Dispositivo Medico da parte del fabbricante o del suo mandatario o nell'adozione di provvedimenti da parte del Ministero della Salute.</p> <p><b>Obiettivi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. incrementare la protezione della salute e sicurezza dei pazienti e degli utilizzatori, riducendo la probabilità che lo stesso tipo di incidente si ripeta in posti diversi in tempi successivi;</li> <li>2. permettere la condivisione delle informazioni tra l'Autorità Competente (Ministero della Salute) e i fabbricanti, in modo tale da rendere quanto più tempestiva possibile l'applicazione delle azioni correttive.</li> </ol> <p>L'utilizzatore del dispositivo medico tempestivamente compila la scheda di modello ministeriale relativa al caso e la inoltra al RAV di riferimento (Farmacia o Ingegneria Clinica).</p> <p>La segnalazione viene trasmessa, a cura del RAV, all'Autorità Competente (Ministero della Salute) e al fabbricante/mandatario, eventualmente per il tramite del fornitore e, per conoscenza, alla Regione Emilia-Romagna e alla Direzione sanitaria. La segnalazione deve avvenire nel rispetto dei seguenti termini temporali: immediatamente e comunque non oltre 10 giorni dall'evento.</p>
<p><i>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</i></p>	<p>Il rischio è correlato alla possibile mancata segnalazione di incidente con conseguente ridotta conoscenza del profilo di sicurezza del DM. L'intervento è indirizzato a mantenere alto il livello di attenzione dei professionisti in materia di vigilanza sui DM attraverso eventi formativi, momenti di addestramento capillare a seguito dell'introduzione di nuovi DM, diffusione degli avvisi di sicurezza e recall resi disponibili dal Ministero della Salute.</p>
<p><i>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</i></p>	<p>Nel corso del 2021 i percorsi nazionali e regionali di DMvigilanza sono stati rispettati. Sono state effettuate le attività di gestione dei campioni medici Classe I, IIa, IIb, III secondo la Procedura RER.</p> <p>E' stata elaborata e diffusa la periodica Newsletter di DMvigilanza trasmessa a tutti i professionisti area medica e comparto. A partire da settembre 2009, il Servizio di Farmacia e Governo Clinico del Farmaco ha attivato un percorso di informazione - Newsletter - che consente la divulgazione tempestiva di segnalazioni sul corretto impiego di medicinali. Il percorso dal 2016 è stato ampliato realizzando una sezione dedicata ai Medical Device (Dispositivi Medici) per i quali l'esigenza di disporre di informazioni puntuali ed aggiornate, considerando le evidenze spesso scarse, è diventata una necessità per tutti gli operatori del settore.</p> <p>Lo screening delle Note Informative Importanti e degli Avvisi di Sicurezza (FSN - Field Safety Notice) pubblicati sui principali siti istituzionali (AIFA, EMA, Ministero della Salute) è sinteticamente riassunto in un Bollettino</p>

	<p>di Farmacovigilanza e Dispositivovigilanza ed inviato mensilmente al personale sanitario. I bollettini inviati sono inoltre resi disponibili per la consultazione alla sezione di Farmacovigilanza e Dispositivovigilanza del Servizio di Farmacia nella Intranet ospedaliera.</p>
<p><i>Valutazione risultati e prospettive future</i></p>	<p>Nel 2021 sono state rilevate dal RAV di Farmacia 11 segnalazioni di Incidenti, 6 reclami, 42 avvisi.</p> <p>Nel 2021 sono state rilevate dal RAV del Servizio di Ingegneria Clinica 6 segnalazioni di incidente e 1 reclamo, mentre il numero di alert di competenza SIC ricevuti è stato pari a 64.</p> <p><b>Azioni di miglioramento 2022:</b></p> <p>creazione di un DB comune ai 2 RAV di DMvigilanza (Farmacia e SIC) con l'obiettivo di rendere disponibile uno strumento comune di consultazione/monitoraggio delle segnalazioni.</p> <p>Nel 2022 il RAV di Farmacia farà parte del "Nucleo Operativo con ruolo strategico" nell'ambito della Rete regionale Referenti Dispositivovigilanza.</p> <p>Come prospettiva futura si auspica l'attivazione di progetti di DMvigilanza– in analogia a quanto predisposto per la FV attiva - al fine di aumentare il livello di attenzione e potenziare le risorse umane dedicate al tema con l'obiettivo di incrementare la cultura dei professionisti sulla vigilanza e quindi la qualità e sicurezza nell'uso dei dispositivi medici.</p>

SCHEDA DESCRITTIVA DELLO STRUMENTO/FONTE INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO : EMOVIGILANZA	
<i>Tipologia</i>	<b>Emovigilanza</b>
<i>Letteratura/Normativa di riferimento</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- DL 09/11/2007, n. 207 - Attuazione della Direttiva 2005/61/CE che applica la direttiva 2002/98 per quanto riguarda la prescrizione in tema di rintracciabilità del sangue e degli emocomponenti destinati a trasfusioni e la notifica di effetti indesiderati ed incidenti gravi con relativi allegati</li> <li>- DL 09/11/2007, n. 208 - Attuazione della Direttiva 2005/62/CE per quanto riguarda le norme e le specifiche comunitarie relative ad un sistema di qualità per i servizi trasfusionali</li> <li>- Decreto del Ministero della Salute del 21/12/2007 Istituzione sistemi informativi servizi trasfusionali (SISTRA)</li> <li>- Raccomandazione Società Italiana Medicina Trasfusionale e Immunoematologia (SIMTI) sul corretto utilizzo degli emocomponenti e dei plasmaderivati - 2008</li> <li>- DM n. 69 del 2 novembre 2015 “Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti”</li> <li>- Raccomandazione ministeriale per la Prevenzione della Reazione Trasfusionale da incompatibilità ABO – N. 5</li> <li>- Istruzione operativa Regione Emilia Romagna per segnalazione e gestione degli eventi sentinella “Razione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO “</li> <li>- Guida alla preparazione, all'uso e alla garanzia della qualità degli emocomponenti, 20a edizione EDQM Comitato Europeo per le Trasfusioni di Sangue</li> </ul>
<i>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</i>	<p><b>Definizione Emovigilanza:</b> Insieme delle procedure volte alla rilevazione e al monitoraggio delle reazioni indesiderate gravi o inaspettate dei donatori e dei riceventi e degli incidenti gravi inerenti al processo trasfusionale, nonché alla sorveglianza delle malattie infettive trasmissibili con la trasfusione e alla sorveglianza dei materiali ed apparecchiature utilizzati nel processo trasfusionale.</p> <p><b>Definizione SISTRA:</b> Sistema Informativo dei Servizi Trasfusionali, istituito con Decreto Ministero Salute, e sviluppato come supporto strategico per il conseguimento degli obiettivi stabiliti dalla legge 219/2005: “autosufficienza di sangue e derivati, sicurezza trasfusionale, livelli essenziali di assistenza uniformi e sviluppo della medicina trasfusionale”. Il sistema, permette lo scambio dei flussi di informazione tra il Ministero, le Regioni e il CNS, favorendo l’interazione tra il livello regionale e nazionale e la registrazione e analisi puntuale dei dati di consumo e produzione di sangue e plasma. I dati, che in tempo reale vengono raccolti e diffusi mediante il SISTRA, contribuiscono alla realizzazione del Programma Annuale di Autosufficienza Nazionale. Il flusso di dati è organizzato secondo tre livelli di competenza:</p>

	<p>Referente Emovigilanza per la Struttura Trasfusionale (con funzioni di raccogliere le segnalazioni e di notificarle alla struttura regionale), Referente Regionale (con funzioni di verifica e validazione della qualità delle informazioni e invio delle segnalazioni al Centro Nazionale Sangue (CNS), Referente Nazionale del CNS (con funzioni di monitoraggio continuo del sistema nazionale di Emovigilanza).</p> <p>La macro area di SISTRA riguardante l'Emovigilanza comprende le notifiche relative a sorveglianza epidemiologica dei donatori, reazioni indesiderate gravi dei donatori, effetti indesiderati gravi sui riceventi e errori trasfusionali, incidenti gravi, near miss riceventi. Sono quindi monitorati gli elementi di deviazione che intervengono rispetto alla migliore pratica trasfusionale che possono richiedere un intervento di miglioramento e l'adozione di provvedimenti mirati alla loro prevenzione. Il Servizio Immunoematologia e Medicina Trasfusionale ha la responsabilità tecnica sovra aziendale e di livello provinciale.</p>
<p><i>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</i></p>	<p>Nel 2018 i casi rilevati comprendono: 3 casi di near miss per scambio di paziente al momento del prelievo per test pre-trasfusionali; 2 casi di near miss per errore di distribuzione emocomponenti; 2 casi di near miss per errore di accettazione del paziente.</p> <p>Nel 2019 i casi rilevati comprendono: 4 casi di near miss per scambio di paziente al momento del prelievo per test pre-trasfusionali; 1 caso di near miss per errore di distribuzione emocomponenti; 1 caso di near miss per errore di accettazione del paziente.</p> <p>Nel 2020 i casi rilevati comprendono un evento sentinella "Reazione emolitica acuta da AB0", 6 casi di near miss per scambio di paziente al momento del prelievo per test pre-trasfusionali, 2 casi di near miss per errata etichettatura dei campioni nella fase pre-trasfusionale, 3 casi di near miss per scadenza validità Type &amp; Screen.</p> <p>Nel 2021 i casi rilevati comprendono 4 casi di near miss per scambio di paziente al momento del prelievo, 1 caso di errata etichettatura in fase pre-trasfusionale, 4 casi di restituzione di emazie concentrate per errata conservazione in reparto e conseguente eliminazione. Si segnala inoltre un near miss presso Unità di Raccolta per inversione sacca di soluzione fisiologica e sacca di anticoagulante in preparazione apparecchiatura per plasmateresi produttiva.</p>
<p><i>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</i></p>	<p>Nel corso degli anni 2016-2020, in applicazione del DM 5 dicembre 2015, sono stati realizzati numerosi interventi per il miglioramento della sicurezza del processo trasfusionale: Estensione dell'utilizzo del Braccialetto Identificativo a tutti i pazienti ambulatoriali che effettuano una Trasfusione dei Sangue, Redazione e diffusione Procedura P038AOUPR Processo di identificazione del paziente attraverso braccialetto identificativo, Aggiornamento e diffusione Procedura Aziendale P026AOUPR Trasfusione di emocomponenti, Monitoraggio Near Miss ed Eventi Avversi da Trasfusione.</p> <p>Sono stati gestiti tramite Significant Event Audit, tutti gli eventi/quasi eventi (Near Miss) inerenti l'identificazione del paziente con l'UO Immunoematologia e Medicina Trasfusionale e con i Professionisti</p>

	<p>interessati. A seguito della rilevazione di alcuni Near Miss legati alla prima fase del processo trasfusionale, è stato diffuso a tutti i reparti dell'AOUPR, un Alert - Sicurezza del Processo trasfusionale.</p> <p>Ogni anno l'Azienda organizza eventi formativi specifici sul tema della Sicurezza del processo trasfusionale. In tali eventi, accreditati ECM, sono stati presentati e analizzati con i partecipanti, i contenuti della normativa nazionale, le Raccomandazioni Ministeriali, le Indicazioni Regionali e gli strumenti elaborati dalla Struttura Governo Clinico, Gestione del Rischio.</p> <p>In particolare, per supportare i professionisti nel complesso e delicato processo della trasfusione è stata strutturata, sperimentata e diffusa una specifica scheda aziendale denominata "Scheda Trasfusione".</p> <p>Il percorso Aziendale è stato presentato ad AGENAS che ne ha riconosciuto la validità definendo il percorso realizzato come Buona Pratica Agenas e Buona Pratica Europea (PaSQ, European Union Network for Patient Safety and Quality of Care).</p> <p>Nel corso del 2021 è stata redatta e diffusa, in collaborazione con la Direzione e i Reparti AUSL, la nuova procedura trasfusionale da applicare presso gli Ospedali e le Strutture facenti capo all'AUSL: procedura coerente, salvo specifiche locali, con quella applicata in AOU.</p> <p>E' stata inoltre prodotta una FAD sul Patient Blood Management al fine di illustrare ed applicare il PBM in Azienda.</p> <p>A seguito dei sopra segnalati episodi di cattiva ed errata conservazione degli emocomponenti in reparto, e conseguente loro eliminazione presso il SIMT, è stato inviato dalla DS una alert di richiamo a tutti i reparti al fine di evitare sprechi, visto anche l'attuale periodo, diffuso a livello regionale e nazionale, di carenza di emocomponenti.</p>
<p><i>Valutazione risultati e prospettive future</i></p>	<p>Nel corso degli ultimi anni si è registrato solo nr. 1 caso di evento Sentinella sul processo trasfusionale (anno 2020). L'impegno dell'Azienda e del Servizio Immunoematologia sull'Emovigilanza restano comunque quelli di sviluppare ulteriori interventi per promuovere la sicurezza del processo e mantenere alto il livello di attenzione di ogni Professionista su questo tema.</p>

## Sinistri

<b>SCHEDA DESCRITTIVA DELLO STRUMENTO/FONTE INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO :</b>	
<b>SINISTRI</b>	
<i>Tipologia</i>	<b>Sinistri</b>
<i>Letteratura/Normativa di riferimento</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Legge Regionale 07 novembre 2012, n. 13 Norme per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli enti del servizio sanitario regionale.</li> <li>- Determina Direzione Generale Sanità n. 4995 del 10 aprile 2014 “Relazione fra le Aziende Sanitarie sperimentatrici, Responsabile dell’attuazione del Programma Regionale e Nucleo Regionale di Valutazione”.</li> <li>- Determina di Giunta Regionale n. 1889 del 24 novembre 2015 Gestione diretta dei sinistri in sanità. Individuazione di ulteriori aziende ammesse alla sperimentazione regionale”.</li> <li>- Deliberazione Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma n. 88 del 08/03/2016 “Comitato Valutazione Sinistri-Nomina composizione per i sinistri in regime di ritenzione totale del rischio”.</li> <li>- Deliberazione Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma n. 248 del 28/06/2016 “Gestione diretta delle richieste di risarcimento danni da responsabilità civile sanitaria”.</li> <li>- Deliberazione di Giunta Regionale n. 2311/2016 con la quale l’Azienda Ospedaliero–Universitaria di Parma, con decorrenza 1/01/2017 e sino al 31/12/2019, è stata ammessa - unitamente alle aziende sanitarie dell’Area Vasta Emilia Nord - ad una fase valutativa tesa a verificare impatti applicativi del sopra citato Programma regionale.</li> <li>- 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.</li> <li>- Prime indicazioni operative in ordine all’applicazione della Legge 8 marzo 2017, n. 24 della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia-Romagna in data 20 aprile 2017.</li> <li>- Deliberazione Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma n. 918 del 5/12/2017 “Deliberazione n. 248 del 28/06/2016 ad oggetto: “Gestione diretta delle richieste di risarcimento danni da responsabilità civile sanitaria – Istruzioni operative.” – Revisione e adozione”.</li> <li>- Circolare della Regione Emilia-Romagna - Direzione Generale Cura della persona, Salute e Welfare della Regione Emilia-Romagna n. 12/2019 in ordine all’applicazione dell’art. 13 della Legge 8 marzo 2017, n. 24, su “Obbligo di comunicazione all’esercente la professione sanitaria del giudizio basato sulla sua responsabilità e degli art. 4, comma 3, e 10, comma 4, della L. 8 marzo 2017, n. 24, circa gli obblighi di pubblicità in capo alle strutture sanitarie pubbliche – Termine di adeguamento delle procedure interne.</li> <li>- Deliberazione Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma n. 244 del 09/03/2020 “Gestione diretta delle richieste di risarcimento danni da</li> </ul>

	<p>responsabilità civile sanitaria – Istruzioni operative”. Adeguamento a seguito della Circolare regionale n. 12/2019.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicazioni (fornite dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia-Romagna) in ordine alla metodologia di calcolo complessiva del fondo gestione diretta sinistri, nell’ambito del Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile nelle aziende sanitarie.</li> </ul>
<p><i>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</i></p>	<p><b>Definizione:</b> Per sinistro, ai sensi dell’allegato 1 alla Circolare n. 12/2019 della Regione Emilia-Romagna - Direzione Generale Cura della persona, Salute e Welfare, deve intendersi “ogni richiesta (risarcimento danni, istanza di mediazione ai sensi del D.lgs. 28/2010, ricorso per accertamento tecnico preventivo, citazione in giudizio, chiamata in causa, citazione del responsabile civile, notifica dell’indagine penale da parte delle Autorità competenti) riferibile a ogni possibile evento dannoso cagionato a terzi riconducibile all’attività dell’Azienda sanitaria, comprese le attività preliminari, conseguenti, accessorie, sussidiarie e complementari, di qualsiasi natura e con qualsiasi mezzo svolte, anche connesse all’utilizzo e/o all’uso di strutture ed apparecchiature destinate al raggiungimento dei fini istituzionali (DGR 2079/2013). Il sinistro può far riferimento a più eventi di danno, purché siano occorsi nell’ambito di uno stesso episodio, siano riferiti al medesimo paziente e siano contenuti nella stessa richiesta”. Sempre in base al predetto allegato 1, “Non comporta invece apertura di sinistro il semplice provvedimento di sequestro di documentazione sanitaria disposto dall’Autorità giudiziaria e/o dalla Polizia Giudiziaria”.</p> <p><b>Obiettivi:</b> Nell’ambito delle proprie competenze l’Azienda promuove una tutela complessiva della salute degli utenti anche per quanto attiene alla gestione degli eventi avversi legati all’attività sanitaria, allo scopo di mantenere un corretto rapporto di fiducia fra gli utenti e le istituzioni sanitarie pubbliche. L’Azienda tratta direttamente i sinistri e le modalità di corresponsione dei risarcimenti conseguenti a responsabilità civile per attività sanitaria, per migliorare l’efficienza e la trasparenza dei relativi procedimenti, per ottimizzare la gestione delle risorse per tale tipo di rischio, nonché per conoscere le cause degli errori e ridurre gli eventi avversi prevenibili. La gestione del fenomeno “medmal” si attua quindi mediante l’analisi sistematica, la discussione e la valutazione di ogni sinistro segnalato da pazienti, operatori o visitatori.</p>
<p><i>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</i></p>	<p>Il tema della gestione del fenomeno “medmal” è stato contemplato nel PPSC ed in particolare è stata elaborata la scheda n.3 Gestione dei Sinistri-Data Base Regionale in cui si è fatto il punto delle attività realizzate 2013-2015 e delle attività da intraprendere nel corso del triennio 2016-2018 su questo specifico argomento. A seguito dell’entrata in vigore della Legge 24/2017 questa Azienda ha provveduto ad aggiornare con apposita delibera la n.918/2017 la procedura per la</p>

	<p>gestione dei sinistri in regime di ritenzione totale del rischio. Nel 2017 le domande di risarcimento sono state n. 99; nel 2018 sono state n. 100; e così pure nel 2019 sono state n. 100; nel 2020 se ne contano 68; mentre nel 2021 il numero ammonta ad 83.</p> <p>E' stato regolarmente implementato, come da indicazioni regionali, il data base regionale inerente i sinistri.</p> <p>Nel 2021 i sinistri hanno come oggetto i pazienti nell' 87% dei casi, nell'11% i visitatori e nel 2% gli operatori. I sinistri segnalati sono inerenti alla degenza in regime di ricovero ordinario (70%), al Pronto Soccorso (15%), all'assistenza ambulatoriale (1%), al day-hospital (1%), altro (13%).</p> <p>Tra le tipologie di prestazione nel 2021 si è rilevato che il 7% dei sinistri sono inerenti l'assistenza, il 16% la diagnosi, il 45% l'intervento, il 6% la terapia, il 26% altro.</p>
--	--

SCHEDA DESCRITTIVA DELLO STRUMENTO/FONTE INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO: SEGNALAZIONI DEI CITTADINI	
<i>Tipologia</i>	<b>Segnalazioni dei cittadini su eventi e quasi eventi (Reclami e Rilievi)</b>
<i>Letteratura/Normativa di riferimento</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Decreto Legislativo 165/2001 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche"</li> <li>- Legge n. 150 del 7 giugno 2000 "Disciplina delle attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni"</li> <li>- Legge 7 agosto 1990 n. 241 "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi"</li> <li>- Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri 11 ottobre 1994 "Direttiva sui principi per l'istituzione ed il funzionamento degli uffici per le relazioni con il pubblico".</li> </ul>
<i>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</i>	<p><b>N.B. La rendicontazione del flusso informativo è sempre inerente l'anno precedente quello del report.</b></p> <p><b>Definizione Reclamo:</b> E' una qualunque espressione di insoddisfazione degli utenti e degli operatori sanitari. Costituisce un'opportunità di miglioramento della qualità dei servizi e uno strumento necessario a monitorare il livello di soddisfazione dei cittadini/utenti (DGR 320/2000).</p> <p><b>Definizione Rilievo:</b> Indicazioni di disservizio che si risolvono con una eventuale risposta di cortesia e che comunque non attivano la procedura tipica del reclamo.</p> <p><b>Segnalazione per la gestione del rischio:</b> Gli Uffici Relazioni con il Pubblico (URP) lavorano con le dimensioni del "percepito" da parte del cittadino, le segnalazioni utili alla Gestione del Rischio vengono indicate dalla RER come quelle in cui vi è: "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".</p> <p><b>Obiettivi:</b> La Regione Emilia-Romagna ha avviato, nel 2001, un modello per coordinare la gestione complessiva delle segnalazioni dei cittadini. Tale progetto si è realizzato avvalendosi della collaborazione di un gruppo di lavoro composto da alcune Aziende, e del Comitato Consultivo Regionale per la Qualità dei servizi sanitari dal lato dei cittadini (CCRQ).</p> <p>Gli obiettivi sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– creare una banca dati regionale delle segnalazioni (reclami, suggerimenti, elogi, rilievi) presentate dai cittadini agli URP delle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna;</li> <li>– adottare procedure omogenee per la gestione dei reclami nelle Aziende;</li> <li>– dotare gli URP di un software applicativo che consenta la gestione completa delle segnalazioni (immissione dei dati, ricerche, reportistica).</li> </ul> <p>Il sistema informatizzato regionale (data base) di registrazione, operativo in tutte le Aziende, ha consentito di fornire una lettura regionale (oltre che locale) del fenomeno e l'elaborazione di una serie di protocolli operativi finalizzati ad agevolare l'utilizzo del sistema da parte degli operatori e, in particolare, per le segnalazioni di interesse per la gestione del rischio.</p>

	<p>Il sistema di gestione delle segnalazioni dei cittadini rappresenta una delle fonti informative che attengono anche al tema della gestione del rischio. Gli URP registrano “eventi” e li definiscono “accadimenti o stati critici” oggetto della segnalazione. Fra questi la Gestione del Rischio può acquisire gli eventi che riguardano la sicurezza del paziente. In questo senso il sistema informativo regionale consente di registrare gli eventi segnalati dai cittadini di interesse per la gestione della sicurezza.</p>
<p><i>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</i></p>	<p>Il tema delle segnalazioni dei cittadini per la sicurezza delle cure è stato contemplato nel PPSC ed è stata redatta la scheda n.4 Segnalazioni dei cittadini per la gestione del rischio mediante la quale si è fatto il punto delle attività realizzate e delle attività da intraprendere nel corso del triennio 2019-21 su questo specifico argomento.</p> <p>Nel corso degli anni il lavoro dell’URP è stato orientato verso una maggiore gestione dei rilievi per poter rispondere celermente ai cittadini.</p> <p>Complessivamente nel 2020 l’Ufficio Relazioni con il Pubblico dell’AOU di Parma ha gestito 908 segnalazioni (936 nel 2019). Le segnalazioni sono così suddivise: 176 reclami (19% del totale), 309 elogi (34% del totale), 394 rilievi (43% del totale), 15 suggerimenti (2% del totale) e 14 segnalazioni improprie.</p> <p>Da una analisi dell’andamento del triennio 2018-2020 si deduce una diminuzione complessiva delle segnalazioni nel 2020 (-28 segnalazioni rispetto all’anno 2019). Il 44% segnala per l’area ospedaliera (di cui il 53% sono elogi), il 38% per la specialistica ambulatoriale (di cui il 69% sono rilievi) ed il 17% per le attività di supporto (di cui 51% sono rilievi). I Reclami nel 2020 sono notevolmente diminuiti rispetto al 2019 (-70 reclami); gli elogi sono aumentati (+37 elogi); i rilievi sono lievemente diminuiti (-6 rilievi), i suggerimenti sono identici (15 suggerimenti). Il sistema regionale di classificazione permette anche l’analisi degli esiti dei reclami. In particolare nel 2020, su 176 reclami, 82 (pari al 46%) hanno avuto un esito a favore per l’azienda (chiarimento al cittadino, conferma dell’operato dell’Azienda perché conforme alla normativa vigente oppure perché conforme a standard, protocolli linee guida). Nel 2020 per quanto attiene ai 394 rilievi, 295 (pari al 75%) sono state tempestivamente risolte a conferma del fatto che il cittadino ha spesso necessità di ulteriori chiarimenti e informazioni sulle modalità organizzative dell’Azienda e per questo ricorre all’Ufficio Relazioni con il Pubblico. Le azioni di miglioramento sono state di tipo specifico su ogni suggerimento pervenuto, ad esempio segnalazione buche o pavimentazione sconnessa con rischio cadute o altro, installazione corrimano e gazebo all’ingresso del DH oncologico padiglione Cattani, sostituzione panchine rotte o divelte presso sala di attesa medicina riabilitativa, sostituzione alla voce note, di simbologia da asterischi (che possono essere fuorvianti) con linee tratteggiate per maggiore comprensione dei referti, apertura immediata del cancello di accesso al Padiglione pediatria che ostruiva il passaggio garantendo la sicurezza di attraversamento, che veniva aperto solo parzialmente ostacolando il percorso sicuro della corsia dedicata ai non vedenti, realizzazione tettoia presso il Centro Emostasi.</p> <p>La scheda per i suggerimenti per la qualità, la sicurezza e il miglioramento, anche nel corso del 2020 ha fornito interessanti aspetti legati alla gestione del rischio.</p>

	<p>Nel 2021, le segnalazioni di interesse per la gestione del Rischio sono state pari a nr. 36, suddivise per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nr. 19 Aspetti tecnici professionali</li> <li>- nr. 14 Aspetti strutturali</li> <li>- nr. 1 Aspetti organizzativi burocratici amministrativi</li> <li>- nr. 1 Tempi</li> <li>- nr. 1 Aspetti alberghieri e comfort</li> </ul>
<p><i>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</i></p>	<p>Il Sistema Aziendale attuale è strutturato in modo che tutte le segnalazioni dei cittadini vengono analizzate e gestite dall'URP. Ogni singolo caso di interesse della gestione del rischio viene gestito dall'URP e dalla SSD Governo Clinico con i professionisti e i Responsabili Aziendali. Il coinvolgimento del cittadino nella sicurezza delle cure si ricercato attraverso il contributo del CCM dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. Negli incontri del CCM sono stati, nel tempo, presentati i progetti, le attività, le brochure informative, i poster elaborati per la informazione e il coinvolgimento dei cittadini e i caregiver.</p> <p>Come di consueto, i dati relativi alla tematica sono stati presentati al CCM.</p>
<p><i>Valutazione risultati e prospettive future</i></p>	<p>Il sistema di gestione delle segnalazioni dei cittadini a valenza della gestione del rischio verrà implementato anche grazie al contributo fornito da cittadini tramite le schede e i questionari sulla qualità percepita.</p>

SCHEDA DESCRITTIVA DELLO STRUMENTO/FONTE INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO: CADUTE	
<i>Tipologia</i>	<b>Prevenzione delle Cadute in Ospedale</b>
<i>Letteratura/Normativa di riferimento</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– WHO – World Health Organization Europe. What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? Geneve: WHO - 2004</li> <li>– National Institute for Health and Care Excellence (NICE) “Falls: assessment and prevention of falls in older people” NICE Clinical Guideline 161, 2013 reperibile su <a href="http://www.nice.org.uk">www.nice.org.uk</a></li> <li>– Ministero della Salute “Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie”. Raccomandazione n. 13, novembre 2011. Dipartimento della Qualità</li> <li>– AHRQ “Preventing Falls in Hospitals: A toolkit for Improving Quality of Care”. AHRQ Publication No. 13.0015-EF, January 2013. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality</li> <li>– Regione Emilia Romagna - Indicazioni Regionali sui criteri per la identificazione di ES correlati alla caduta del paziente, febbraio 2016</li> <li>– Regione Emilia Romagna - Linee di indirizzo su prevenzione e gestione delle cadute del paziente in ospedale, dicembre 2016</li> <li>– DGR N. 1770 del 02/11/2021 “Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende sanitarie per l’anno 2021”</li> </ul>
<i>Descrizione dello strumento/ flusso informativo</i>	<p><b>Definizione:</b> la Scheda segnalazione Caduta- Incident Reporting Caduta è uno strumento per la gestione del rischio strutturato e diffuso nel 2014 dalla SSD Governo Clinico, Gestione del Rischio e da uno specifico tavolo di lavoro multiprofessionale dell’Azienda Ospedaliera di Parma per rilevare, segnalare e monitorare il fenomeno caduta nelle varie articolazioni Aziendali, in ottemperanza a quanto previsto dalle raccomandazioni Ministeriali e dalle indicazioni regionali.</p> <p><b>Obiettivi:</b> l’obiettivo del sistema di segnalazione ed analisi delle cadute è quello di descrivere e monitorare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l’evento caduta, descrivendo luogo, modalità e dinamica;</li> <li>- gli effetti delle cadute;</li> <li>- i fattori contribuenti legati al paziente, all’organizzazione, all’ambiente o a determinati presidi;</li> <li>- l’incidenza delle cadute;</li> <li>- le azioni di miglioramento.</li> </ul> <p>La Scheda alimenta il sistema di segnalazione Aziendale, dove le segnalazioni inviate alla SSD, vengono analizzate con la finalità di rilevare i fattori che le hanno causate, allo scopo di verificare con gli attori delle strutture interessate la possibilità di adottare azioni di miglioramento, per preventive e/o a ridurre il “fenomeno cadute”.</p> <p>I dati contenuti nella scheda, vengono inseriti in un apposito Database</p>

	<p>Aziendale “ DB cadute” che permette alla SSD Governo Clinico, Gestione del Rischio, di analizzare il fenomeno e diffondere i risultati alle articolazioni aziendali.</p>
<p><i>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</i></p>	<p>La prevenzione delle cadute rappresenta un tema della gestione del rischio sul quale è alta l’attenzione a livello Nazionale (Raccomandazione nr. 13 Ministero Salute 2011), Regionale (implementazione delle Linee di Indirizzo sulla prevenzione e gestione delle cadute del paziente in ospedale) e aziendale.</p> <p>La SSD Governo Clinico diffonde annualmente un “Report Cadute” che descrive il “fenomeno caduta” nell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, rilevato mediante le schede di Segnalazione Caduta-Incident Reporting.</p> <p>Dall’analisi dei dati relativi al 2021 si evidenzia che il flusso di cadute segnalato dai professionisti è stato di 419 episodi di cui 145 relativi al sesso femminile (34,6%) e 274 relativi al sesso maschile (65,4%), percentuali sovrapponibili all’anno 2020.</p> <p>Le cadute si verificano più frequentemente tra i 71 ed i 90 anni di vita di entrambi i generi (66% del totale delle cadute).</p> <p>Dall’analisi dei dati si evidenzia che le prime 48 ore dall’ingresso sono le più critiche per il rischio caduta (32,5% dei casi). Le cadute avvengono nel 44% dei casi di notte, la maggior parte delle cadute si verifica nelle camere di degenza (81% dei casi) e nei bagni (13% dei casi).</p> <p>Nel 54,4% dei casi il paziente non riporta alcun danno e nel 41,5% un danno minore o moderato.</p>
<p><i>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</i></p>	<p>L’Azienda già dal 2014 ha posto grande attenzione alla prevenzione del rischio cadute in ospedale predisponendo, come previsto dalla Raccomandazione Ministeriale n. 13, strumenti Aziendali per prevenire il fenomeno, e supportare i professionisti (Procedura Aziendale, Come fare per... Poster e Brochure informative per i cittadini e caregiver, formazione aziendale ecc.).</p> <p>In linea con il Piano Programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio 2019-2021 la SSD Governo Clinico, Gestione del Rischio e coordinamento Qualità e Accreditamento anche per l’anno 2021 ha elaborato e analizzato il Report annuale relativo al fenomeno caduta relativo all’anno precedente. Tutta la documentazione è diffusa ai professionisti anche mediante il sito Intranet aziendale nota inviata ai Direttori e Coordinatori e mediante il sito Intranet .</p> <p>Nel 2021 è stato rendicontato il Piano Prevenzione Cadute in Ospedale (PAPC) del 2020, ed è stato rielaborato il PAPC 2021 in cui stati programmati gli interventi Organizzativi, Procedurali, Formativi, Strutturali e Informativi da attuare nell’azienda per l’implementazione delle Linee di Indirizzo Regionali per la prevenzione delle cadute in ospedale (LIRCO) emanate dalla Regione Emilia Romagna.</p> <p>Per continuare l’implementazione delle LIRCO a livello Aziendale, anche nel 2021, i Professionisti sono stati supportati da un percorso formativo regionale a Distanza FAD sulle Buone Pratiche che sono state recepite dalla</p>

	<p>Procedura Aziendale P047AOUPR “Prevenzione e Gestione delle cadute in ospedale” che è stata rivisitata e diffusa a livello aziendale nel novembre 2018 dopo la sperimentazione effettuata in 4 unità operative.</p> <p>Nel secondo semestre dell’anno, come previsto dalla DGR nr. 977 del 2019 sul tema “prevenzione e gestione delle cadute” è stata estesa l’attività di auditing tra pari, sull’adesione alle linee di indirizzo regionali cadute/procedura Aziendale ad altro quattro unità operative.</p> <p>Il 17 settembre, Giornata dedicata all’ “Open Safety Day” l’Azienda ha diffuso i Poster e gli Opuscoli Informativi Regionali sulla Prevenzione delle Cadute.</p>
<p><i>Valutazione risultati e prospettive future</i></p>	<p>Nel 2021 tutte le attività/interventi previsti dal PAPC 2020 sono state rendicontate, è stato elaborato e diffuso il PAPC 2021 e tutte le attività previste sono state realizzate. Il nuovo PAPC 2022 verrà elaborato e diffuso seguendo le indicazioni Regionali.</p>

## Check-list di Sala Operatoria

SCHEDA DESCRITTIVA DELLO STRUMENTO/FONTE INFORMATIVA SULLA SICUREZZA DELLE CURE E DEI RELATIVI INTERVENTI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEL RISCHIO CLINICO: CHECK-LIST (SSCL)	
Tipologia	Checklist di sala operatoria
Letteratura/Normativa di riferimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Linee Guida per la sicurezza in sala operatoria 2008, OMS.</li> <li>– DM 2 aprile 2015, n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera” (Standard generali di qualità per i presidi ospedalieri – Gestione del Rischio clinico).</li> <li>– Deliberazione della Giunta Regione Emilia Romagna 18 novembre 2019, nr. 2050 “Buone pratiche clinico-organizzative per il taglio cesareo”</li> <li>– DGR N. 1770 del 02/11/2021 “Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende sanitarie per l’anno 2021”</li> </ul>
Descrizione dello strumento/ flusso informativo	<p>Le Sale Operatorie sono luoghi altamente complessi in cui i comportamenti dei professionisti, incentrati sulla riduzione del rischio, rappresentano un elemento saliente e incisivo per determinarne la loro riduzione. E’ quindi fondamentale considerare le interazioni che avvengono in tali luoghi e che riguardano i processi tecnologici, organizzativi, sociali e culturali. Particolare rilevanza assumono i processi di comunicazione all’interno dell’équipe, considerando che il chirurgo, l’anestesista e l’infermiere non lavorano in maniera isolata gli uni dagli altri, ma in maniera corale “in un lavoro di squadra”. Diventa imprescindibile assicurare un clima di forte interazione a feed-back che promuove collaborazione tra le diverse professionalità.</p> <p>La comunicazione efficace rappresenta uno degli driver fondamentali per la prevenzione del rischio, seppur, non esclusivo.</p> <p><b>Definizione</b> - La Checklist (SSCL) per la sicurezza in sala operatoria è uno strumento a supporto delle équipe operatorie multiprofessionali che si propone la finalità di favorire in maniera sistematica l’aderenza agli standard di sicurezza raccomandati per prevenire gli eventi avversi evitabili.</p> <p><b>Obiettivi</b> – La SSCL si propone di migliorare la comunicazione e l’interazione in sala operatoria e rappresenta un supporto per i professionisti. E’ un dispositivo sinottico che facilita l’esecuzione dei controlli di sicurezza durante le fasi e i passaggi critici della procedura chirurgica, consentendo di intercettare il pericolo e così prevenire l’evento avverso.</p> <p>Nel nostro ospedale la SSCL in sala operatoria è stata introdotta nel 2010 nell’ambito del progetto regionale “Rete delle Sale Operatorie Sicure” (SOS.net) che prevede l’utilizzo della SSCL negli interventi chirurgici elettivi e l’invio dei flussi informativi sul suo utilizzo in Regione Emilia Romagna (RER). La RER ha, infatti, sviluppato un sistema di monitoraggio e misurazione per valutare l’utilizzo della SSCL in ogni ospedale del territorio regionale. Per il buon funzionamento del sistema di monitoraggio è necessario che i flussi informativi inviati da ogni singola azienda siano costituiti da dati clinici e amministrativi di buona qualità e inviati in maniera tempestiva.</p> <p>Nel corso degli anni la Direzione si è impegnata in una serie di azioni volte a promuovere l’utilizzo della SSCL nelle Sale Operatorie.</p> <p>In particolare, nel 2017, è stato realizzato un cruscotto dinamico per i professionisti, alimentato dalle informazioni inserite dalle équipe multiprofessionali che hanno svolto l’intervento chirurgico. Lo strumento permette il monitoraggio, “driver” del cambiamento, ed è sostenuto dall’applicativo aziendale Ormaweb. Il cruscotto è corredato, oltre che da</p>

	dati numerici, da grafici dinamici che restituiscono fedelmente nel corso del tempo il livello di compilazione delle SSCL delle singole Unità Operative aziendali.
<i>Analisi del rischio ed eventuali criticità/aree di intervento</i>	La raccolta sistematica delle informazioni relative alla compilazione delle SSCL ha consentito di mantenere alta l'attenzione in queste aree critiche dell'organizzazione e conseguentemente di sviluppare azioni mirate al miglioramento e al superamento di specifici problemi.
<i>Interventi/azioni correttive e di miglioramento effettuate nel periodo di riferimento</i>	La RER, nel corso del 2016-2017, al fine di verificare l'adesione delle équipes chirurgiche a una corretta compilazione della SSCL, ha promosso attività di osservazione diretta dell'uso della checklist tramite il progetto OssERvare, cui la nostra azienda ha prontamente aderito, attraverso la SSD Governo Clinico, gestione del rischio. Il metodo identificato per tale scopo è quello dell'osservazione diretta, normalmente utilizzato nella ricerca qualitativa e più precisamente in quella di tipo etnografica, per cogliere la dimensione sociale e interattiva che consente l'acquisizione di informazioni dai comportamenti verbali e non verbali degli operatori sanitari osservati. Nel 2021 è stato eseguito il monitoraggio rispetto alla corretta compilazione della SSCL, con un alert alle UU.OO. interessate. Nel 2021, a seguito della pubblicazione delle buone pratiche clinico-organizzative per il taglio cesareo (DRG 2050/2019) e alle indicazioni regionali in tema di sicurezza in sala operatoria – progetto SOS.Net - è stata elaborata una specifica check list per la sicurezza del taglio cesareo (SSCL-TC) .
<i>Valutazione risultati e prospettive future</i>	La sicurezza delle cure nell'area chirurgica ed ostetrico/ginecologica dell'Azienda rappresenta un tema molto rilevante per i professionisti e per la Direzione Aziendale. Obiettivi specifici sono stati condivisi con i professionisti in sede di budget e si è intrapreso un percorso di ulteriore sensibilizzazione per mantenere alta l'attenzione dei professionisti sulla sicurezza del processo chirurgico. Nell'ultimo trimestre 2021 ha preso avvio la compilazione della SSCL-TC e si è sperimentato l'invio e la funzionalità del modulo Taglio Cesareo del flusso informativo relativamente al 4° invio 2021; tale flusso sarà regolarmente alimentato a partire dal 2022.

## Raccomandazioni per la sicurezza

A partire dal 2005 il Ministero della Salute ha redatto e diffuso "Raccomandazioni" volte ad offrire agli operatori sanitari informazioni su condizioni particolarmente pericolose, che possono causare gravi conseguenze ai pazienti. Le 19 Raccomandazioni Ministeriali si propongono quindi di aumentare la consapevolezza del potenziale pericolo di alcuni eventi, indicando le azioni da intraprendere per prevenire gli eventi avversi.

La Regione Emilia-Romagna si avvale da diversi anni del monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni predisposto dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), la quale mette a disposizione un sistema dinamico di monitoraggio dell'applicazione delle raccomandazioni pubblicate dal Ministero della Salute, sistema che si propone di supportare le Regioni e Province Autonome nell'osservazione costante dello stato di implementazione di ciascuna di esse da parte delle aziende/strutture sanitarie.

Nel 2021 l'AOU Parma ha verificato l'adesione ai contenuti delle raccomandazioni per la sicurezza delle cure attraverso il sistema di monitoraggio predisposto da Agenas (<http://raccomandazioni.agenas.it>).

Nel corso del 2021, congiuntamente al Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale sono state effettuate le attività/interventi previsti dal Piano Prevenzione Violenza a danno degli Operatori Sanitari (Previos) – aggiornato nel settembre 2021.

Nell'anno 2021, inoltre, sono state elaborate/aggiornate le seguenti Procedure aziendali:

- Prevenzione e gestione atti di violenza contro operatori sanitari
- Igiene delle mani
- Gestione minori vittime di maltrattamento – abuso
- Analgesia in travaglio di parto con tecnica neuroassiale ed endovenosa
- Percorso del paziente con Stroke candidato alla Trombolisi EV

## Master Universitario di II livello in “Governance del Rischio Clinico e Promozione della Sicurezza delle Cure”

A partire dall'Anno Accademico 2019/2020, l'Università degli Studi di Parma in collaborazione con la SSD Governo Clinico, Gestione del Rischio e coordinamento Qualità e Accreditamento dell'AOU Parma e l'AUSL di Parma istituisce annualmente il Master Universitario di II livello in “Governance del Rischio Clinico e Promozione della Sicurezza delle Cure”.

Lo sviluppo delle competenze professionali e la diffusione della cultura della sicurezza, a livello individuale ed organizzativo, costituiscono una imprescindibile condizione per identificare, analizzare e prevenire i rischi per i pazienti ed i professionisti, presenti nei diversi ambiti della assistenza sanitaria e socio-sanitaria; per questi motivi, al fine di sostenere tale sviluppo attraverso un percorso formativo che proponga un approccio integrato ai temi della sicurezza, in questi anni sono stati formati e sono tuttora in corso di formazione diversi dipendenti operanti in punti nevralgici per la sicurezza delle cure (ad esempio Risk Management Direzione Professioni Sanitarie, Psicologia Ospedaliera, area Formazione, area Medico-Legale, area critica, area pediatrica, area nefrologica).

## Formazione e sicurezza delle cure

La formazione è riconosciuta come leva cruciale fondamentale e fattore strategico determinante per sensibilizzare e innalzare la cultura della sicurezza. Tuttavia, se è vero che la sicurezza della pratica clinica e dei processi assistenziali si fondano sulla competenza, ottenuta attraverso la formazione del singolo operatore, è altrettanto veritiero che essa è particolarmente efficace quando è esercitata e promossa sui team clinici, promuovendo il loro grado di coordinamento e integrazione, con il supporto di un ambiente organizzativo adeguato e funzionale.

Pertanto, l'attività formativa dell'ospedale si fonda anche su principi che attengono alla condivisione delle conoscenze, alla costituzione di gruppi di lavoro multiprofessionali e multidisciplinari, al coordinamento, all'integrazione, alla collaborazione.

La maggior parte degli eventi formativi sulla sicurezza delle cure viene progettata, condivisa e attuata dalla SSD Governo Clinico con i Servizi Aziendali (SS Medico Legale, SC Governo Clinico del farmaco, SPPA, SC Igiene Ospedaliera, ecc.) al fine di integrare i rischi e proporre iniziative che prevedano una visione completa del tema trattato.

La formazione per la sicurezza delle cure viene programmata dalla SSD Governo Clinico e realizzata con il contributo dei servizi coinvolti per promuovere nuovi interventi, diffondere strumenti per la sicurezza delle cure e sviluppare la cultura della sicurezza nel rispetto delle indicazioni nazionali e regionali; generalmente gli interventi formativi vengono realizzati con metodologia interattiva a piccoli gruppi, con simulazioni, analisi di casi e presentazione dei lavori dei gruppi multidisciplinari.

La diffusione delle Buone pratiche e degli strumenti per la gestione del rischio vengono trasmessi con nota protocollata, ma vengono anche diffusi mediante l'aggiornamento del sito Intranet dedicato alla gestione del rischio.

Annualmente viene definito il Dossier Formativo trasversale per la sicurezza delle cure che va ad inserirsi nel Piano delle Attività Formative (PAF); ogni evento viene pianificato, accreditato, realizzato e rendicontato secondo le indicazioni della SC Formazione e Sviluppo Risorse Umane. Tutta la documentazione relativa agli eventi formativi e agli strumenti aziendali per la gestione del rischio è pubblicata sul sito intranet aziendale, ciò al fine di garantirne la più ampia diffusione ai professionisti.

La proposta sull'attività formativa è ricca e variegata per rispondere efficacemente alla domanda, ed è rivolta a tutti i professionisti; si allega a seguire la tabella riepilogativa della formazione effettuata nel 2021 sulla tematica di sicurezza delle cure:

CODICE + ED	TITOLO	TIPO EVENTO	DURATA	PARTECIPANTI
4502.8	AOUPR-Rischi specifici sulla sicurezza per i lavoratori - rischio alto (RS) (RS12)	FAD Sincrona	12	30
4503.1	AOUPR-Formazione dirigenti per la sicurezza - e-learning (RG) (RS)	FAD E-Learning	1	25
4507.11	AOUPR-Formazione rischi generali sulla sicurezza per i lavoratori 4 ore - E-learning (RG)	FAD E-Learning	4	100
4509.4	AOUPR-Formazione lavoratori: aggiornamento rischi specifici 6 ore E-learning (RS-AGG)	FAD E-Learning	6	100
4530.1	AOUPR-Refresh addestramento di manovre di RCP Covid-19 (RS)	Training	3	80
4561.10	CO118-Sistemi di comunicazione e procedure CO118 Emilia-Ovest	Formazione	4	50
4698.46	AOUPR-BLSD sanitari AHA (RS)	Formazione	5	12
4701.11	AOUPR-ACLS AHA (RS)	Formazione	16	12
4702.7	AOUPR-PALS (RS)	Formazione	16	12
4742.1	AOUPR-II trauma e lo shock emorragico	Formazione	3	100
4744.1	AOUPR-ATLS: Advanced trauma life support	Formazione	24	16
4761.18	AOUPR-PBLSD (RS)	Formazione	8	8
4763.1	AOUPR-II parto in emergenza	FAD Sincrona	4	4
4774.5	AOUPR-Rischi specifici sulla sicurezza per i lavoratori - 4 ore (RS) (RS12)	FAD Sincrona	4	40
4789.6	AOUPR-BLSD Heartcode per vaccinatori (RS)	Blended (Res +	4	14
4873.1	CO118-II servizio 118	Formazione	3	50
4906.1	AOUPR-Implementazione del nuovo acceleratore lineare (RS)	Training	35	40
4915.3	AOUPR-BLSD HEARTCODE (RS)	Blended (Res +	4	12
4924.2	AOUPR-Corso istruttori ACLS (RS)	Formazione	8	12
4925.2	AOUPR-Corso istruttori PALS (RS)	Formazione	8	12
4933.2	AOUPR-Vie aeree difficili in neurochirurgia	Formazione	4	20
4968.2	AOUPR - Ricertificazione istruttori ACLS (RS)	Formazione	4	25
4969.2	AOUPR - Ricertificazione istruttori BLSD (RS)	Formazione	4	25
4984.1	AOUPR - Le tecnologie digitali in sanità: un focus sulle applicazioni pratiche del Fascicolo Sanitario Elettronico e del Dossier Sanitario Elettronico in Azienda (RS)	Formazione Residenziale	3	100
5093.1	AOUPR-Urgenze maxillo-facciali	Formazione	3	25
5099.1	AOUPR-Determinazione di morte con criteri neurologici. Prelievo di organi e tessuti a scopo di	Formazione	3	20
5102.4	AOUPR-Retraining: aggiornamento del personale dipendente in materia di prevenzione ed	Formazione	8	25
5117.2	AOUPR-Formazione del personale dipendente in materia di prevenzione ed emergenza	Formazione	20	20
5133.4	OMCEOPR-BLSD	Formazione	8,5	15
5134.3	OMCEOPR-BLSD retraining	Formazione	5	15
5148.4	AOUPR-BLSD Heartsaver (RS)	Formazione	4	20
5202.1	AOUPR-BLSD Heartsaver - Guardia di finanza	Formazione	4	20
5204.1	AOUPR-Corso istruttori BLSD (RS)	Formazione	8	30
5205.1	AOUPR-Corso istruttori PBLSD (RS)	Formazione	16	30
5206.2	AOUPR - Ricertificazione istruttori PALS (RS)	Formazione	5	25

## Coinvolgimento dei cittadini nella sicurezza delle cure - Open Safety Day 2021

Il coinvolgimento dei cittadini nei processi di gestione del rischio presso l’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è sempre stato un’attenzione della Direzione Aziendale, della SSD Governo Clinico e dei professionisti.

In particolare, per ogni processo esaminato sia nel Piano Programma Sicurezza delle cure 2016-2018 che nel successivo 2019-2021, ci si è soffermati sul tema dell’empowerment del cittadino.

Questo elemento di analisi e di approfondimento, condiviso in Collegio di Direzione e successivamente in Comitato Consultivo Misto è diffuso a tutte le Strutture dell’Azienda. A titolo esemplificativo si riportano nella tabella sotto riportata i contenuti descritti per le prime 10 schede del PPSC 2019-2021.

N	Scheda	Empowerment dei cittadini – tratto dal PPSC 2019-2021
1	Incident Reporting	Il sistema di segnalazione Regionale Incident Reporting prevede che il cittadino sia informato della criticità rappresentata.
2	Gestione Eventi Sentinella	Le Raccomandazioni del Ministero negli Eventi Sentinella prevedono attenzioni specifiche sulla comunicazione al paziente/familiare a seguito di evento avverso .
3	Gestione Sinistri – Data Base Regionale	I cittadini sono parte attiva del processo.
4	Segnalazione dei Cittadini per la Gestione del Rischio (Urp)	Gli URP lavorano con le dimensioni del “percepito” da parte del cittadino, le segnalazioni utili alla Gestione del Rischio vengono indicate dalla RER come quelle in cui vi è: “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”.
5	Formazione e Informazione per la Sicurezza delle Cure	Alcuni strumenti della gestione del rischio sono stati espressamente realizzati per i cittadini, che devono essere parte attiva della sicurezza delle cure.
6	Monitoraggio delle Raccomandazioni Ministeriali	Il Monitoraggio Agenas prevede per ogni Raccomandazione la verifica del coinvolgimento dei cittadini/ Associazioni di Volontariato.
7	Rischio Cadute del Paziente Degente	I pazienti e i visitatori dispongono di Poster e Brochure informative finalizzate alla prevenzione delle cadute del paziente degente e per il domicilio.
8	Check List Di Sala Operatoria	I pazienti sono coinvolti attivamente nel processo per la sicurezza delle sale operatorie, anche in riferimento alla corretta identificazione del paziente.
9	Identificazione certa del Paziente	Il Cittadino informato è parte attiva nel processo di identificazione.
10	Sicurezza della Terapia Farmacologica in area Oncoematologica	Aggiornamento del “Diario per il paziente” composto da: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ opuscolo informativo specifico per ciascun farmaco oncologico orale</li><li>▪ calendario per il monitoraggio della compliance e della tossicità</li></ul> L’opuscolo informativo pone l’attenzione sulle interazioni del medicinale con altri farmaci e alimenti, modalità di assunzione, principali effetti indesiderati.

Anche nel 2021, inoltre, l’AOU Parma ha celebrato la Giornata Mondiale della Sicurezza delle Cure “World Patient Safety Day”, un’occasione per sensibilizzare tutta la comunità e non solo gli operatori sanitari affinché ciascuno possa dare il suo contributo. Ogni giorno i professionisti sanitari sono impegnati a garantire cure sicure per il miglioramento continuo della qualità clinica e assistenziale: come ha dimostrato e sta dimostrando la lotta alla pandemia, il rafforzamento dell’alleanza tra operatori sanitari e cittadinanza è essenziale.

Il 17 settembre, giornata mondiale, sono state diverse le iniziative attuate: due punti informativi dedicati, dove i professionisti con i volontari del Comitato Consultivo Misto aziendale sono stati a disposizione dei visitatori e dei pazienti per fornire informazioni, distribuire gadget e materiali informativi della campagna, ed inoltre l’illuminazione del padiglione Direzione in arancione, colore della sicurezza delle cure.

Nel 2021 il focus dell’OMS è stato centrato sulle “cure materne e neonatali sicure”, con lo slogan “Agisci adesso per un parto sicuro e rispettoso”; pertanto in collaborazione con l’Unità Operativa Ostetricia e Ginecologia, è stato

organizzato un altro punto informativo al padiglione Maternità, utile a informare le donne sulla sicurezza della cure nell'ambito del percorso nascita, dal consultorio fino alla post-dimissione con la produzione di video ad hoc.

È stato inoltre distribuito materiale informativo realizzato dalle studentesse del corso di laurea in Ostetricia dell'Università di Parma in occasione dell'iniziativa; gli operatori della Struttura hanno indossato la spilla "World Safety Day – Cure materne e neonatali sicure", realizzata con il contributo dell'Assistenza Pubblica di Parma, con un logo creato ad hoc per la giornata dalle ostetriche dell'Ospedale. Contemporaneamente, nelle sale d'attesa della Maternità è stato proiettato un video realizzato dal personale del reparto di Ginecologia e Ostetricia sulle attività in corso.

Un'altra iniziativa promossa dall'Ospedale è stata la realizzazione del Calendario della Sicurezza delle Cure e delle Buone Pratiche 2022, che è stato distribuito nei reparti del Maggiore con l'obiettivo di sensibilizzare mensilmente i professionisti su un tema specifico diverso.

## Sicurezza delle cure e Covid-19

La pandemia Covid-19 ha determinato un'attenzione particolare sul tema della gestione delle maxiemergenze sanitarie, in quanto essendo eventi che potrebbero mettere in crisi il sistema sanitario, richiedono in tempi molto rapidi delle risposte efficaci.

Data l'imprevedibilità di tali eventi occorre che a tutti i livelli di gestione del rischio ci siano piani di preparazione per la risposta coordinata del sistema sanitario, con indicazioni chiare e basate anche su principi etici che dovranno guidare le decisioni in tali circostanze e le misure concrete che si dovranno adottare in proporzione alle dimensioni, fase e caratteristiche dell'evento che ha causato la crisi sanitaria.

La pandemia COVID-19 ha reso necessario, specie nella fase emergenziale, l'emanazione di documenti di indirizzo organizzativo e l'attuazione di molteplici e complesse attività da parte dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma; la situazione epidemiologica ha costretto a modificare repentinamente l'offerta di prestazioni e servizi e i relativi percorsi per dare una pronta ed efficace risposta alle esigenze poste dall'emergenza.

Successivamente, nella fase 2 della gestione pandemica, sono state fornite indicazioni per il riavvio dell'attività sanitaria programmata, in considerazione delle risorse disponibili e dei fattori di carattere organizzativo, clinico e assistenziale.

Al fine di definire a livello generale le azioni messe in campo, anche al fine di programmare un possibile scenario di evoluzione della pandemia, la Regione Emilia-Romagna ha dato indicazioni affinché resti traccia di "quello che è successo" con un'attenzione non solo a "cosa ha funzionato e cosa no", ma anche a "cosa abbiamo imparato", con una visione futura sulle possibili azioni da attuare in caso di nuove fasi della gestione dell'evento pandemico.

In questo contesto si è delineato il *Piano-Programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio (in relazione alla pandemia Covid-19)*, che è andato ad integrare il *Piano-Programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio 2019-2021*, e redatto al fine di valutare le azioni intraprese nelle diverse fasi e programmare le diverse azioni tenendo conto dei possibili scenari di evoluzione della pandemia.

Il Piano Programma ha voluto:

- rappresentare una sistematizzazione degli interventi realizzati rispetto alle diverse fasi della pandemia, in grado di garantire memoria storica a tutti gli agiti organizzativi che si sono succeduti
- sfruttare il tempo in cui la pandemia è stata contenuta, nei mesi estivi, non solo per riprendere l'attività ordinaria ma anche per prepararsi all'eventuale nuovo ritorno di fasi pandemiche critiche
- rappresentare un'ulteriore occasione per rendere visibili e misurabili le eventuali criticità emerse e quindi per pianificare azioni di miglioramento specifiche in particolare in preparazione di ulteriori fasi pandemiche critiche
- rappresentare un'opportunità per tutti gli stakeholder di raccordarsi in sinergia, rendendo possibile un contributo specifico per le diverse aree di competenza
- garantire attenzione verso tutti i processi aziendali non solo di carattere straordinario (ad es. nuovi posti letto) ma anche ordinario (riavvio attività ordinaria Centro Trapianti)

- dare visibilità a tutte le azioni e iniziative messe in campo dalle Strutture, grazie ad una modalità bottom-up che ha ulteriormente consolidato la comunicazione fra la line e la Direzione Sanitaria e Generale
- garantire ai reparti coinvolti, grazie alle schede sintetiche e informali richieste ai reparti, un ulteriore spazio di ascolto “per iscritto” in cui raccogliere i vissuti di smarrimento, disorientamento e impotenza vissuti in questi mesi, per potersi rispetto a questi riposizionare e vedere i risultati ottenuti.

Tra il 2020 ed il 2021 è stato realizzato ed attuato il Piano Pandemico Covid-19 della provincia di Parma, in merito al quale le funzioni di Rischio Clinico dell’AOU Parma garantiscono la Loro partecipazione all’Unità di Crisi.

## Conclusioni

La sicurezza delle cure è un sistema articolato e complesso attraverso il quale le organizzazioni sanitarie, tramite i responsabili delle strutture e i professionisti, si rendono garanti della qualità delle cure. Il sistema per la gestione dei processi di risk management supporta il Governo Clinico affinché l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma sia in grado di operare in una visione per processi orientata al miglioramento continuo dei propri servizi e della salvaguardia degli standard di cura e di assistenza.

Gli elementi alla base sono la definizione di una esplicita azione per la tutela della salute, che punti all'efficacia clinica e all'efficienza organizzativa, nel rispetto di tutte le parti interessate al buon funzionamento dell'azienda: i pazienti, gli utenti, i dipendenti, il governo regionale, i fornitori e le istituzioni del territorio.

La Direzione Strategica dell'Ospedale ha la piena consapevolezza che conoscere i processi di un Azienda, saper valutare il rischio, significa comprenderne tutti gli aspetti che la compongono: da quelli programmatici, agli attuativi, ai controlli necessari, sia quelli costanti che i periodici, perché solo conoscendo i contesti entro i quali si opera e ci si radica, dalle attività realizzate attraverso i loro legami, agli aspetti incerti o pericolosi, ma anche alle opportunità da considerare e sviluppare e fare crescere, si possono utilizzare al meglio le risorse, minimizzando i costi, massimizzando il valore dell'Azienda.

Gli obiettivi innovati del sistema di gestione del rischio clinico e della qualità, basati saldamente sulla continuità operativa, consentono di ottenere diversi benefici, tra i quali:

- migliore comprensione del contesto attraverso l'analisi delle criticità e delle aree di vulnerabilità;
- maggiore resilienza organizzativa ovvero capacità di adattarsi al cambiamento attraverso la collaborazione tra i team;
- approccio coerente in tutta l'organizzazione;
- riduzione dell'impatto sulle prestazioni aziendali in caso di impedimenti di vario tipo;

Per permettere la realizzazione di ciò, elementi imprescindibili sono il coinvolgimento attivo, la valorizzazione, il ruolo e la responsabilità dei professionisti, basati su alcuni principi e valori sui quali la gestione del rischio deve fondarsi: la condivisione multidisciplinare e interprofessionale, le pratiche basate sulle evidenze scientifiche, la cultura di imparare dall'esperienza, lo sviluppo e aggiornamento professionale.