Ospedale Maggiore Sistema Socio Sanitario
Regione
Lombardia



# PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT

P.A.R.M. 2019

Piano Annuale di Settore del Piano Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione PIMO 2019

Documento elaborato da: Risk Manager Italo Cecchinelli Clinical Risk Manager Cettina Sortino Ufficio Qualità Nicoletta Rossi Marzo 2019 Validato da:
Quality Manager
e Responsabile Aziendale PIMO Roberto
Sfogliarini

Approvato da
Direzioni Generale
Delibera n. del 28/03/2019





## Sommario

1.	Strategie	. 3
	Il Gruppo di Coordinamento della attività di gestione del rischio	.4
	Comitato Valutazione Sinistri (CVS)	.4
	Sistema per la Gestione Digitale Dei Sinistri Sanitari (GEDISS)	4
	Ascolto e Mediazione dei conflitti	5
2.	Obiettivi generali	5
3.	Linee di intervento per il miglioramento delle aree a rischio	5
	Dall'analisi dei risultati alla definizione delle aree critiche	5
	Trend degli eventi avversi e near miss	5
	Trend segnalazioni delle Cadute	10
4.	. Analisi della sinistrosità	.12
5.	Raccomandazioni Ministeriali : stato di avanzamento	.15
6.	. Ambiti di Attività e Progetti specifici previsti per la sicurezza del paziente nel 2019	16
7	Formazione	1Ω

# July

#### 1. Strategie

La ASST di CREMA persegue da anni l'obiettivo del miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure e dei processi, sviluppando politiche in tema di risk management e realizzando i Piani annuali predisposti. Ne danno evidenza le rendicontazioni annuali prodotte nel tempo.

Il Piano Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione costituisce il riferimento unitario ed integrato designato per generare e sostenere la cultura del miglioramento continuo, per "favorire il collegamento degli strumenti istituzionali di programmazione e gestione, ... sintetizzando le diverse aree e gli ambiti di interesse, a vantaggio della coerenza della decisione strategica nella programmazione pluriennale e annuale delle attività, attraverso la visione sistemica ed integrata dell'organizzazione" (DGR n. IX/1185 del 20.12.2013).

Con deliberazione del DG n.187 del 11.05.2018 è stato approvato il Piano Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione (PIMO) per il triennio 2018-2020. Nell'anno 2019 si proseguirà quindi, la pianificazione e la realizzazione delle attività previste.

La ASST di Crema è da tempo strutturata verso questo percorso di gestione del miglioramento, anche mediante uno step di valutazione intermedio, rappresentato dal Quality Report, finalizzato a monitorare lo stato di avanzamento del PIMO; nel Quality Report sono quindi disponibili informazioni utili che evidenziano i risultati ottenuti dalla Struttura, come elementi di valutazione in ingresso, ai fini della predisposizione del Piano di Risk Management 2019.

In linea con i requisiti previsti nel DM n. 70 del 2 aprile 2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" l'ASST di Crema concorre a garantire gli obiettivi assistenziali secondo i principi della efficacia, qualità e sicurezza delle cure, di efficienza, di centralità del paziente e umanizzazione delle cure e dispone di consolidate procedure generali e organizzative, tra le quali:

- Sistema di segnalazione degli eventi avversi e near miss (Incident Reporting);
- Gestione del Rischio Clinico; trattamento delle non conformità; gestione del miglioramento mediante azioni correttive e preventive;
- Prevenzione degli errori di: identificazione del paziente, lista di controllo operatoria (Check-list di sala operatoria) e scheda unica di terapia e di riconciliazione della terapia farmacologica;
- Prevenzione delle infezioni mediante sistemi di segnalazione delle infezioni correlate all'assistenza, sorveglianza microbiologica, adozione delle procedure che garantiscono l'adeguatezza e l'efficienza dell'attività di sanificazione, disinfezione e sterilizzazione, protocolli per la profilassi antibiotica e procedura per il lavaggio delle mani.

Nel corso del 2019 sarà programmato e implementato un percorso di analisi dei rischi, al fine di fornire uno strumento proattivo di risk management per la riduzione degli errori, mediante tecnica sistematica finalizzata a identificare, prevenire e monitorare i rischi correlati ai processi, dopo una opportuna fase di formazione aziendale destinata ai Referenti Qualità. Prosegue inoltre, il percorso di implementazione dell'integrazione dei Processi del Polo Ospedaliero e della Rete Territoriale, mediante la prosecuzione dei progetti 2018 e la pianificazione di nuovi progetti che integrano la definizione di percorsi clinici dei pazienti in maniera adeguata, appropriata ed efficiente.

Gli obiettivi di miglioramento trovano una fase di discussione e condivisione tra la Direzione Strategica e i livelli direzionali delle strutture di Staff, dei Dipartimenti e delle singole Unità Operative, in occasione del processo annuale di budget.

## Sistema di Gestione Aziendale Qualità e Sicurezza

In Azienda è attiva la **rete dei referenti qualità e sicurezza** dei dipartimenti e delle unità operative che contribuisce attivamente alla gestione del miglioramento continuo.

#

Merf

Essa è rafforzata con momenti formativi annuali così da orientare i referenti qualità e sicurezza agli obiettivi previsti. I referenti qualità e sicurezza svolgono un lavoro importante di gestione delle segnalazioni spontanee, delle non conformità (compresi i reclami) e di pianificazione del miglioramento (azioni correttive e azioni preventive).

La cultura aziendale sulla gestione del miglioramento ha un grado di maturazione tale da permettere il passaggio dalla gestione del rischio alla gestione della sicurezza dei pazienti mediante la formalizzazione di un metodo di analisi pro<sub>l'</sub>attiva e la consolidazione di un sistema di analisi critica dei processi con adeguato rapporto informativo tra i referenti qualità, rischio clinico e sicurezza, direttori e coordinatori delle UU.OO. e Dipartimenti.

#### Il Gruppo di Coordinamento della attività di gestione del rischio

L'attività del Gruppo di Coordinamento è il momento operativo per la integrazione tra le varie aree ed ambiti di rischio in ogni settore: rischio clinico, rischio per la sicurezza e la salute dei lavoratori, rischio tecnologico e strutturale, sicurezza dei dati. Nel corso dell'anno 2019 continuerà l'attività della gestione coordinata dei rischi aziendali, con particolare attenzione sia all'analisi dei sinistri, degli eventi avversi e dei near miss registrati - al fine di individuarne le cause - sia all'implementazione delle conseguenti azioni di miglioramento individuate, al loro monitoraggio e alla verifica dell'efficacia dei risultati raggiunti. Tra i diversi ambiti considerati, anche grazie alla presenza nel Gruppo di Coordinamento del responsabile aziendale della farmacovigilanza e del dispositivo-vigilanza, vi è la gestione delle ADR (Adverse Drug Reaction), così come introdotta anche dalla normativa europea.

## Comitato Valutazione Sinistri (CVS)

L'attività del CVS nell'anno 2019 proseguirà implementando una sempre più puntuale analisi del contenzioso, in sinergia e collaborazione tra ASST, Broker e Compagnia Assicurativa.

La componente clinica è regolarmente coinvolta nella valutazione delle richieste di risarcimento, sia nella preliminare acquisizione del parere clinico in merito al sinistro esaminato, sia nella fase di formulazione del parere medico legale, al fine motivare il percorso metodologico intrapreso e sostenere lo sviluppo della cultura della sicurezza e l'apprendimento dall'errore, passando anche attraverso la conoscenza della dimensione medico legale dell'attività professionale e dell'evoluzione giurisprudenziale in materia di responsabilità sanitaria. L'analisi delle richieste di risarcimento danni (sia in termini di frequenza che di esborso economico) ha rappresentato e rappresenta uno degli elementi in ingresso da cui triarre raccomandazioni utili al miglioramento dell'attività e dell'organizzazione.

# Sistema per la Gestione Digitale Dei Sinistri Sanitari (GEDISS)

Con deliberazione del DG n. 529 del 27/12/2018 l'ASST di Crema ha aderito al Sistema per la Gestione Digitale dei Sinistri Sanitari (GEDISS), sia pure in fase "sperimentale" vuole essere uno strumento di ausilio alle Aziende del Sistema Regionale, tale da consentire non solo di raccogliere in maniera ordinata e cronologicamente sequenziale la documentazione che compone l'istruttoria del sinistro, bensì anche di sollecitare la realizzazione degli adempimenti che discendono dalla gestione del contenzioso con il terzo e dalla rappresentazione veritiera, ai fini contabili, del rischio economico correlato alle pretese risarcitorie rivolte all'azienda. L'ASST di Crema reputa utile lo strumento digitale proposto da Regione Lombardia ai fini del perfezionamento del processo di gestione del contenzioso aziendale discendente dalla responsabilità civile verso terzi e verso prestatori d'opera.

In accordo a quanto previsto dalle Linee Guida 2019 per l'attività di Risk Management, proseguirà inoltre l'operatività del Secondo Raggruppamento Legale e Medico Legale cui partecipa la nostra ASST mediante il responsabile del CVS e i medici legali dell'Azienda, al fine di promuovere il confronto e la discussione di casi particolarmente critici per complessità clinica o

1 # MUY

procedurale, oltre che per seguire l'evoluzione normativa e giurisprudenziale in materia di responsabilità professionale e consenso informato, fornendo semestralmente una relazione circa le attività svolte.

#### Ascolto e Mediazione dei conflitti

In continuità con gli anni precedenti è attivo il servizio di ascolto e mediazione trasformativa dei conflitti, in applicazione degli indirizzi operativi regionali. In Azienda è operativa una procedura relativa all'attività di ascolto e mediazione.

L'attività di mediazione dei conflitti continuerà, nel corrente anno, grazie anche alla valorizzazione della rete regionale dei mediatori tramite l'interscambio di operatori tra aziende limitrofe e la partecipazione ai network regionali.

#### 2. Obiettivi generali

Le linee strategiche e le linee di intervento, gli obiettivi e i progetti operativi del PARM 2019 sono redatti alla luce dei risultati emersi nell'anno 2018 in relazione:

- 1) all'andamento del rischio,
- 2) alla sinistrosità dell'Azienda,
- 3) alle indicazioni previste nelle Linee Guida Attività di Risk Management anno 2019 di Regione Lombardia Direzione Generale Sanità, come di seguito dettagliato.

#### 3. Linee di intervento per il miglioramento delle aree a rischio.

Di seguito si esplicita il percorso metodologico adottato per elaborare il presente PARM.

## Dall'analisi dei risultati alla definizione delle aree critiche.

Per la elaborazione del Piano di Risk Management sono stati analizzati i risultati provenienti dalle diverse fonti informative presenti in Azienda:

segnalazioni spontanee (Incident Reporting),

sinistri,

reclami,

customer satisfaction

check list di autovalutazione regionale

fonti esterne regionali e del Ministero della Salute.

# Trend degli eventi avversi e near miss

Nelle **tabelle n. 1** e **n.1a** sono a confronto le segnalazioni spontanee e i near miss dell'ultimo triennio (2016/2017/2018) suddivise per categorie di evento o macroaree individuate in coerenza con gli esempi disponibili in letteratura e con il "Protocollo Monitoraggio Eventi Sentinella, Ministero della Salute anno 2009", raccolti nel documento interno "Lista eventi sentinella e categorie eventi per incident reporting" Rev. 04 del 20.5.2010.

Da Gennaio 2018 il data-base degli incident reporting della nostra Azienda è stato riformulato con ulteriori categorie di evento, oltre agli eventi sentinella già presenti; tali categorie di evento sono state suddivise per Macroaree al fine di semplificare il sistema di aggregazione dei dati; ad ogni Macroarea sono correlate le possibili "causazioni" dell'evento mediante un codice identificativo ed un sistema di classificazione dettagliato in conformità con le indicazioni Ministeriali [Ministero della Salute – dipartimento della Qualità. Risk management in Sanità. Il problema degli errori. Commissione tecnica sul

Piano Risk Management 2019-ASST DI CREMA

#

luf

Pagina 5 di 20

rischio clinico (DM 5 marzo 2003). Tale sistema di classificazione è omogeneo rispetto alla tassonomia utilizzata dal Broker Regionale AON e aderente alle raccomandazioni riportate nel rapporto dei "Sistemi di segnalazione e analisi degli incidenti in materia di sicurezza dei pazienti in tutta Europa".

L'analisi dell'evento è necessaria per identificare i fattori causali e/o contribuenti ed è utile ad individuare le azioni a tutela della salute pubblica e a garanzia della sicurezza del sistema sanitario.

J # JULL

Si riassumono di seguito i risultati delle principali fonti disponibili:

#### A- SEGNALAZIONI SPONTANEE - tabella n. 1

Categorie delle segnalazioni	Anno	Anno	Anno
spontanee (eventi e "near miss")	2016	2017	2018
TOTALE SEGNALAZIONI	413	361	378
CADUTE (segnalazioni) TOTALE	225	196	193
EVENTI NEAR MISS (segnalazioni) (escl. cadute effettive)	3	15	4
EVENTI (segnalazioni) (escl. cadute effettive)	185	150	181
TOTALE	188	165	185

#### tabella n. 1a

'	anno 2	2018
categoria di evento	n°	%
CADUTE	193	51 06%
	46	51,06%
ERRORE DI PREVENZIONE ERRORE NELLA COMPILAZIONE DOCUMENTAZIONE	46	12,17%
SANITARIA	42	11,11%
ERRORI NELLA TEMPISTICA	26	6,88%
ERRORE TERAPEUTICO	22	5,82%
ERRORE DI PROCEDURA / PDTA	15	3,97%
AGGRESSIONE	9	2,38%
MATERIALE DIFETTOSO - ERRORE NELL'USO DI		
APPARECCHIATURE	6	1,59%
NON IDENTIFICATO - ALTRO	5	1,32%
DANNEGGIAMENTO PERSONE	3	0,79%
ERRORE DIAGNOSTICO	3	0,79%
ERRORE PROCEDURA INVASIVA	2	0,53%
RISCHIO SOSPENSIONE SERVIZIO	2	0,53%
DANNEGGIAMENTO COSE	1	0,26%
ERRORE ANESTESIOLOGICO	1	0,26%
ERRORE CHIRURGICO	1	0,26%
EVENTO SENTINELLA	. 1	0,26%
AUTOLESIONE	0	0,00%
FURTO		0,00%
INFEZIONI		0,00%
INFORTUNIO		0,00%
RAPIMENTO OMICIDI		0,00%
MALATTIA PROFESSIONALE		0,00%
SMARRIMENTO, DANNEGGIAMENTO COSE		0,00%
FUGA DI PAZIENTE		0,00%
ABBANDONO DI NEONATO		0,00%
PERDITE ECONOMICHE		0,00%

& July P

#### B - LE CAUSE DEGLI EVENTI AVVERSI E DEI QUASI EVENTI (ESCLUSE LE CADUTE)

L' analisi eseguita sulla casistica di eventi avversi e quasi eventi segnalati, escluse le cadute, ha portato alla definizione delle cause che li ha generati (causazioni). Nella tabella n. 2 sono rappresentate in ordine di frequenza le aree (categorie eventi) e i processi coinvolti nelle cause delle segnalazioni spontanee.

Tabella n. 2

CATEGORIE EVENTI	N° tot	%	Causazione	n° x causazione
•				
ERRORE DI PREVENZIONE	46	24,86%	Mancate verifiche/mancata comunicazione rischi procedura pre-procedura o terapia	22
			Mancata/ritardata procedura/profilassi chirurgica o terapeutica	17
			scambio paziente	2
	SEASON OF A PARTY	SHS4043015-0940	Mancata supervisione paziente	
ERRORI DI COMPILAZIONE	42	22,70%	Documentazione - assente	11
DOCUMENTAZIONE SANITARIA			Documentazione - insufficiente	, 3
			Documentazione - illeggibile	1
			Mancato o inadeguato raccordo anamnestico	1 1
			Inadeguata o mancata comunicazione tra il personale sanitario	26
ERRORI NELLA TEMPISTICA	26	14.05%	Ritardata diagnosi/trattamento/indicazione	1 6
			Altri ritardi organizzativi/gestionali/logistici	20
ERRORE TERAPEUTICO	20	11 90%	Mancata o ritardata terapia	
ERRORE TERAPEUTICO		11,0370	Errore nelle fasi di prescrizione, trascrizione, preparazione, distribuzione, somministrazione	18
		general meneral		
ERRORE PROCEDURA / PDTA	15	8,11%	Errore nella scelta della procedura/PDTA	
		105000000000000000000000000000000000000	Errore nella esecuzione della procedura/PDTA	
AGGRESSIONE	9	4,86%	Azione volontaria (paziente non psichiatrico)	
			Azione incontrollata/agitazione psicomotoria (paziente psichiatrico e/o sotto effetto di sostanze)	
MATERIALE DIFETTOSO	6	3,24%	Malfunzionamento dovuto a problemi tecnici di fabbricazione (non causati dall'utilizzatore)	
ERRORE NELL'USO DI			Malfunzionamento dovuto all'utilizzatore (manutenzione, impostazione, altri errori d'uso)	
APPARECCHIATURE			Inadeguatezza del supporto tecnologico	
NON IDENTIFICATO/ALTRO	5	2,70%	Altro	
DANNEGGIAMENTO A PERSONE	3	1,62%	Non adeguata manutenzione-segnalazione	
ERRORE DIAGNOSTICO	3	1 62%	Ritardata diagnosi	1000 1000 1000 Senteron 4-0
Entroite Division 1.50		1,0270	Attività diagnostica non eseguita	
			Attività diagnostica programmata ma non eseguite	
RISCHIO SOSPENSIONE SERVIZIO	7	1 08%	Assenza personale sanitario in accoglienza e/o Ambulatorio	
NOOMO GOOF ENGIONE SERVICIO		1,00%	altro	
DANNEGGIAMENTO COSE	1	0,54%	Occhiali, oggetti personali	
ERRORE ANESTESIOLOGICO	1	0,54%	Complicazioni	
ERORE CHIRURGICO			Inadeguato trattamento complicanze post-chirurgiche prevedibili	
	2002-00-00-00-0			
SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE	L	0,54%	Suicidio	

L'analisi della casistica delle segnalazioni spontanee dell'ultimo anno evidenzia **tre aree di maggiore rischio in ordine di** prevalenza:

- **ERRORI DI PREVENZIONE (24,86%)** ed in particolare: mancate verifiche/mancata comunicazione rischi procedura pre-procedura o terapia; mancata/ritardata procedura/profilassi chirurgica o terapeutica;
- **ERRORI DI COMPILAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA** (22,70%), prevalentemente caratterizzata da: inadeguata o mancata comunicazione tra il personale sanitario; documentazione assente.
- ERRORI NELLA TEMPISTICA (14,05%): ritardata diagnosi/trattamento/indicazione; altri ritardi organizzativi/gestionali/logistici.

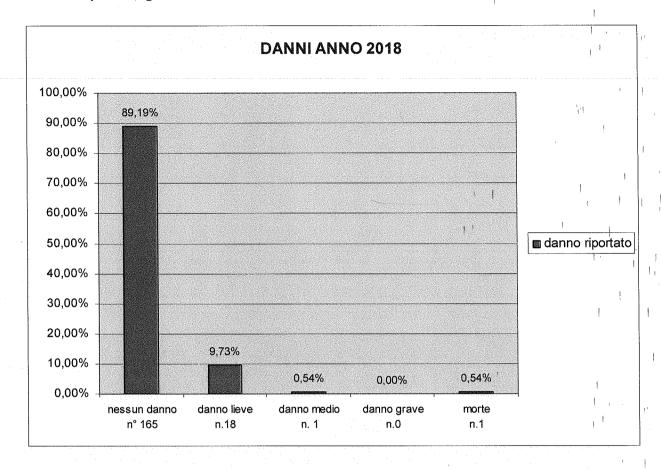
#

Pagina 8 di 20

Si rileva che tra il numero totale degli eventi dell'anno 2018 (n. 185 escluso le CADUTE), in n.165 casi non si è determinato alcun danno per il paziente, mentre in n.18 casi si è verificato un danno di grado LIEVE e in n.1 caso un danno di grado MEDIO.

Nel'anno 2018 si è verificato n.1 EVENTO SENTINELLA "SUICIDIO DI PAZIENTE IN OSPEDALE" che ha comportato la MORTE.

Grafico 1 Danni riportati dagli eventi "non cadute"



#### Coerenti azioni

Sulla base di tali dati, nel 2019 verranno rinforzati

il processo di identificazione del paziente e del farmaco;

la comunicazione tra membri dello staff

la completezza ed efficacia della gestione delle informazioni relative alla continuità di cura e al processo di pianificazione delle cure.

d

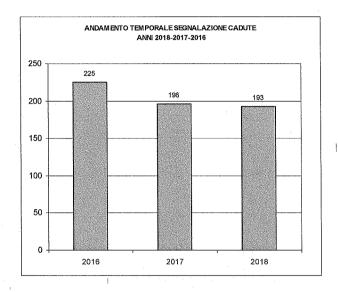
MY

#### Trend segnalazioni delle Cadute

Per quanto riguarda l'evento "cadute" oltre a proseguire la verifica della presenza della scheda di valutazione e rivalutazione del rischio all'interno delle cartelle cliniche, è stata attuata una attenta valutazione dell'efficacia delle azioni messe in atto a seguito della valutazione del rischio caduta, in particolare in quelle UU.OO. dove l'evento aveva un'alta frequenza o un elevato rischio di danno grave per il paziente. Di pari passo è stato mantenuto attivo il processo di pianificazione delle manutenzioni delle strutture (posizionamento ausili alla deambulazione, superamento di barriere, ecc.).

Le segnalazioni di cadute sono in leggera riduzione rispetto all'andamento dell'anno precedente (Grafico 1).





Il tasso aziendale delle cadute è leggermente aumentato (0,15) rispetto alla media regionale che risulta essere dello 0,13 (ultimo Benchmarking Regionale 11° edizione 2016) (si veda **tabella n. 3**)

In alcuni ambiti si evidenzia un incremento significativo delle cadute, ma tale dato a nostro avviso attiene all'implementazione del sistema di segnalazione delle stesse, rispetto all'anno precedente. Nel corso del corrente anno, saranno pianificate ed intraprese le necessarie ed opportune azioni di miglioramento (Gruppo GAD).

\$ JUL

#### Tabella n. 3

Tabella "TASSO di cadute per 100 gg degenza: confronto Tasso Aziendale e ปีบั.OO."

	to the second		outlook anno 2018 rispettoanno 2017
	20.16	2017	2018
Ch. Generale e Vascolare	0,09	0,07	0,06 positivo
Cardiologia	0,10	0,10	0,19 negativo
Gastroenterologia	0,14	0,02	0,16 negativo
Centro Cure sub Acute Soncino	0,29	0,22	0,18 positivo ma superiore azienda
MAU	, -,	,	0,14
Medicina Generale	0,20	0,17	0,15 positivo
Neurologia-Nefrologia	0,39	0,22	0,22 stabile ma negativo
Oncologia	0,09	0,06	0,15 negativo
Ortopedia	0,19	0,25	0,16 positivo
Orl/Oft	0,23	0,11	0,04 positivo
Ostetricia-Ginecologia	0,02	0,07	0,04 positivo
Pnl+UTIR	0,17	0,20	0,13 positivo
Pronto Soccorso	0,00	0,00	
Psichiatria/CRA	0,03	0,03	0,03 positivo
NPIA	nor	n calcolabile	
Rianimazione	0,00	0,00	: 1
Urologia	0,05	0,26	0,00 positivo
Pediatria	0,00	0,00	0,21 negativo
Riab delle Dipendenze	0,03	0,03	0,06 positivo
Riab Cardiologica	0,18	0,20	0,29 negativo
Riab Respiratoria	0,36	0,20	0,19 stabile ma negativo
Riab Neuromotoria	0,26	0,11	0,10 positivo
TASSO AZIENDA	0,17	0,14	0,15

Nella Tabella 4 sono descritte le caratteristiche dei pazienti caduti, ed in particolare si da evidenza del danno subito. Nell'anno 2018 non vi sono stati **danni gravi.** 

#### Tabella n.4-5

#### Anno 2018: distribuzione per sesso, età, momento della caduta e danno conseguito

N° CADUTE	Ses	sso	Momento della giornata			Danno					ETA'			
	Femmina	Maschio	Mattino	Pomeriggi o	Notte	Nessuno	Lieve	Moderat o	Severo	Grave	<65	66-74	75-84	>84
193	72	121	87	39	67	136	55	2	0	0	32	35	84	42
%	37.30	62.70	45.10 %	20.20%	34.70 %	70.46%	28.50%	1.04%	0	o	16.58%	18.13%	43.53%	21.76

#### Anno 2017: distribuzione per sesso, età, momento della caduta e danno conseguito

N° CADUTE	Sesso Momento della giornata			Danno					ETA'					
	Femmina	Maschio	Mattino	Pomeriggio	Notte	Nessuno	Lieve	Modera to	Severo	Grave	<65	66-74	75-84	>84
196	89	107	71	50	75	108	74	12	0	2	30	37	86	43
%	45.41%	54.59%	36.22%	25.51%	38.27%	55.10%	37.76%	6.12%		1.02%				

# M.

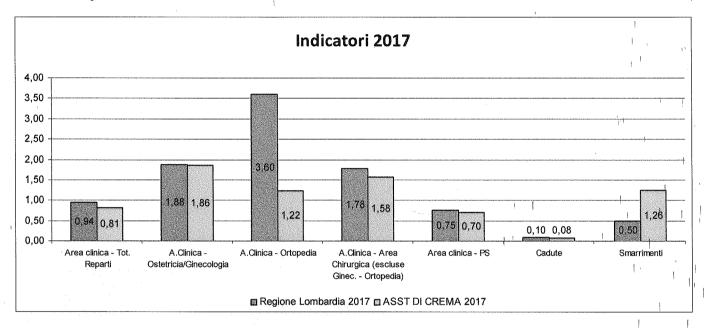
11

#### 4. Analisi della sinistrosità

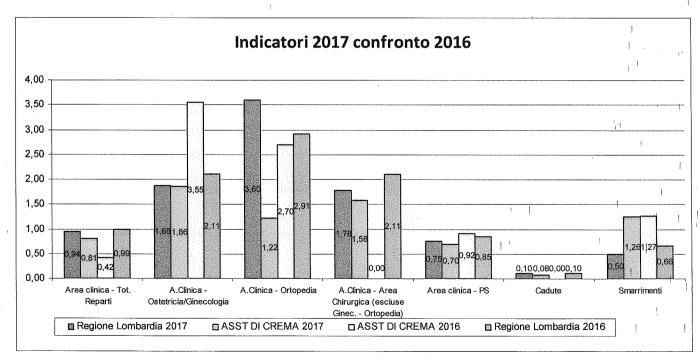
L' analisi dei sinistri è eseguita costantemente durante l'anno nell'ambito del Comitato di Valutazione Sinistri e nel Gruppo di Coordinamento per la Gestione del Rischio.

Di seguito si evidenzia il sistema di indicatori di Risk Management relativo alle richieste di risarcimento pervenute nell'anno 2017 (ultima rilevazione Regionale disponibile) relativi agli eventi accaduti negli anni 2016-2017 rapportati, per la maggior parte degli indicatori, alle giornate di degenza. Il risultato aziendale è rappresentato con un grafico che evidenzia il raffronto con la media regionale.

#### **GRAFICO 3**



#### **GRAFICO 4**



Piano Risk Management 2019-ASST DI CREMA

4 JUL

Pagina 12 di 20

A fronte dell'analisi di questi dati sono state implementate azioni correttive e preventive volte alla riduzione degli eventi avversi, sebbene gli indicatori di sinistrosità relativi all'ASST di Crema siano al di sotto della media regionale.

In riferimento alla sinistrosità dell'anno 2018 si riportano di seguito le tabelle relative alla Categoria di Sinistri e al tasso di incidenza per U.O.

L'errore diagnostico e l'errore chirurgico rappresentano le categorie di errore più frequente, mentre l'analisi del tasso di incidenza per giornate di degenza ha evidenziato un maggiore coinvolgimento delle Unità Operative di: Ostetricia e Ginecologia, Ortopedia e UU.OO. Chirurgiche.

#### Categoria di Sinistri 2018 trattati nel Comitato Valutazione Sinistri

#### Tabella n.6

Evento	N° casi
Errore diagnostico	5
Errore chirurgico	5
Infortunio sul lavoro	3
Danneggiamento cose	3
Caduta	3
Errore terapeutico	2

#### Tasso di incidenza dei sinistri – anno 2018 Tabella n.7

DENOMINAZIONE E I ! ! RIFERIMENTO DI CALCOLO	2018
TASSO DI INCIDENZA DEI SINISTRI PER 10.000 GG DI RICOVEF	₹0
ANATOMIA PATOLOGICA	0
CHIRURGIA GENERALE	1,20
CHIRURGIA PLASTICA	0
MEDICINA GENERALE	0,59
NEUROLOGIA	0
ORTOPEDIA	6,88
OTORINOLARINGOIATRIA	0
PEDIATRIA	0
ORTOPEDIA	6,13
TASSO SINISTRI AREA CHIRURGIA (DRG CHIRURIGICI) PER 10.000 GG I (DO+DH RIFERITI AI SOLI RICOVERI CON DRG CHIRURGICO	
UU.OO.CHIRURGICHE	6,88
OCULISTICA	4,51
TASSO DI INCIDENZA SINISTRI PER 10.000 PRESTAZIONI	4 - 15
NPIA	0
PRONTO SOCCORSO: Tasso sinistri Pronto Soccorso per accessi	0,0015
RADIOLOGIA: Tasso di incidenza dei sinistri numero prestazioni totali	0,0014

JWf

	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	RC ERRORE DIAGNOSTICO/n Ric (DO+DH ) in OG * 10.000	1,89
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	RC ERRORE CHIRURGICO /n RIC (DO+DH) in OG* 10.000	5,69
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	RC ERRORE TERAPEUTICO /n RIC (DO+DH) in OG* 10.000	1,89
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	Tasso di incidenza dei sinistri per 10.000 gg di ricovero	9,48
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	Tasso sinistri Area Ostetrico-Ginecologica per 10.000 gg di ricovero (DO+DH)	9,48

#### **IN EVIDENZA**

#### Elementi di successo

Risultati inferiori alla media Regionale;

in particolare i sinistri effettivamente risarciti sono significativamente inferiori;

#### Elementi di attenzione

- dalla disamina dei sinistri è emerso che rilevante importanza deve essere posta nella compilazione della documentazione sanitaria in ogni sua parte, con particolare attenzione agli aspetti di criticità clinico-assistenziali;
- Implementare un maggiore flusso di informazioni tra gli operatori sanitari;
- rinforzo delle procedure esistenti;
- sottoscrizione della nota informativa relativa al consenso informato come indicato nella Legge 219/2017 mediante adeguata rappresentazione dei rischi.

1 4 luf

#### 5. Raccomandazioni Ministeriali: stato di avanzamento

L'ASST Crema è impegnata nel monitoraggio e nella implementazione delle raccomandazioni ministeriali, come descritto nella tabella 6.

Tabella n.8 Stato di implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali alla data del 31/12/2018

	Raccomandazione	N. STD	% RAGG STD	E. M.	% RAGG. E. M.	OBJ STD
1	Raccomandazione sul corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio – KCI – ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio	29	(29-(1 NA)=28) 28/28=100%	33	(33-(1 NA) =32) 32/32=100%	100%
2	Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico	24	(23/24) 95.83%	41	(39/41) 95.12%	100%
3	Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura	18	(17/18) 94.44%	24	(22/24) 91.7%	100%
4	Raccomandazione per la prevenzione del suicidio in ospedale	18	(16/18) 88.9%	27	(21/27) 77.8%	95%
5	Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABo	16	(15/16) 93.75%	23	(22/23) 95.65%	100%
6	Raccomandazione per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	11	(5/11) 45,45%	20	(11/20) 55,00%	100%
7	Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	14	(14/14) 100%	20	(19/20) 1 <sub>95%</sub>	100%
8	Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	17	(13/17) 76,47 %	17	(13/17) 76,47 %	90%
9	Raccomandazione per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	20	(18/20) 90,00%	20	(18/20) 90,00%	100%
10	Raccomandazione per la prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati	13	(11/13) 84,61 %	15	(11/15) 73 <b>.</b> 33%	100%
11	Raccomandazione per la prevenzione di morte o grave danno conseguente al malfunzionamento del sistema di trasporto intra ed extra ospedaliero	21	(21/21) 100%	25	(25/25) 100%	100%
12	Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci "LOOKALIKE/SOUND-ALIKE"	15	(15-(3 NA) =12) 12/12=100%	67	(67-(24 NA) = 43) 41/43=95%	100%
13	Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del pazienti nelle strutture sanitarie	34	(33 /34) 97%	55	(53 /55) 96%	100%
14	Raccomandazione per la prevenzione degli errori di terapia con farmaci antineoplastici			181	163/181 = 90%	100%
15	Raccomandazione per la prevenzione di Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso	31	V-10	42	100%	100%
16	Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita	33		62	Stime: 70% Ostetricia 70% Pediatria	95%
17	Raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica	31	21/31 = 67%	47	38/47=80%	80% deg std
18	Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli.	Check List ND			1	

**Legenda:** 100% = Raccomandazione a regime.

A & MY

#### 6. Ambiti di Attività e Progetti specifici previsti per la sicurezza del paziente nel 2019

La pianificazione dell'attività di risk management per l'anno 2019 è articolata sia per ambiti di attività, sia attraverso lo sviluppo di **tre progetti specifici**, scelti in coerenza sia con le aree maggiormente rappresentate dalle diverse fonti aziendali che con le Linee Guida Regionali.

#### **AZIONI SPECIFICHE**

Le iniziative **complessivamente** poste in essere in accordo agli obiettivi 2019 espressi nelle Linee Guida riguarderanno le aree qui di seguito indicate.

- 1) RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI: proseguirà l'attività di completamento e revisione, della implementazione a livello aziendale, dell'applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali, come da tabella già riportata.
- 2) AREA TRAVAGLIO / PARTO: proseguiranno le attività previste dalle Linee Guida, relativamente alla "sorveglianza della mortalità materna e perinatale", proseguirà il "progetto Trigger", mediante l'identificazione e gestione precode dei segnali di allerta materno-fetali, ed in particolare si porrà attenzione nel rafforzare il collegamento tra Ospedale e Territorio, anche mediante progetto specifico. Inoltre, saranno realizzati percorsi formativi aziendali.

#### 3) AREA INFEZIONI

- SEPSI: In continuità con il percorso regionale di lotta alla SEPSI, sotto la regia del CIO aziendale, saranno
  effettuati audit strutturati per verificare l'efficace applicazione dei "protocolli SEPSI" attivi in azienda.
- PREVENZIONE DELLE INFEZIONI NELLA RETE OSPEDALE- STRUTTURE SOCIO-ASSISTENZIALI (RSA, Cure Intermedie, IDR, SubAcuti): le iniziative sono orientate a condividere protocolli di isolamento, indicazione, profili di cura e trattamento delle principali infezioni del paziente anziano peculiari delle popolazione ospite delle strutture del territorio, protocolli di gestione del cittadino nei diversi setting assistenziali per selezionare le appropriate necessità di ricovero nell'ospedale per acuti, protocolli di isolamento dei pazienti con germi multi resistenti;
- 4) SICUREZZA DEL PAZIENTE IN SALA OPERATORIA: prosegue l'attenzione a questa tematica; in particolare anche a fronte della nuova "check-list chirurgia sicura 2.0" (Decreto n. 1275 Direzione Generale Welfare, Regione Lombardia) e delle specifiche Raccomandazioni Ministeriali (RM n.2: ritenzione garze e strumenti nel sito chirurgico; RM n.3: corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura); l'applicazione di quanto contenuto nelle Linee Guida per la Prevenzione delle Infezioni del Sito Chirurgico pubblicate da OMS nel Novembre 2016 e da CDC nell'agosto 2017, sarà programmato e avviato l'utilizzo dei nuovi strumenti di check-list: "Check List di Sistema" e "Check List Paziente" come strumento di assessment del paziente candidato ad intervento chirurgico.
- 5) RISCHIO NELL'UTILIZZO DEI FARMACI: si conferma l'impegno prioritario in questo ambito anche per il 2019; sul fronte Farmacovigilanza sarà approfondito il tema "interazioni farmacologiche nelle politerapie" con la predisposizione di una scheda di riconciliazione farmacologica (Raccomandazione n.17) che i cittadini potranno pre-compilare prima di accedere alle cure, come strumento di integrazione e sicurezza delle cure; si porrà anche attenzione alla continuità di applicazione della Raccomandazione n. 14 sui farmaci antineoplastici, da tempo a regime in Azienda.

Je sluf

Pagina 16 di 20

#### 6) PROGETTI SPECIFICI

# PROGETTO - Scheda n° 1: "APPLICAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE 18: PREVENZIONE DEGLI ERRORI IN TERAPIA CONSEGUENTI ALL'USO DI ABBREVIAZIONI, ACRONIMI, SIGLE, SIMBOLI"

In accordo con le Linee Guida Regionali di Risk Management 2019 si intraprende il percorso di applicazione della Raccomandazione n.18 mediante la costituzione di un gruppo di lavoro. Tale approccio nasce dalla convinzione che "L'uso non standardizzato di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli, può indurre in errore e causare danni ai pazienti". Il Gruppo ha evidenziato gli item raggiungibili e questi costituiranno obiettivo per l' anno in corso, al fine di promuovere l'adozione di un linguaggio comune tra medici, farmacisti e infermieri.

È stato condiviso ed elaborato il Progetto specifico di cui alla Scheda N. 1 qui allegata.

#### PROGETTO - Scheda n° 2: "RETE MATERNO-NEONATALE NEL PERCORSO NASCITA. INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO"

In accordo con le Linee Guida Regionali di Risk Management 2019, dalla valutazione dei rischi e dalle condizioni organizzative è emersa la necessità di mantenere una particolare attenzione all'area ostetrico ginecologica ed in particolare la definizione di un modello assistenziale territorio-ospedale-territorio, differenziato per il Percorso Nascita Fisiologico (fisiologico versus a rischio) mediante opportuni modelli organizzativi, assistenziali, documentali. Promuovere e garantire una appropriata assistenza mediante un percorso che si snoda attraverso la gravidanza, il parto, il periodo post-natale e le cure del neonato. Dotare l' area di una progettualità dedicata rappresenta uno strumento organizzativo preventivo efficace e di governo della sicurezza. Pertanto è stato condiviso ed elaborato il Progetto specifico di cui alla Scheda N. 2 qui allegata.

# PROGETTO - Scheda n° 3: "Piano di prevenzione e governo del rischio da infezione nelle strutture socio-sanitarie della asst"

In accordo con le valutazioni espresse dal Comitato Infezioni Ospedaliere del 2017 e del 2018 e con le Linee Guida Regionali di Risk Management 2019 proseguirà l'attività già avviata nel 2018 con specifiche azioni condivise per rivedere, aggiornare e monitorare il processo di prevenzione e governo delle infezioni nel paziente/cittadino ospite/ricoverato nelle strutture del territorio della ASST attivando specifiche, mirate, condivise e strutturate azioni. Pertanto è stato condiviso ed elaborato il Progetto specifico di cui alla Scheda N. 3 qui allegata.

S

Pagina 17 di 20

#### 7. Formazione

Nell'ambito del Piano di Formazione Aziendale (PFA) per l'anno 2019 (DGR 102/2019) sono stati inclusi diversi interventi formativi coerenti con gli obiettivi espressi nelle Linee Guida di Risk Management per il 2019. Essi sono qui di seguito indicati e saranno rendicontati a fine anno mediante le relative schede allegate alle Linee Guida.

#### Formazione prevista dal piano formativo di Eupolis.

Sarà favorita la partecipazione dei professionisti alle iniziative formative nell'ambito del Risk Management, proposte dalla DG Welfare di Regione Lombardia e previste dal Piano Formativo di Eupolis.

## Nello specifico la descrizione delle attività previste è descritta nelle tabelle seguenti.

#### Tabella n.9

Codice	Titolo dell'evento	Tipologia Evento
2019311	CORRETTA PRESCRIZIONE ED IMPIEGO DEGLI ANTIBIOTICI	ATTIVITA' FORMATIVA TRASVERSALE
2019313	INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO (ISC): PROCEDURA DI MEDICAZIONE FERITA CHIRURGICA	ATTIVITA' FORMATIVA TRASVERSALE
2019312	INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO (ISC): UN PROBLEMA SOTTOSTIMATO	ATTIVITA' FORMATIVA TRASVERSALE
2019314	REGOLE DI PRESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI	ATTIVITA' FORMATIVA TRASVERSALE
2019315	CORRETTO UTILIZZO DELLE CODIFICHE SDO	ATTIVITA' FORMATIVA TRASVERSALE
2019007	"ADDETTO PREVENZIONE INCENDIO RISCHIO ELEVATO"	FORMAZIONE SICUREZZA D. Lgs. 81/08
2019077	"PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA" (CIO)	FORMAZIONE RETI
2019075	"GRUPPO OPERATIVO DEL CIO"	FORMAZIONE RETI
2019266	"GESTIONE DEL RISCHIO: ANALISI PROATTIVA DEI PROCESSI E METODI DI RILEVAZIONE DEI RISCHI"	FORMAZIONE RETI
2019114	"PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA: IL LAVAGGIO DELLE MANI"	FORMAZIONE FAD - PIATTAFORMA ENEA
2019113	"IL RISCHIO IN SALA OPERATORIA"	FORMAZIONE FAD - PIATTAFORMA ENEA
2019050	"AGGIORNAMENTO PER IL TRASPORTO IN SICUREZZA DEL PAZIENTE: RETRAINING SUGLI ASPETTI CLINICI E ORGANIZZATIVI"	PROGETTI DIPARTIMENTALI
2019191	"REVISIONE PROTOCOLLI RIABILITATIVI SECONDO LINEE GUIDA DOPO L'ENTRATA IN VIGORE DELLA LEGGE GELLI (8 marzo 2017 №24) IN MATERIA DI SICUREZZA DELLE CURE E DELLE PERSONE ASSISTITE"	RIABILITAZIONE RESPIRATORIA
2019037	" I PROCESSI QUALITATIVI E DI SICUREZZA NEL DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIRURGICHE"	PROGETTI DIPARTIMENTALI
2019131	"DISCUSSIONE CASI CLINICI E AGGIORNAMENTO PROCEDURE IN U.O OSTETRICIA E GINECOLOGIA, TRIGGER OSTETRICI"	OSTETRICIA E GINECOLOGIA
2019051	"LE SIMULAZIONI IN OSTETRICIA"	OSTETRICIA E GINECOLOGIA
2019049	"RETRAINING DI MANOVRE OSTETRICHE"	OSTETRICIA E GINECOLOGIA
2019078	"SVILUPPO SISTEMA QUALITA' DIREZIONE MEDICA DEI PRESIDI"	DIREZIONE MEDICA DEI PRESIDI

& My

#### Tabella n.10

Codice	Tilolo dell'evento	Area di competenza / Modalità
2018163	"PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA: IL LAVAGGIO DELLE MANI"	ATTIVITA' FORMATIVA TRASVERSALE
2018113	"Retraining P.B.L.S.D Paediatric Basic Life Support Defibrillation "	ATTIVITA' FORMATIVA TRASVERSALE
2018327		ATTIVITA' FORMATIVA TRASVERSALE
2018137	MONITORAGGIO INFEZIONI DEGLI ACCESSI VASCOLARI PER EMODIALISI 2018	DIPARTIMENTO CARDIOCEREBROVASCOLARE
2018247	" LA VENTILAZIONE MECCANICA NON INVASIVA E L' OSSIGENOTERAPIA NEL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE CON INSUFFICIENZA RESPIRATORIA ACUTA E ACUTA SU CRONICA	DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE DIPARTIMENTO DIREZIONE MEDICA E
2018040	GRUPPO OPERATIVO DEL CIO	AMM.VA DI PRESIDIO
2018038	GRUPPO OPERATIVO DELLE ICA	DIPARTIMENTO DIREZIONE MEDICA E AMM.VA DI PRESIDIO
2018035	PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (CIO) "AGGIORNAMENTO IN TEMA DI SICUREZZA E RESPONSABILITA" DELL'INFERMIERE IN SALA	DIPARTIMENTO DIREZIONE MEDICA E AMM.VA DI PRESIDIO DIPARTIMENTO EMERGENZA - AREA
2018213	OPERATORIA"	CRITICA III
2018206	"PARTO CESAREO IN EMERGENZA: RUOLO, FUNZIONE E RESPONSABILITA' DELL'INFERMIERE DI TERAPIA INTENSIVA NELL'ASSISTENZA ALL'ANESTESIA - TIROCINIO PRATICO"	DIPARTIMENTO EMERGENZA - AREA CRITICA
2018016	"PICS -POST-INTENSIVE CARE SYNDROME - APPLICABILITA' DEI BUNDLE IN TERAPIA INTENSIVA"	
2018195	PECULIARITA' E GESTIONE DEL PAZIENTE PEDIATRICO IN SALA OPERATORIA E IN D.E.A.	DIPARTIMENTO EMERGENZA - AREA CRITICA
2018037	" I PROCESSI QUALITATIVI E DI SICUREZZA NEL DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIRURGICHE" "DISCUSSIONE CASI CLINICI E AGGIORNAMENTO PROCEDURE IN U.O. OSTETRICIA E	DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE
2018080	GINECOLOGIA, TRIGGER OSTETRICI"	DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE
2018079	"INQUADRAMENTO E GESTIONE DEL RISCHIO OSTETRICO. DEFINIZIONE DI PERCORSI DISTINTI DELLA GRAVIDA A BASSO MEDIO e/o ALTO RISCHIO ALL'ACCETTAZIONE DELLE PARTORIENTI"	DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE
2018012	"L'ECOGRAFIA OSTETRICA OFFICE - PARTE PRATICA"	DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE
2018011	"RETRAINING DI MANOVRE OSTETRICHE"	DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE
2018078	LE SIMULAZIONI IN OSTETRICIA	DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE
2018005	"GESTIONE DEL NEONATO CRITICO E STABILIZZAZIONE IN ATTESA DELLO STEN"	DIPARTIMENTO SCIENZE MEDICHE
2018009	"GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA IN PEDIATRIA"	DIPARTIMENTO SCIENZE MEDICHE
2018149	"NUOVI FARMACI ONCOLOGICI ORALI E LE LORO INTERAZIONI"	DIPARTIMENTO SCIENZE MEDICHÉ
2018004	RETRANING IN RIANIMAZIONE NEONATALE	DIPARTIMENTO SCIENZE MEDICHE
2018186	SOFTWARE PER LA TRACCIABILITA' DELLE BOMBOLE GAS MEDICINALE: ADDESTRAMENTO	U.O. E STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA
201803	SVILUPPO SISTEMA QUALITA' DIREZIONE MEDICA DEI PRESIDI	U.O. E STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA
2018180	VIGILFARMACO : LA SEGNALAZIONE ONLINE DI REAZIONI AVVERSE AI FARMACI	U.O. E STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA

# My

#### Allegati

Progetto 1 Applicazione della Raccomandazione 18: prevenzione degli errori in terapia

conseguenti all' uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli

Rete Materno-Neonatale nel percorso nascita. Integrazione Ospedale-Territorio. Progetto 2

Piano di Prevenzione e governo delle infezioni dei cittadini nel percorso fra Strutture Progetto 3

Socio-Sanitarie del territorio ed Ospedale per acuti.

1 & My

# All. 1 Linee Operative Risk Management Anno 2019

,	AND ASSET T REST USE AT 1800 CENT AND ASSET ASSET ASSET ASSET	4 3 5 5 6 6 6 6 6 6	1,					
	SCHEDA PROGETTO -	ANNO 2019	111					
ASST/IRCCS/ATS	ASST Crema							
Risk Manager	Ing. Italo Cecchinelli		ţ					
1. Titolo del Progetto		pplicazione della Raccomandazione 18: prevenzione degli errori in terapia conseguenti all' so di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli						
2. Motivazione della scelta	gestione del farmaco in ospedale e s pazienti, influenzando negativament pazienti. A tale proposito risulta fonda definizioni che garantisca un linguag	utilizzo di abbreviazioni, sigle, acronimi sebbene sia una prassi consolidata durante la fase di estione del farmaco in ospedale e sul territorio puo' portare ad errori e provocare danni ai azienti, influenzando negativamente la comunicazione tra operatori sanitari e tra questi e i azienti. A tale proposito risulta fondamentale la standardizzazione della terminologia e delle efinizioni che garantisca un linguaggio comune fra medici, farmacisti e infermieri all' interno ell' organizzazione sanitaria e con altre organizzazioni, garantendo la sicurezza nella gestione ei farmaci						
3.Area di RISCHIO	Rischio Farmaci		1					
se ALTRO, specificare:			1					
4. Ambito Aziendale P.O/U.O. /Ambito ove verrà attuato il progetto:	Ambito aziendale ( Asst di Crema )	: Processo di sicurezza del paz	ziente					
5. Nuovo/Prosecuzione	Nuovo							
6. Durata Progetto	2 anni	2 anni						
7. Obiettivo	Individuazioni di modalità efficaci di abbreviazioni aderenti alla raccoma terapia farmacologica in ambito osp	ndazione n.18, a tutela dei paz	_					
8. Realizzazione/Prodotto Finale	(PO04: procedura organizzativa di s per la Gestione/ Prescrizione/Somm	Avvio di un percorso organizzativo che preveda la revisione delle procedure aziendali in essere (PO04: procedura organizzativa di somministrazione terapia; PO02: procedura organizzativa per la Gestione/ Prescrizione/Somministrazione di terapia oncologica; SO01_01: Lista degli acronimi e delle abbreviazioni 2016) in accordo con le disposizione della Raccomandazione n						
9. Strumenti e metodi Gli obiettivi progettuali saranno raggiunti mediante una metodologia che prevede i seguenti strumenti e metodi: 1)-composizione di un gruppo di lavoro multidisciplinare dedicato allo studi della problematica specifica 2)studio di fattibilità dell' implementazione della Raccomandazione 3) revisione delle procedure esistenti in azienda, relativamente all' uitlizzo di sigle e acronimi non condivisi 4) Predisposizione di procedura/istruzione opertiva specifica								
• ,	Risultato	Indicatore	Dati della Misurazione a fine anno					
	Diffusione della Raccomandazione num.18: standardizzazione di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli secondo le modalità operative indicate nella procedura.	Verbale di diffusione della raccomandazione entro Aprile 2019	Presenza del verbale di diffusione della Raccomandazione					
		1						

1 4

MY

# All. 1 Linee Operative Risk Management Anno 2019

·	Riunione del Gruppo Multidisciplinare entro Maggio 2019	Verbale di Riunione del Gruppo Multidisciplinare
Revisione delle Procedure Esistenti e della Lista degli	Revisione delle procedure e della lista degli acronimi e	Revisione delle procedure esistenti e della Lista degli
acronimi e abbreviazioni.	abbreviazioni entro Ottobre 2019	acronimi e abbreviazioni.
Incontri formativi di diffusione della Raccomandazione n.18 per	Evidenza di incontri formativi all'interno delle riunioni	Evidenza della diffusione della Raccomandazione
Dipartimento e Servizi	dipartimentali entro Dicembre 2019	mediante verbale degli incontri formativi
monitoraggio e verifica periodica dell'applicazione della	verifica e controllo delle cartelle cliniche (Marzo	verifica del 10% delle cartelle cliniche chiusi per ogni mese
raccomandazione	2020)	da Gennaio a Marzo 2020 per tutte le U.O. coinvolte

1 & My

SCHEDA DI PROGETTO

Pianificazione del Progetto (Cronoprogramma)

Azienda

Risk Manager

Titolo del Progetto

A:O.OSPEDALE MAGGIORE DI CREMA ING. ITALO CECCHINELLI Applicazione della Raccomandazione n 18: prevenzione degli errori in terapia conseguenti all' uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli.

2020								-
Dicembre							ı	
Novembre				1 (		-		
Ottobre		10.				1	!	
Settembre				y !	1			
otsogA							1	
rnājio						1.	ı	
onguið								- 1 (
oiggsM				·			1	'
əlinqA								
ozieM								
Febbraio								
oisnnað								
RESPONSABILITA'	Responsabile U.O. Qualità	Referente del Gruppo di Lavoro Multidisciplinare	Referente del Gruppo di Lavoro Multidisciplinare	Referente del Gruppo di Lavoro Multidisciplinare				and the second s
RISORSE	U.O. Qualità	Gruppo di Lavoro Multidisciplinare ( U.O. Farmacia; S.I.T.R.A.; DMPO; Dipartimento Medico; Dipartimento Chirurgico; Dipartimento Riabilitativo; DSM; Dipartimento Cardio-cerebro-vascolare	Gruppo di Lavoro Multidisciplinare	Gruppo di Lavoro Multidisciplinare		***	Lan.	The state of the s
FASI	implementare la conoscenza della Raccomandazione 18: standardizzazione di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli ,mediante l' informazione capillare a tutte le uo dell' ASST	Istituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinareper aggiornare le procedure aziendali esistenti facendo riferimento ai contenuti della Raccomandazione 18	Programmare incontri formativi di diffusione della Raccomandazione 18 mediante riunioni dipartimentali	monitorare e verificare periodicamente l'applicazione della raccomandazione mediante il controllo della documentazione sanitaria utilizzata e prodotta durante le fasi di gestione del farmaco in ospedale e sul territorio inclusa la lettera di		The state of the s	omen en e	term con

#### Progetto2\_RISCHIO OSTETRICIA\_2018

ASST_IRCCS_ATS	ASST - CREMA		
Risk Manager	Ing, Italo Cecchinelli		1
1. Titolo del Progetto	Rete Materno-Neonatale nel percorso nascita. Integ	grazione Ospedale-Territorio.	
2. Motivazione della scelta	Percorso assistenziale ostetrico - ginecologico del i	percorso nascita a gestione ostetrica	
3.Area di RISCHIO	Travaglio/Parto		1
4. Ambito di intervento	se ALTRO, specificare: U.O. Ostetricia e Ginecologia, Pediatria, Consultor	io.	1
5. Nuovo/Prosecuzione	Nuovo		
6. Multiaziendale		NO	11
6.a Se Sì indicare le Aziende compartecipanti al progetto:			1
7. Obiettivi specifici	mutildisciplinare di professionisti. Definire un modello assisti opportuni modelli organizzativi e assistenziali. Promuovere predisposizione di uno strumento documentale integrato pi	enziale territorio-ospedale-territorio, differenziato per il Perco e garantire una appropriata assistenza mediante: 1) val er: - accertare e confermare la normale evoluzione della viduale (PAI) appropriato; - consentire la tracciabilità, per le	assistenza attraverso la presa in carico da parle di una rete rso Nascita Fisiologico (fisiologico versus a rischio) mediante utazione degli eventi trigger, near miss e eventi avversi; 2) gestazione; identificare le condizioni di rischio materno e diverse attività assistenziali-diagnostico-terapeutiche svolte, di
8. Strumenti e metodi	predisposizione di un Percorso Diagnostico Terapeutico tramite audit clinici.	Assistenziale; eventi formativi; rilevazione e analisi di e	venti significativi (near miss, trigger, eventi avversi) anche
9. Realizzazione/prodotto finale	- report di Audit interno complessivo della U.O. almeno semes	ato alla gestione integrata ospedale territorio, del percorso nass strale; ioni intraprese (formazione del gruppo di lavoro, valutazione de	
10. Durata		1 anno	
11. Risultati e indicatori	Risultato Analisi degli eventi Trigger rilevati Costituzione del Gruppo di Lavoro percorso Nascita (U.O.	Indicatore Report di avvenuta analisi (30.04.2019; 31.08.2019; 31.12.2019) Evidenza della riunione del Gruppo Percorso Nascita entro	Dati della Misurazione a fine anno verbali di analisi
	Ostetricia e Ginecologica, U.O. Pediatria, Consultorio.	Maggio 2019	
	Revisione e analisi delle schede esistenti per la costruzione di un unico strumento documentale a supporto del PDTA	costruzione del PDTA percorso nascita ospedale-territorio	Evidenza PDTA entro Dicembre 2019

H. My

pag. 1 di 1

Scheda\_ProgettoZ\_RischioOSTETRICIA\_2019

SCHEDA DI PROGETTO: Progetto2\_RISCHIO OSTETRICIA\_2018

Pianificazione del Progetto (Cronoprogramma)

Azienda

Risk Manager

Titolo del Progetto

Ing. Italo Cecchinelli ASST - CREMA

Rete Materno-Neonatale nel percorso nascita. Integrazione Ospedale-Territorio.

Dicembre				l		
Movembre						
Ottobre						
Settembre						
ojsobA					14.11	
rnglio						
Oilugno						
Maggio						
əlinqA						
OZISM		·				
Febbraio						
gt-nəg						
RESPONSABILITA'	responsabile U.O. Ostetricia e Ginecologia	responsabile U.O. Ostetricia e Ginecologia	responsabile U.O. Ostetricia e Ginecologia			
RISORSE	U.O. Ostetricia e Ginecologia	Gruppo di Lavoro percorso Nascita	Gruppo di Lavoro percorso Nascita			
Ø	akisi degli eventi Trigger rilevati	sifuzione del Gruppo di Lavoro rcorso Nascita (U.O. Ostetricia e necologica, U.O. Pediatria, ansultorio.	visione e analisi delle schede ekstenit per la Gruppo di Lavoro intrizione di un unico strumento documentale percorso Nascita			

# Progetto3\_RISCHIO PREVENZIONE E GESTIONE INFEZIONI NELLE STRUTTURE SOCIO-SANITARIE DELLA ASST CREMA\_2018

ASST_IRCCS_ATS ASST - CREMA							
Risk Manager	Ing. Italo Cecchinelli						
1. Titolo del Progetto	Piano di prevenzione e governo del rischio da infez	ionene nelle Strutture Socio-Sanitarie della ASST					
2. Motivazione della scelta	Necessità di controllare la comparsa di resistenze a orientate alla appropriata gestione delle infezioni ne del territorio condiise con l' Ospedale per acuti;	agli antibiotici attuando azioni preventive sistemiche ei pazienti ricoverati nelle strutture socio-sanitarie					
3,Area di RISCHIO	Infezioni - Sepsi						
4. Ambito di intervento	se ALTRO, specificare: Presidio Ospedale per acuti, Presidio Riabilitativo,	Sub Acuti, Strutture siocio-sanitarie del territorio;					
5. Nuovo/Prosecuzione	Prosecuzione						
6. Multiaziendale		SI					
6.a Se Sì indicare le Aziende compartecipanti al progetto:	Partecipano le strutture socio sanitarie del territorio						
7. Obiettivi specifici	gestione delle infezioni nel pazienti ospiti e ricoverati;Condivide Applicare protocolli di gestione dei pazienti multiresistenti						
	Elaborare Protocolli di gestione del pazienti nei diversi settin acuti;	Uniformare i protocolli di gestione e trattamento del pazienti con infezioni respiratorie e vie urinarie; Elaborare Protocolli di gestione del pazienti nei diversi setting assistenziali e definizione di criteri di trasferimento all' H per acuti; Definire modallità di relazione (consulenza ecc.) fra esperti per la gestione di casi particola					
8. Strumenti e metodi	studio e predisposizione di protocolli; incontri fra profess	sionisti; rilevazione e analisi di casistica; e audit clinici.					
9. Realizzazione/prodotto finale  Disponibilità di protocolli di gestione dei pazienti multiresistenti Protocolli di gestione e trattamento dei pazienti con infezioni respiratorie e delle vie urinarie; Protocolli di gestione dei pazienti nei diversi setting assistenziali Criteri di trasferimento all' H per acuti; Modalità di relazione (consulenza ecc.) fra esperti per la gestione di casi particolari Revisione delle dotazioni farmaci - disponibilità di protocolli di gestione Report di Audit interno complessivo almeno semestrale; Evidenze oggettive circa l'attuazione delle azioni di miglioramento intraprese							
10. Durata	2	anni					
11. Risultati e indicatori	Risultato  Coinvolgimento delle strutture socio-sanitarie alla progettazione e pianificazione di azioni di gestione delle infezioni a livello ASST, evidenziata da presenza al CIO dei direttori sanitari o di rappresentanti delle strutture socio sanitarie del territorio;	Indicatore Evidenza nei verbali del CIO e di Gruppo Operativo della presenza dei rappresentanti delle strutture socio sanitarie (almeno 2 verbali/anno)					
	Le strutture del territorio devono disporre di protocolli di gestione dei pazienti colonizzati ed infetti da germi	l Protocolli sono condivisi fra le strutture socio-sanitarie e l' H					
	Protocolli di gestione e trattamento dei pazienti con infezioni respiratorie e delle vie urinarie;	I Protocolli sono condivisi fra le strutture socio-sanitarie e l' H					
	Protocolli di gestione dei pazienti nei diversi setting assistenziali	setting)					
	Modalità di relazione (consulenza ecc.) fra esperti per la gestione di casi particolari	Indicazioni relativamente alle modalità di attivazione di consultazioni fra sanitari dei diversi setting					
	Revisione delle dotazioni farmaci - disponibilità di protocolli di gestione	Reporti di analisi delle disponibilità dei farmaci e delle DDD impiegate					
	Report di Audit interno complessivo almeno semestrale;	Report ogni 6 mesi					
	Evidenze oggettive circa l'attuazione delle azioni di Verfica con check list a campione)della applicazione miglioramento intraprese delle misure condivise di -isolamento -trasferimento -trattamento						





SCHEDA DI PROGETTO: Progetto3\_RISCHIO PREVENZIONE E GESTIONE INFEZIONI NELLE STRUTTURE SOCIO-SANITARIE DELLA ASST CREMA\_2018

Pianificazione del Progetto (Cronoprogramma)

Azienda

Risk Manager

Titolo del Progetto

Ing. Italo Cecchinelli ASST - CREMA

='Scheda progetto'ID7:E7

Dicembre					· · · · · I			
Novembre								
Ottobre								
Settembre								
Agosto								
ojjônŋ								
Giugno								
oiggaM								
Aprile								
Marzo								
Febbraio								
61-n9g								
Dicembre								
Novembre								
Ottobre								
Settembre								
otsogA								
oji6n7						<del></del>		
Oilugio								
OiggeM						-		
elinqA einneM								
OZISM								
Febbraio								
gen-18								
77.3	0				a.		0	
RESPONSABILITA'	Direttore e Responsabile CIO	Gruppo operativo	Infermiera addetta infezioni(coordinamento)	Infermiera addetta infezioni(coordinamento)	Infettivologo-Direttore UO Dip Scienze Mediche	Componente della Farmacia nel CIO	Direttore e Responsabile CIO	Infermiera addetta infezioni(coordinamento)
RISORSE	Direzione Medica dei Presidi ASST	CIO, Gruppo Operativo, Referenti Strutture, Infettivologo,	Gruppi Operativi ad hoc Infermiera addetta con componenti di tutte le Infezioni (coordinamento) strutture	Gruppi Operativi ad hoc Infermiera addetta con componenti di tutte le infezioni(coordinamento) strutture	Gruppi Operativi ad hoc Infettivologo-Diret con componenti di tutte le Scienze Mediche strutture	Farmacia e referenti strutture	Direzione Medica dei Presidi ASST	CIO, Gruppo Operativo
<u>R</u>		Le strutture del territorio devono disporre di protocolli di gestione dei pazienti colonizzati ed infetti da germi	Protocolli di gestione e trattamento dei pazienti con infezioni respiratorie e delle, vie urinarie;	Protocolli di gestione dei pazienti nei diversi setting assistenziali	Modalità di relazione (consulenza ecc.) fra esperti per la gestione di casi particolari	Revisione delle dotazioni farmaci disponibilità di protocolli di gestione	Report di Audit interno complessivo almeno semestrale;	Evidenze oggettive circa l'attuazione delle azioni di miglioramento intraprese

raggiungimento/verifica attività preparatorie ---consolidamento

legenda

\_\_ pag. 1 di 1

- Marine

-Scheda\_Progetto3\_RischiolNFEZIONI STRUTTURE SOCIO-ASSISTENZIALI\_2019