Sistema Socio Sanitario
Ospedale Maggiore
Regione Lombardia
ASST Crema

VERBALE DI DELIBERAZIONE n. 187

U.O. Direzione Medica dei Presidi

Responsabile del procedimento: Roberto Sfogliarini

VERBALE DI DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

ASST DI CREMA

Il giorno 10 Maggio 2018 presso la sede legale, il Direttore Generale Dott. Luigi Ablondi ha adottato la seguente deliberazione

OGGETTO: **APPROVAZIONE PIANO INTEGRATO MIGLIORAMENTO ORGANIZZAZIONE (PIMO) - ANNI 2018/2020**

con l'assistenza del Direttore Amministrativo Dott. Guido Avaldi che svolge le funzioni di Segretario.

Si attesta che la copia del presente atto viene pubblicata mediante affissione all'Albo, ove rimarrà per 15 giorni consecutivi.

Dal 11/05/2018 al 25/05/2018

f.to Il Direttore Amministrativo
Dott. Guido Avaldi

Crema, 11/05/2018

IL DIRETTORE GENERALE

Richiamata la seguente normativa nazionale e regionale

- D.Lgs. 30/12/1992 n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria" e smi;
- DPCM 12/01/2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502";
- L.R. 30/12/2009 n. 33 "Testo unico delle leggi regionali in materia di Sanità" così come modificato dalla L.R. 11/08/2015 n. 23;

Richiamato il D.M. 2/04/2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" che definisce, anche al fine di garantire la tutela della salute, di cui all'articolo 32 della Costituzione, in modo uniforme per l'intero territorio nazionale, gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture sanitarie dedicate all'assistenza ospedaliera;

Visto il D.M. Salute 21/06/2016 "Piani di cui all'articolo 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, per le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) o gli altri enti pubblici" dove nell'allegato tecnico B "Metodologia per l'individuazione degli ambiti assistenziali e la definizione dei parametri di riferimento relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure" sono descritte le indicazioni e i parametri di riferimento per la valutazione e le linee guida per la predisposizione dei piani di cui all'art. 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208;

Vista la L. 8/3/2017 n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie";

Considerato che il modello innovativo di governo del SSR previsto dalla Regione Lombardia con la LR n. 23/2015 ha la finalità di assicurare un elevato livello di qualità dell'assistenza, individuando modalità di erogazione e presa in carico orientati all'efficienza e all'appropriatezza.

Vista la DGR n. X/4496 del 10/12/2015 inerente la costituzione dell'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale di Crema (ASST) a seguito dell'attuazione delle LR. n. 23/2015;

Richiamata la DGR n. X/3652 del 5/6/2015 con cui si approva il Programma integrato di miglioramento dell'organizzazione (PIMO)" destinato a tutte le strutture del SSL al fine di:

- migliorare la qualità e la sicurezza dell'assistenza sanitaria;
- promuovere un sistema di verifica della qualità e sicurezza del paziente presso le strutture sanitarie per la messa a regime di un modello di sviluppo integrato che permetta una valutazione complessiva a livello regionale;
- monitorare il miglioramento continuo della qualità e sicurezza del paziente attraverso indicatori;

Dato atto che nel documento "Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione" di cui alla DGR X/3652/2015 sono contenute le prime indicazioni per lo sviluppo del Programma Integrato di Miglioramento e che le stesse sono state implementate nella piattaforma PrIMO sviluppata all'interno del Portale di Governo di Regione Lombardia;

ASST DI CREMA

Vista la DGR n. X/7543 del 18/12/2017 ad oggetto "Determinazioni relative al Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione: Piattaforma PrIMO" con cui si aggiorna e completa il Programma integrato per il miglioramento dell'organizzazione di cui alla DGR X/3652/2015;

Vista la nota del 22/03/2016, prot. n. 6916, con la quale viene individuato il Responsabile aziendale PIMO nella persona del dott. Roberto Sfogliarini, Direttore della Direzione Medica dei Presidi;

Richiamata la DGR n. X/7600 del 20/12/2017 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2018";

Dato atto che con la DGR X/6730 del 19/06/2017 è stato approvato il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Crema;

Considerata inoltre la seguente pianificazione aziendale:

- Piano annuale dell'attività di Audit – anno 2018, adottato con delibera n. 21/2018;
- Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (triennio 2018/2020), adottato con delibera n. 31/2018;
- Piano della formazione 2018, adottato con deliberazione n. 78/2018;
- Piano della comunicazione anno 2017/2018, adottato con deliberazione n. 473/2017;
- Piano della performance per il triennio 2016/2018, adottato con delibera n. 358/2017;
- Piano di risk management anno 2018, adottato con delibera n. 126/2018;

Viste le Linee guida emanate dalla Direzione Generale Welfare per l'elaborazione e lo sviluppo del piano integrato per il miglioramento dell'organizzazione nelle strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate e a contratto con il SSR lombardo;

Visto il documento Quality Report 2018, redatto dal Sistema Qualità Aziendale, in cui sono rappresentati gli esiti del processo di miglioramento continuo della ASST di Crema alla data 31/12/2017;

Richiamata la deliberazione n. 342 del 20/11/2014 inerente il Piano Integrato di Miglioramento dell'organizzazione (anni 2014/2016);

Ritenuto di dotare la ASST di Crema di un Piano integrato per il miglioramento dell'organizzazione con valenza triennale che definisca gli obiettivi pluriennali e costituisca il riferimento unitario ed integrato per la gestione aziendale dei cambiamenti organizzativi;

Visto il documento "Piano integrato per il miglioramento dell'organizzazione" dell'ASST di Crema per il triennio 2018-2020, presentato dal Responsabile Aziendale Sistema Qualità e PIMO in sinergia con le funzioni aziendali interessate nel processo di miglioramento dell'organizzazione;

Dato atto che il Piano Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione 2018/2020 è coerente con le pianificazioni aziendali;

ASST DI CREMA

Ritenuto di affidare al Responsabile Aziendale per la Qualità e PIMO il coordinamento, l'implementazione e l'aggiornamento del Piano Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione sulle risultanze del quality report annuale con il coinvolgimento di tutte le funzioni aziendali competenti;

Acquisiti i pareri favorevoli, per quanto di rispettiva competenza, del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore Sociosanitario

delibera

per le motivazioni indicate in premessa e qui integralmente richiamate

- di approvare il Piano Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione (PIMO) quale documento di pianificazione integrata delle azioni per il miglioramento della qualità e della sicurezza per il triennio 2018 – 2020, allegato alla presente quale parte integrante e sostanziale (All. 1 composto da n. 41 pagg.);
- di affidare al Responsabile Aziendale per la Qualità il coordinamento per l'implementazione e il costante aggiornamento del PIMO sulle risultanze del quality report con il concorso di tutte le funzioni aziendali competenti sulla base delle linee guida regionali emanate e delle future indicazioni in merito (All. 2 composto da n. 44 pagg);
- di dare ampia e capillare comunicazione interna anche attraverso la pubblicazione in intranet.

Letto, confermato e sottoscritto

Il Direttore Generale
f.to Dr. Luigi Ablondi

Il Direttore Amministrativo
f.to Dr. Guido Avaldi

Il Direttore Sanitario
f.to Dr.ssa Ermanna Derelli

Il Direttore Sociosanitario
f.to Dr.ssa Maria Gloria Mencatelli

ASST DI CREMA

Sistema Socio Sanitario
Ospedale Maggiore
Regione Lombardia
ASST Crema

PIANO INTEGRATO PER IL MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE 2018-2020

BUILDING A LEARNING HEALTH CARE SYSTEM

LA STRADA VERSO IL FUTURO : LE MIGLIORI CURE A COSTI SOSTENIBILI

A ROAD MAP TO THE FUTURE

ASSTCR

"Non esiste vento favorevole per il marinaio che non sa in quale porto andare"

« ignoranti quem portum petat nullus suus ventus est »

Lucius Annaeus Seneca

Redazione	Data	Firma	Approvazione
Responsabile Aziendale Sistema Qualità e PIMO Roberto Sfogliarini	06.04.2018		Direzione Generale Delibera n° del

Orientamento al cittadino
Efficacia
Tempestività
Sicurezza
Efficienza
Equità
Trasparenza
Minore costo

ASST DI CREMA

Redatto dal Sistema Qualità Aziendale

Roberto Sfogliarini – Resp. Aziendale Sistema Qualità - Quality manager – 31.3.2018
con il contributo dei **Referenti Aziendali** per la Qualità e Sicurezza di dipartimento e di Unità Operativa della ASST DI CREMA

Approvato da Direttore Generale con delibera n. del / /2018

SOMMARIO

COSA E' IL PIANO INTEGRATO PER IL MIGLIORAMENTO 4
MACROAREE DI INTERVENTO STRATEGICO 10
OBIETTIVI DEL TRIENNIO 2018 - 2020 11
1 ECON-FINANZIARIO 12
2 ACCREDITAMENTO E INVESTIMENTI STRUTTURALI 13
3 TECNOLOGIE 14
4. SISTEMA INFORMATIVO 15
5. RISORSE UMANE 16
6. ORGANIZZAZIONE-PERCORSI CLINICI E PRESA IN CARICO 17
7. SICUREZZA DI PROCESSI CLINICO-ASSISTENZIALI 18
8. PIANO DI DETTAGLIO 21
Allegato 1 21
9. APPROFONDIMENTI 21
1 - Approfondimenti sul Contesto 21
2 – Approfondimenti sul modello organizzativo 22
IL PROCESSO DI MIGLIORAMENTO DELL' ORGANIZZAZIONE: organizzazione, risultati, obiettivi e pianificazione - "a road map to the future" 24
Cosa intendiamo per miglioramento dell' organizzazione 25

ASST DI CREMA

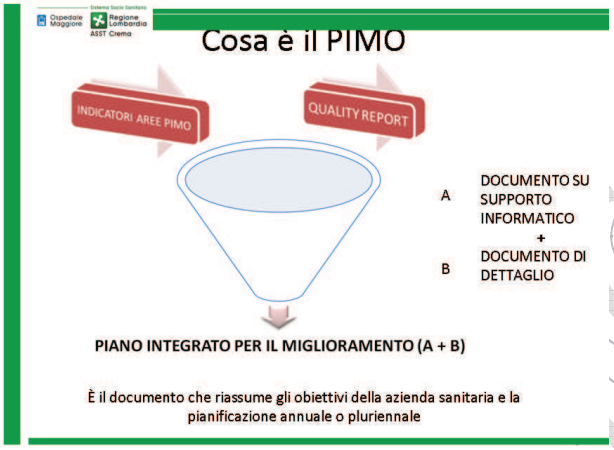
COSA E' IL PIANO INTEGRATO PER IL MIGLIORAMENTO

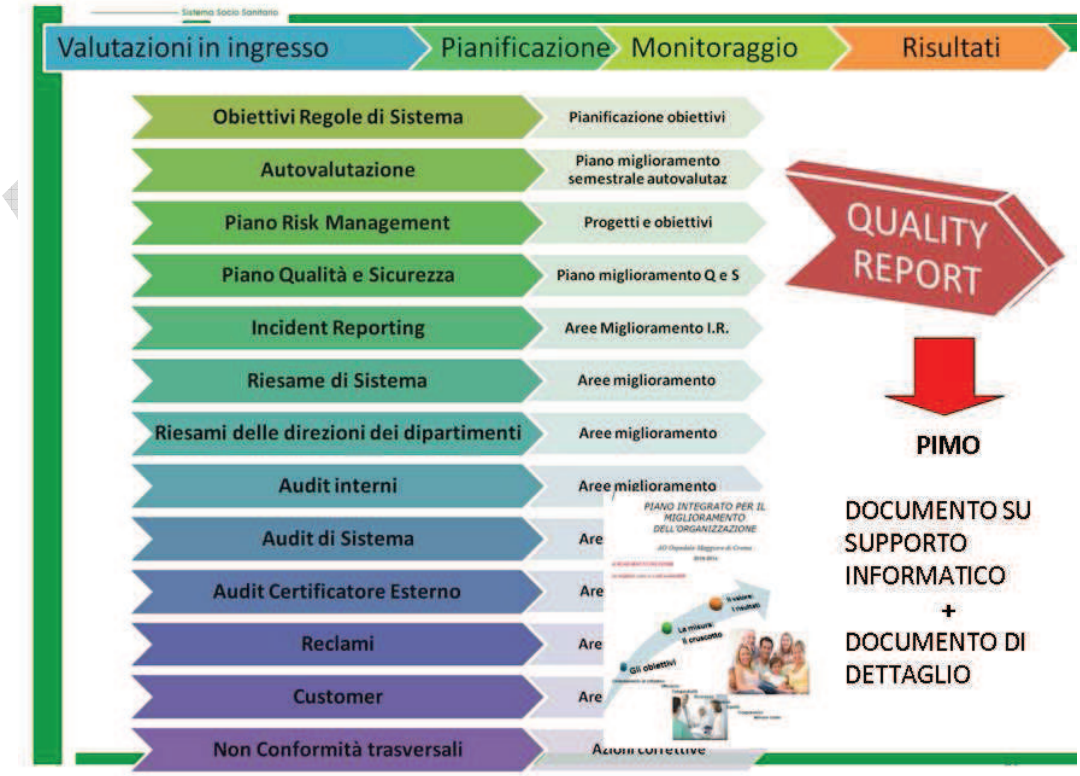
Il piano integrato e' il documento programmatico e gestionale della ASST di Crema nel quale sono raccolti gli obiettivi pluriennali.

Il Piano di Miglioramento integrato dell' Organizzazione costituisce il riferimento unitario ed integrato per la gestione aziendale dei cambiamenti organizzativi, disegnato per generare e sostenere la cultura del miglioramento continuo; è orientato ad evidenziare i risultati ottenuti dalla struttura, in termini di qualità dei servizi offerti e delle cure prestate, raggiunti anche mediante una appropriata gestione economico-finanziaria.

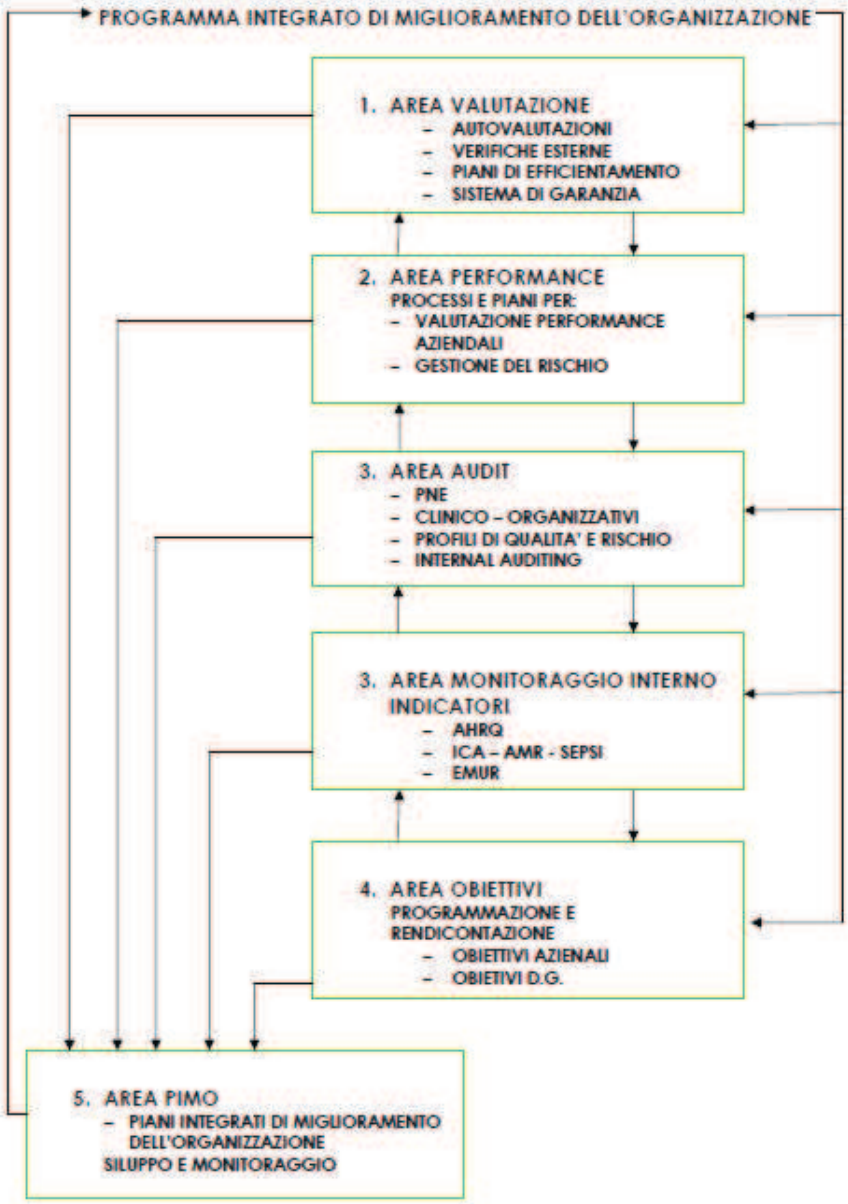
E' costituito dal presente documento che comprende e completa la parte oggi presente sul portale regionale.

Nelle Figure successive è esemplificato il processo della sua formulazione.





La seguente Flow chart descrive le componenti del PIMO come declinate da Regione Lombardia.



METODOLOGIA DI PREDISPOSIZIONE E MODELLO

Il Piano prende origine dai **risultati raggiunti rappresentati nel Quality report**.
In attuazione alle Politiche aziendali indicate nelle Procedure di Sistema ed in particolare nel Manuale della Qualità vigente, la redazione del Piano è stata coordinata dal Responsabile Aziendale per la Qualità e sono state coinvolte trasversalmente le funzioni aziendali interessate nel processo di miglioramento dell'organizzazione (Uffici di Staff e Gruppi di lavoro: Ufficio Qualità, Risk Manager, Formazione, Comunicazione, Risorse Umane, Valutazione, Controllo di gestione, Gruppo di Coordinamento del Rischio, Comitato Qualità).
Il Piano è coerente con il Piano della Formazione, con il Piano di Risk management e con il Piano di Comunicazione: la costruzione dei piani di dettaglio è avvenuta contemporaneamente alla predisposizione del PIMO: la coerenza fra i vari piani è garantita dal coinvolgimento sistematico alla loro elaborazione dei riferimenti aziendali delle funzioni di staff di seguito indicati:

Funzione	**Piano di dettaglio**
Responsabile della UO Formazione	Piano delle Formazione
Responsabile ss. Controllo Atti	Piano Anticorruzione e Trasparenza
Responsabile UO Comunicazione	Piano della Comunicazione
Responsabile Controllo di Gestione	Piano delle Performance
Responsabile ss. Risk Management	Piano di Risk Management
Responsabile CIO (comitato inf correlate all' assistenza)	Piano prevenzione e controllo delle Infezioni
Quality Manager-Responsabile Qualità Aziendale	Piano Qualità e Sicurezza
Responsabile Direzione Medica dei Presidi	Piani organizzativi: Clinical management, Governo tempi di attesa, Piano Gestione sovraffollamento, Organizzazione dei Presidi
Responsabile Sitra	Responsabile dell' Assistenza
Responsabile Sistema Informativo	Piano disaster recovery
Responsabile Ingegneria Clinica	Piano Gestione Attrezzature
Responsabile Aziendale PIMO	**Redazione del PIMO**

Elementi di processo del PIMO:

1. **Sviluppo triennale**
2. **aggiornato annualmente applicando le modalità previste dalle LG di Regione Lombardia citate**
3. **redazione del Report Annuale dei risultati raggiunti (Quality Report)**
4. **Monitoraggio nel Cruscotto Aziendale**
5. **pianificazione annuale di dettaglio e in ottemperanza alle disposizioni regionali in materia**

ASST DI CREMA

POLITICHE DEL MIGLIORAMENTO

APPLICAZIONE DEGLI STRUMENTI DEL GOVERNO CLINICO

Per la attuazione delle politiche del miglioramento organizzativo la ASST applica nel triennio considerato i seguenti strumenti:

1 Evidence-Based Practice

- Diffondere l'EBP core-curriculum tra i professionisti sanitari, che dovrebbero essere in grado di:
  - formulare quesiti clinico-assistenziali;
  - ricercare, con la massima efficienza, le migliori evidenze disponibili;
  - conoscere i principi del *critical appraisal*: validità interna, rilevanza clinica, applicabilità;
  - integrare le evidenze nelle decisioni clinico-assistenziali;

Per il triennio considerato le procedura clinico assistenziali redatte seguiranno tali principi.

2. Information Management

- Acquisire a livello istituzionale:
  - strumenti per la gestione delle informazioni scientifiche: banche dati, editoria elettronica, internet, software di archiviazione bibliografica;
  - competenze per valutare criticamente studi primari e secondari: revisioni sistematiche, linee-guida, HTA reports, analisi economiche, analisi decisionali;

Per il triennio considerato si procederà allo sviluppo della biblioteca scientifica.

3. Data Management

- Migliorare l'interazione e la comunicazione tra i diversi sistemi informativi aziendali.
- Sviluppare i database clinici, facendo riferimento agli standard internazionali DocDat.

Per il triennio considerato si procederà alla stesura di un piano di integrazione del Servizio Informatico.

4. Linee Guida e Percorsi Assistenziali

- Sviluppare metodologie per l'adattamento locale di linee guida (LG) e la costruzione di percorsi assistenziali (PA), abbandonando definitivamente l'inutile ambizione di produrre ex-novo LG.
- Al fine di definire PA evidence-based, condivisi tra i professionisti e adattati al contesto locale, il processo prevede diverse fasi:
  - definizione delle priorità;
  - costituzione del gruppo di lavoro aziendale multiprofessionale;
  - ricerca, valutazione critica ed eventuale integrazione delle LG;
  - analisi del contesto locale, adattamento delle LG e costruzione dei PA;
  - pianificazione dell'aggiornamento dei PA;
  - definizione delle strategie di diffusione e implementazione dei PA;
  - definizione del panel degli indicatori di processo e di esito;
  - verifica dell'impatto dei PA attraverso la pianificazione, conduzione e reporting del clinical audit.

Per il triennio considerato si procederà a redigere percorsi assistenziali e progettare percorsi clinico-organizzativi per la Senologia, la presa in carico della cronicità.

5. Health Technology Assessment

- Utilizzare modelli e report internazionali di HTA per riorganizzare le modalità di gestione aziendale (acquisto, manutenzione, dismissione) delle tecnologie sanitarie, specialmente se esistono input regionali alla loro *governance*.
- Promuovere la diffusione delle tecnologie efficaci e la dismissione di qualunque tecnologia di efficacia non documentata o, comunque, obsoleta.

Per il triennio considerato si proseguirà nella applicazione della Procedura di governo delle attrezzature (Delibera 405/2015).

ASST DI CREMA

6. Clinical Audit

- Pianificare e condurre audit clinici che, confrontando l'assistenza erogata con standard definiti, permettano di:
  - identificare le inappropriatezze, sia in eccesso, sia in difetto;
  - verificare i risultati conseguenti al processo di cambiamento, in termini di processo e, se possibile, di esito.

Per il triennio considerato si procederà ad eseguire audit su casistica definita (es. PNE, sepsi) appropiatezza uso di farmaci oncologici, casistica da incident reporting e/o sinistri.

7. Risk Management

- Considerare l'errore come "difetto del sistema" e non del singolo professionista.
- Diffondere la cultura della gestione del rischio, strumento di miglioramento professionale e organizzativo, senza farsi condizionare esclusivamente da problematiche assicurative e medico-legali.
- Pianificare e implementare programmi aziendali di gestione del rischio clinico.

Per il triennio considerato si procederà ad attivare il Piano di Risk Management, a revisionare la classificazione degli incident reporting, ad eseguire valutazione del rischio nel settore vaccinazioni.

8. Formazione continua, training, accreditamento professionale

- Consolidare tra gli operatori sanitari la cultura della formazione continua, intesa come parte integrante della
  pratica professionale.
- Inserire le attività di ECM (in particolare, la formazione sul campo) nelle strategie multifattoriali mirate alla modifica dei comportamenti professionali.
- Sviluppare strumenti per misurare la qualità tecnicoprofessionale, sino a definire criteri di training e accreditamento,
  standardizzando la valutazione di conoscenze, competenze e attitudini.

Per il triennio considerato si procederà alla redazione di un Piano di Formazione coerente con gli obiettivi indicati.

9. Research & Development

- Diffondere tra i professionisti la cultura e gli strumenti della ricerca clinica e sui servizi sanitari, con particolare enfasi allo sviluppo della ricerca indipendente.
- Governare le modalità di coinvolgimento dell'Azienda e dei professionisti nella ricerca sponsorizzata, al fine di garantirne utilità sociale, metodologia, etica e integrità.

Per il triennio considerato si provvederà a partecipare ad attività di ricerca clinica.

10. Staff management

- Definire le strategie di management degli staff per valorizzare le risorse umane, in relazione alle attitudini, conoscenze e competenze di ogni singolo professionista.

Per il triennio considerato si procederà ad inserire nel Piano Formazione le istanze sopra indicate.

11. Partecipazione degli utenti

- Coinvolgere i cittadini nella valutazione e nelle modalità di erogazione di servizi e prestazioni sanitarie, sia perché costituisce un loro diritto, sia perché il loro contributo può ridurre l'inappropriatezza della domanda.

Per il triennio considerato il Piano di Comunicazione deve essere redatto coerentemente con l'istanza sopra indicata.

ASST DI CREMA

ASSEGNAZIONE DELLE RESPONSABILITA' - DEPLOYMENT ALLE UU.OO.

Gli obiettivi declinati nel Piano sono attribuiti ai livelli di responsabilità.
Inoltre sono trasferiti alle UUOO mediante il processo di budget che è utilizzato come strumento di individuazione delle specifiche responsabilità e come strumento di attuazione operativa , garantendo così il raggiungimento degli stessi.

ASST DI CREMA

MACROAREE DI INTERVENTO STRATEGICO

ASSTDIGI

OBIETTIVI DEL TRIENNIO 2018 - 2020

Gli obiettivi del triennio comprendono:

1-Obiettivi da indicatori PIMO - Regione Lombardia
2-Obiettivi aziendali

Obiettivi indicati dal PIMO Regionale:

Ambito	Significato	Indicatore
ECON-FINANZIARIO	Situazione economico-finanziaria	Indicatore economico gestionale di bilancio
ORGANIZZAZIONE	Gestione del contenzioso	RR aperte nell'anno
ORGANIZZAZIONE	Rilevazione della qualità percepita (customer)	Percentuale dei giudizi positivi nelle rilevazioni di customer satisfaction
ORGANIZZAZIONE	Segnalazioni dei cittadini	Distribuzione delle classi di RECLAMI
ORGANIZZAZIONE	Qualità della documentazione sanitaria	Esito dei controlli NOC sulla documentazione sanitaria
RISORSE UMANE	Valutazione e sviluppo delle competenze	Dipendenti con valutazione individuale annuale
RISORSE UMANE	Rilevazione e programmazione dei fabbisogni formativi	Incidenza ore di formazione
RISORSE UMANE	Analisi dell'attività formativa erogata	Tasso di efficacia dell'offerta formativa
RISORSE UMANE	Sicurezza del posto di lavoro, infortuni e sorveglianza sanitaria	Frequenza infortuni
SISTEMI INFORMATIVI	Continuità operativa	Continuità operativa informatica
SISTEMI INFORMATIVI	Disaster recovery	Disaster plan informatico
SISTEMI INFORMATIVI	Progetto SISS	Documenti sanitari disponibili on line
STRUTTURA	Manutenzioni ordinarie e straordinarie ai fini della sicurezza dei pazienti, visitatori e operatori	Verifiche manutenzione impianti
STRUTTURA	Documento di valutazione dei rischi	Correttivi apportati al DVR
STRUTTURA	Verifiche impianti	Contaminazione da Legionella delle acque
TECNOLOGIE	Uso in sicurezza dei farmaci	Stoccaggio elettroliti concentrati
TECNOLOGIE	Dispositivo sorveglianza	Gestione recall dispositivi medici
TECNOLOGIE	Farmacovigilanza	Tasso di segnalazioni di sospetta reazione avversa (ADR)
TECNOLOGIE	Governo delle attrezzature (manutenzione e acquisto)	Efficienza dell'alta tecnologia diagnostica

DI SEGUITO SONO PRESENTI:

A) LE SCHEDE SINTETICHE DELLE MACROAREE DI INTERVENTO.

B) IL PIMO IN DETTAGLIO;

ASST CREMA

1 ECON-FINANZIARIO

Si conferma il persistere anche nel 2017 di:
- una quota di attività di ricovero non finanziata,
- del basso tasso di ospedalizzazione
- del tasso di posto letto per abitante inferiori agli standard di riferimento nazionali e regionali
- due soli indicatori (I06 – costi sale operatorie e I09 – costi radiologia per interni) si discostano negativamente dalle medie regionali

Azioni possibili:

1) Riconoscere la quota di attività di sovraproduzione, solo se contestualmente vi è un contemporaneo incremento dei costi di gestione; diversamente si corre il rischio di non consentire manovre di riduzione dei costi rapportati alla produzione (costo per Unità di volume di produzione);

2) introdurre meccanismi incentivanti l'efficiente uso delle risorse (cioè: a parità di costo, maggiori ricavi in extraproduzione) ovvero benefici nella redistribuzione dei finanziamenti per investimenti;

3) Profilo costo del personale:
   mantenere il livello di costo da BPE 2017 senza ulteriore riduzione a parità di livelli di attività;

4) Verifica ed efficientamento del profilo costo delle sale operatorie/ fatturato;

ASSTI LICREMA

2 ACCREDITAMENTO E INVESTIMENTI STRUTTURALI

2.1 Struttura

1. Completamento degli investimenti strutturali del monoblocco già finanziati 2018/2019/2020 (2° piano , 2° Piano manica C, SPDC, Pediatria, Senologia, Pronto Soccorso)

2. Prosegue la riqualificazione energetica del Monoblocco;

3. Adeguamento impiantistico dell' Unità Preparazione Centralizzata Farmaci

4. Adeguamento impiantistico della UO Anatomia Patologica

5. Finanziamento e realizzazione di interventi sui Reparti della Palazzina;

6. Rivalutazione del posizionamento di CPS-CRA e NPIA;

2.2 Manutenzioni ordinarie e straordinarie ai fini della sicurezza dei pazienti, visitatori e operatori

1. Manutenzioni dell' impiantistica aeraulica delle Sale Operatorie

2. Revisione dei servizi igienici del monoblocco, completamento accessori ed ausili per sostegno alla deambulazione;

3. progressiva climatizzazione dell' intera struttura;

ASST DI CREMA

3 TECNOLOGIE

3.1 Governo delle attrezzature (manutenzione e acquisto)

1. Acquisti secondo il Piano Investimenti Tecnologie in ordine di priorità stabilita
2. Sostituzione graduale dei letti di degenza dell' Ospedale;

3.2 Farmacovigilanza

1. Sorveglianza reazioni avverse a farmaci: proseguire con azioni di promozione della segnalazione

3.3 Dispositivi Medici: sorveglianza

1. Valutazione dei dispositivi medici mediante la Commissione apposita

3.4 Uso in sicurezza dei farmaci

1. Monitoraggio del processo prescrizione-preparazione-somministrazione farmaci;

3.5 Valutazione ed aggiornamento del prontuario aziendale

1. Adeguare la prescrizione ed i consumi alla media regionale per le categorie di farmaci indicati da Regione Lombardia

2. Appropriatezza di impiego dei farmaci oncologici

3. Estensione dell' uso dei biosimilari

ASST DI CREMA

4. SISTEMA INFORMATIVO

4.1 Sistema Informativo Socio Sanitario

1. Gestione della cronicità: Implementazione di sistema informativo a supporto;

2. Adeguamento dei software nei seguenti ambiti per renderli adeguati alle mutate esigenze:
   -gestione dei posti letto
   -gestione del flusso pazienti (flow management) da PS a Reparto e da PS a MAU)
   -liste di attesa e tempi di attesa
   -EUOL: sistema integrato fra Emergenza Urgenza e Pronto Soccorso;
   -Consulenze

3. Adeguamento del sistema alle esigenze di integrazione con i sistemi territoriali

4. Fascicolo socio-sanitario

4.2 Disaster recovery

1. Piano di sicurezza e salvaguardia dei sistemi informati aziendali

2. Messa in sicurezza (back up) delle informazioni sanitarie prodotte dalle apparecchiature (tracciati, biosegnali ecc.)

3. Back up web mail

4. Percorso Regionale di centralizzazione delle infrastrutture;

4.3 Continuità operativa

1. Verifiche della efficienza dei sistemi di ridondanza (gruppi di continuità, batterie ecc.)

2. Adeguamento dell' infrastruttura

3. Azioni conseguenti al Progetto di Prevenzione dei Rischi infrastrutturali (dell' anno 2017)

ASST DI CREMA

5. RISORSE UMANE

Pianificazione della Formazione a supporto dello sviluppo aziendale - Rilevazione e programmazione dei fabbisogni formativi

Piano della Formazione

Considerato che gli obiettivi aziendali sono declinati alle Aziende in ritardo rispetto alla formulazione del Piano della Formazione, si prevede quanto segue:

1. eseguire una valutazione degli obiettivi aziendali immediatamente a seguito della loro emanazione, individuando quelli che richiedono formazione a loro sostegno, raccordandosi con i responsabili degli obiettivi stessi;

2. eseguire una valutazione di correlazione fra gli obiettivi aziendali declinati alle strutture aziendali ed i corsi inseriti nel "Piano della Formazione" integrandolo ove necessario;

3. selezionare i corsi di formazione per rilevanza strategica (cioè orientati a obiettivi strategici) ed orientare le attività alla prevalente gestione di questi obiettivi.

4. Selezionare i corsi rilevanti ai fini del governo clinico e del risk management, anche in aree amministrative. Condividere questa selezione con uffici di Staff.

5. misurare l'efficacia dell'intervento formativo: uniformare gli indicatori utilizzati per misurare l'obiettivo nel Piano di miglioramento aziendale che dovranno sempre coincidere con gli indicatori posti dalla Regione nel caso di obiettivi strategici

Sviluppo delle competenze

1. implementare meccanismi di verifica dell'impiego delle competenze acquisite a seguito di corsi di addestramento tecnico mediante l'evidenza del numero di procedure eseguite dopo i corsi e del reale impatto sull'organizzazione (il professionista è diventato un riferimento aziendale?).

Governo del clima aziendale -"CUG / Stress lavoro correlato"

1. Proseguire con il Piano adottato.

Dotazioni organiche

1. Verifica periodica del rispetto della normativa in materia di orario di lavoro con strumenti informatici ad hoc.
2. Verifiche quadrimestrali dell' accreditamento

ASST DI CREMA

6. ORGANIZZAZIONE-PERCORSI CLINICI E PRESA IN CARICO

1. **Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera** (DM n. 70 5 aprile 2015 e DGR. 4406 del 30.11.2015): mantenimento ed allineamento delle evoluzioni dell' organizzazione;
   Il POAS è allineato alle disposizioni del decreto.

2. **Percorso di presa in carico:**
   -dell' assistito cronico
   -dell' assistito cronico-complesso
   -dell' acuto
   Attuazione della presa in carico del paziente cronico mediante il Centro Servizi, il Patto di Cura ed il Piano Assistenziale Individuale;
   Attuazione di programmi do continuità delle cure ospedale-territorio;

3. **Introduzione di strumenti di LEAN Organization**

4. **Patient Flow Management**: **Gestione dei pazienti programmati e del paziente cronico-complesso** attuando la metodologia del case management:

   - con presa in carico e Dimissioni Protette
   - con gestione Proattiva del paziente attraverso il Centro Servizi
   - con gestione del percorso dei pazienti programmati (Pre ricovero chirurgico)
   - fast track del controllo dei pz dimessi dal Pronto Soccorso (es: gestione dei pazienti affetti da scompenso cardiaco quale modello organizzativo sperimentale di case management inserito nelle azioni volte a ridurre gli accessi in PS);

5. **Medicina D' Accettazione ed Urgenza :** revisione periodica del funzionamento;

6. **Simultaneous Care** e continuità di cura dei pazienti oncologici: verifica della piena applicazione nell' area medica

7. **Sale Operatorie: efficienza e sicurezza**
   - Riduzione tempi inizio intervento, Riduzione tempi intervallo
   - Time out, conteggio garze, strumenti;
   - Attivazione della seduta esclusiva per urgenza-emergenza;

ASST DI CREMA

7. SICUREZZA DI PROCESSI CLINICO-ASSISTENZIALI

7.1 Raccomandazioni Ministeriali In Tema Di Sicurezza: completare la implementazione di tutte le raccomandazioni

Assegnazione di responsabilità ad un referente per ciascuna Raccomandazione e pianificazione temporale.

	Raccomandazione	N. STD	% RAGG STD	E. M.	% RAGG. E. M.	OBJ STD
1	Raccomandazione sul corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio – KCl – 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) 95%	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) 73.33%	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 dei 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		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% degli std

7.2 Progetti Specifici

7.2.1 Prevenzioni rischio farmacologico

PROGETTO - Scheda n° 1: "RACCOMANDAZIONE 17" PROSECUZIONE DEL PROGETTO DI APPLICAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE 17

In accordo con le Linee Guida Regionali di Risk Management 2018 si prosegue nella attuazione delle azioni mirate alla piena applicazione della Raccomandazione. Il Gruppo ha evidenziato gli item raggiungibili e questi costituiranno obiettivo per l' anno in corso.

7.2.2 Sicurezza Del Parto

PROGETTO SPECIFICO - Scheda n° 2: "PIANO DI PREVENZIONE E GOVERNO DEL RISCHIO IN AREA OSTETRICA".

In accordo con le Linee Guida Regionali di Risk Management 201e ed a seguito dell'analisi di sinistrosità aziendale, della valutazione dei rischi, delle condizioni organizzative è emersa la necessità di mantenere una particolare attenzione all' area specifica caratterizzata da elevata rischiosità. Dotare l' area di una progettualità dedicata rappresenta uno strumento organizzativo preventivo efficace e di governo della sicurezza. Si dà risalto alla applicazione a monitoraggio della applicazione delle raccomandazioni ministeriali (Rischio morte materna – Parto cesareo), applicazione percorso parto fisiologico in sicurezza;, applicazione delle linee guida per appropriatezza del taglio cesareo.

7.3 Chirurgia Sicura

Monitoraggio del Processo Chirurgia Sicura inteso come complesso delle Raccomandazioni, Procedure, Regole di prevenzione, controllo del processo chirurgico.

7.4 Prevenzione Infezioni:

7.4.1 Gestione dei pazienti con mdro (multi drugs resistance organism) in ricovero o durante accessi ambulatoriali;

Applicazione misure di contenimento della trasmissione di Clostridium D. in H;

7.4.2 Prevenzione Infezioni nella rete delle strutture della ASST di Crema

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 2016 e 2017 e con le Linee Guida Regionali di Risk Management 2018 è emersa la necessità di attivare 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 allegata al PARM.

7.3.3 Sepsi

Prosecuzione delle azioni mirate di controllo della sepsi i ospedale;

ASST DI CREMA

7.3.4 Piano Infezioni Correlate alle pratiche assistenziali

Attuazione del Piano;

7.4 Qualita' della comunicazione con i pazienti

Proseguire con azioni di rinforzo del processo di acquisizione del Consenso informato

7.5 Qualita' della comunicazione fra professionisti

Proseguire con verifica della applicazione del time out in procedure interventistiche

7.6 Reti sanitarie ed emergenza urgenza

Elevare gli standard delle UUOO appartenenti alle Reti Sanitarie
Monitoraggio Piano Gestione Sovraffollamento (PGS)
Revisione Piano MaxiEmergenza

ASST DI CREMA

8. PIANO DI DETTAGLIO

Allegato 1

9. APPROFONDIMENTI

1 - Approfondimenti sul Contesto

La redazione di questa edizione del Piano tiene conto di:

A) importanti recenti iniziative descritte tutte tese a coniugare la difficile relazione fra aumento della richiesta di cure e risorse disponibili:

1. **Linee guida per la elaborazione e lo sviluppo del piano integrato per il miglioramento dell'organizzazione[1].**

   Regione Lombardia ha voluto imprimere un significativo impulso ai processi di gestione del miglioramento delle strutture sanitarie attraverso la emanazione di Linee Guida. In questo contesto si richiamiamo brevemente lo scopo e gli obiettivi e del piano Integrato per il Miglioramento così come sono declinati nelle Linee Guida:

   a. *Il Piano di Miglioramento integrato dell' Organizzazione costituisce il riferimento unitario ed integrato per la gestione aziendale dei cambiamenti organizzativi, disegnato per generare e sostenere la cultura del miglioramento continuo; è orientato ad evidenziare i risultati ottenuti dalla struttura, in termini di qualità dei servizi offerti e delle cure prestate, raggiunti anche mediante una appropriata gestione economico-finanziaria.*

   b. *Le linee guida, con la metodologia e gli strumenti proposti, intendono:*

      1. *supportare le direzioni strategiche nella programmazione pluriennale e annuale delle attività, attraverso la visione sistemica ed integrata dell'organizzazione, secondo uno sviluppo dinamico temporale;*
      2. *rafforzare il collegamento fra le scelte strategiche di medio-lungo periodo e gli strumenti di attuazione, oggi, principalmente orientati al breve periodo;*
      3. *favorire il collegamento degli strumenti istituzionali di programmazione e gestione, senza incrementarli né duplicarli, sintetizzando nel modello proposto le diverse aree e gli ambiti di interesse, a vantaggio della coerenza della decisione strategica;*
      4. *condurre l' organizzazione alla creazione di valore; per fare ciò è universalmente riconosciuta la necessità di superare la logica della sola visione economico-finanziaria, insufficiente allo scopo e di orientare l' attenzione sui processi aziendali;*
      5. *rendere evidenti il percorso per il miglioramento continuo e gli strumenti necessari, prevedendo il coinvolgimento di tutti i livelli dell' organizzazione;*
      6. *promuovere lo sviluppo del patrimonio di competenze multidisciplinari delle organizzazioni, riguardo le metodologie del miglioramento continuo;*
      7. *considerare le Aree Chiave per la creazione di valore (cfr. Fig 01 delle LG) e attuare la loro valutazione ai vari livelli dell' organizzazione;*
      8. *promuovere la comunicazione interna ed esterna:*

[1] "***Linee guida*** *per la elaborazione e lo sviluppo del piano integrato per il miglioramento dell'organizzazione nelle strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate e a contratto con il SSR lombardo (gennaio 2014".*

ASST DI CREMA

i. *dei risultati raggiunti in tutti gli ambiti, in termini di benefici per i cittadini, di progressi ottenuti, di corretto ed appropriato uso delle risorse*
ii. *degli obiettivi per il miglioramento continuo*

2. la pubblicazione del documento **"Best care at lower cost: the path to continuously learning health care in America"[2].**
   Esso presenta la visione di ciò che è possibile realizzare applicando le risorse e gli strumenti disponibili (conoscenze scientifiche, tecnologie informatiche, incentivi, cultura delle cure) per fornire cure sicuramente efficaci a costi accettabili, mediante la creazione di organizzazioni sanitarie **che imparano continuamente e migliorano**.
   Il documento parte dalla considerazione che a 10 anni dalla emanazione del documento ***"To Err is Human: building a safer health System"*** il sistema sanitario in generale esprime ancora poco delle sue potenzialità.
   Infatti sia *To Err is human* sia *Crossing the Quality Chasm* hanno contribuito a far raggiungere notevoli obiettivi di miglioramento nelle pratiche sanitarie, ma rimangono persistenti **aree di sotto-performance** e **costi troppo alti**. Ciò evidenzia la necessità di trasferire su larga scala ciò che oggi sono isolati miglioramenti e rendere evidenti i miglioramenti raggiunti in termini di sicurezza, accessibilità, qualità ed efficienza dalle singole organizzazioni.
   Nel documento, partendo dall' evidenza delle attuali principali caratteristiche del sistema sanitario (crescente complessità della moderna medicina, crescenti costi delle cure, e limitato "return to investment"), si evidenza la necessità di un sostanziale cambiamento indicando le azioni per ottenere miglioramento continuo a costi sostenibili (a learning health care system).
   Obiettivo non solo necessario, ma possibile.
3. la crescente attenzione verso il tema **della appropriatezza delle prestazioni e la sostenibilità** delle cure ha portato alla attivazione di importanti iniziative in tutte le organizzazioni sanitarie; si cita quale esempio recente la iniziativa ***"Choosing wisely"*** iniziativa del *Board of Internal Medicine Foundation (ABIM)*[3], ripresa anche dal Governo Canadese[4] ed in Italia da **Slow Medicine**[5].
   Si tratta di un approccio innovativo *bottom up* realizzato da ABIM e nove autorevoli Società Scientifiche americane. L' iniziativa promuove un' alleanza tra medici e pazienti nel contrastare l' idea che la salute si possa assicurare con un sempre crescente numero di prestazioni e interventi. Alle società scientifiche è stato chiesto di produrre una lista di 5 prestazioni ritenute obsolete o inappropriate che sono state ampiamente diffuse. Analoga formula è stata attuata nelle esperienze canadesi e italiane citate.

B) la riorganizzazione dell' assetto delle Aziende sanitarie e la conseguente ridefinizione dell' assetto organizzativo con il POAS: PIANO ORGANIZZATIVO AZIENDE SANITARIE-POAS

Anche alla luce delle precedenti considerazioni, Il presente Piano integrato per il miglioramento ha l'obiettivo di tradurre principi, concetti e strategie, evidenziando i risultati ottenuti dall'Azienda Sanitaria Socio sanitaria Territoriale -Ospedale Maggiore di Crema, in modo da permettere la definizione di nuovi obiettivi da raggiungere e la relativa pianificazione triennale.

2 – Approfondimenti sul modello organizzativo

Si riprendono di seguito alcuni concetti fondamentali sul ***Miglioramento Continuativo della Qualità*** necessari ad esplicitare il modello organizzativo attuato.

[2] IOM (Institute of Medicine). 2012. *Best care at lower cost: The path to continuously learning health care in America.* Washington, DC: The National Academies Press.
[3] www.abimfoundation.org
[4] www.choosingwiselycanada.org
[5] www.slowmedicine.it

Evoluzione del concetto di Qualità'(estratto dal Manuale Qualità Aziendale Rev. 12 del 30.10.2010)
Rimane di particolare attualità il contenuto della Carta Europea della Qualità, (cfr. allegato del Manuale della Qualità Aziendale citato), che mostra il grande livello di maturità che ha compiuto in pochi anni il pensiero relativo alla "Qualità". Dalla Qualità intesa come "Conformità ai requisiti" alla qualità definita come "Obiettivo di Eccellenza dell'organizzazione" che può essere perseguito grazie alla motivazione, alla partecipazione e al coinvolgimento di tutti gli operatori e dei cittadini, a tutti i livelli dell'organizzazione.

Anche in campo sanitario la definizione del concetto "Qualità" è tutt' ora argomento di notevole complessità, tanto che non sono disponibili definizioni universalmente accettate; tuttavia quella più ampiamente condivisa è quella dell'OMS che divide la qualità in quattro aspetti:

1. La performance professionale (qualità tecnico-professionale)
2. L'uso efficiente delle risorse (qualità organizzativa)
3. Il management del rischio
4. La soddisfazione del paziente

Dalla definizione dell'OMS si evince che il concetto di "Qualità in Sanità" è definito dalla forza delle relazioni di collaborazione tra la componente manageriale e la componente clinica, relazioni necessarie per la creazione di un ambiente in cui passa fiorire l'eccellenza clinica.

Questa definizione è in linea con quella fornita dalla Carta Europea della qualità, a testimoniare che l'evoluzione del valore sociale del concetto della qualità, rivalutando la funzione economica, politica e sociale delle aziende, meglio soddisfa le esigenze delle organizzazioni sanitarie il cui principale obiettivo non è quello di "assicurare la conformità dei prodotti ai requisiti" ma anche quello di essere competitive e di soddisfare nello stesso tempo, sia le esigenze legate all'ambiente interno sia quelle relative alla società in cui l'organizzazione vive.

La attenzione agli aspetti della qualità delle cure è oggetto di una recente pronuncia del Consiglio dell'Unione Europea, che il 5 giugno 2009 ha emanato una "Raccomandazione" sulla sicurezza dei pazienti [6], in particolare in merito alla prevenzione ed al controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria.

La complessità aziendale nell'attuale fase di sviluppo e trasformazione della sanità italiana trova espressione negli indirizzi di riordino del sistema sanitario e si traduce nell'esigenza per le strutture sanitarie pubbliche e private di dotarsi di un'organizzazione in grado di perseguire i seguenti obiettivi strategici:

- La chiara identificazione dei bisogni e delle esigenze dei cittadini per la messa a punto di servizi in grado di cogliere le sue aspettative;
- La definizione di "standard di qualità, impegni e programmi" (ex. D.P.C.M. 19/05/95) per la trasparenza della comunicazione verso l'esterno ed il controllo del livello di attesa e per l'impegno nel conseguimento degli standard di qualità dichiarati;
- La definizione del livello del servizio attraverso indicatori di cui all'art. 10 ("Il controllo di Qualità") e all'art. 14 ("I diritti dei Cittadini") ex D.Lgs. 502/517 del 92/93 rispettivamente per la misurazione dell'efficienza organizzativa e per la misurazione della soddisfazione del cliente;
- L'erogazione controllata del servizio attraverso la standardizzazione dell'ambiente in cui si sviluppa la pratica professionale;
- L'adozione di indicatori come strumento ordinario e sistematico per l'autovalutazione e la verifica dell'efficienza gestionale e dei risultati (ex. D.M.S. 24 luglio 1995);
- L'ottimizzazione dei costi connessi con la qualità del servizio ed il livello delle prestazioni richieste;

[6] Consiglio dell'Unione Europea. Bruxelles, 5 giugno 2009 "RACCOMANDAZIONE DEL CONSIGLIO sulla sicurezza dei pazienti, comprese la prevenzione e il controllo associate all'assistenza sanitaria" 10120/09 SAN 140 LIMITE IT.

ASST DI CREMA

- Il continuo riesame delle caratteristiche di miglioramento della qualità del servizio.

La Qualità dell' assistenza sanitaria

L' orientamento verso la promozione della Qualità dell' assistenza sanitaria deve prevedere il coinvolgimento di tutte le dimensioni della Qualità ovvero: della dimensione relazionale, della dimensione organizzativo-aziendale, della dimensione professionale.

In particolare la dimensione professionale della qualità va perseguita attraverso la promozione di:

- etica professionale;
- istituzione di comitati per il governo clinico e assistenziale all' interno dell' organizzazione;
- partecipazione di tutto il personale sanitario a programmi di audit clinico a livello locale, regionale e nazionale;
- supporto della pratica medica e infermieristica basata su criteri di efficacia ed appropriatezza e dimostrata da evidenze scientifiche (Evidence based Medicine and Nursing)
- sviluppo di un efficiente sistema di monitoraggio delle cure cliniche;
- definizione di chiare politiche per la gestione dei rischi clinici, per la sicurezza degli ambienti e delle prestazioni, per gli utenti e per i lavoratori;
- chiara ed efficace comunicazione con i pazienti e fra gli operatori;
- formazione continua e addestramento professionale;

Di particolare rilievo la dimensione etica, che si estrinseca nella relazione operatore sanitario-paziente (etica del rapporto):

- con l' instaurarsi di un rapporto collaborativo con la persona e la applicazione di metodi della cosiddetta **patient centred medicine,** che valorizza gli aspetti della persona e non della sola malattia;

- con il dovere di informazione e consenso e di reciproca responsabilizzazione;

- con la capacità di aiutare il paziente garantendo il sollievo dalla sofferenza e accompagnarlo alla morte;

- con l' etica dell' organizzazione attraverso l'erogazione di prestazioni necessarie ed efficaci, il buon uso delle risorse, le scelte orientate ai bisogni ed alle necessità.

IL PROCESSO DI MIGLIORAMENTO DELL' ORGANIZZAZIONE: organizzazione, risultati, obiettivi e pianificazione - "a road map to the future"

Allo stato attuale i problemi sui quali concentrare l'attenzione sono fondamentalmente due:

1. **La complessità della medicina**: la crescente ingovernabile complessità delle scienze nell' ambito sanitario; nel corso delle decadi recenti si è assistito ad un incremento esponenziale delle conoscenze in ambito sanitario. Tuttavia le conoscenze disponibili sono ancora raramente applicate su larga scala da tutti i professionisti per migliorare la pratica delle cure e l' esperienza derivata dalla pratica è poco utilizzata per migliorare la conoscenza disponibile. Il sistema con il quale sono trasmesse le conoscenze (formazione, impiego, aggiornamento ecc.) non tiene il passo con la velocità con la quale sono disponibili nuove conoscenze; **di qui la necessità di costruire un sistema che garantisca il continuo accrescimento delle conoscenze, il miglioramento e la applicazione delle conoscenze alla pratica (a learning health care system)**.

   "A Learning Health Care System

   A learning health care system generates and applies the best evidence for the collaborative health care choices of each patient and provider; drives the process of discovery as a natural outgrowth of patient care; and ensures innovation, quality, safety, and value in health care. In such a system, knowledge flows seamlessly between and among patients, providers, diagnostic facilities, and related community services. The best knowledge about treatments, diagnostics, and care delivery is

ASST DI CREMA

naturally embedded in the delivery process, and new knowledge is captured as an integral by-product of the delivery experience".[7]

2. **i costi**: si assiste da un lato alla escalation dei costi delle cure e dall' altro lato alla erogazione di cure non necessarie; se non si trovano modalità per erogare le cure necessarie ed utili a minori costi la prospettiva è un sistema sanitario non sostenibile.

Per realizzare quanto sopra è fondamentale il coinvolgimento dei pazienti e dei familiari, **patient centred medicine,** nel senso che si devono erogare cure che rispettano e tengono conto dei bisogni, necessità e che assicurino che i valori del paziente guidino le scelte.
Il concetto comprende molte dimensioni, include il coordinamento e l' integrazione delle cure, informazione e comunicazione, educazione, comfort fisico, supporto emozionale, e coinvolgimento dei familiari.

Cosa intendiamo per miglioramento dell' organizzazione

La Direzione Aziendale ritiene fondamentale la qualità e la sicurezza dell' operare e negli anni ha consolidato il suo costante impegno per garantire questo obiettivo.
Il sistema aziendale attuato è orientato ed applicato a tutti i settori aziendali (sanitari e non sanitari) ed ai diversi aspetti della qualità (efficacia, efficienza, sicurezza, appropriatezza, partecipazione ed equità). Il Sistema Qualità aziendale è inteso come sistema di gestione dell' azienda.
Compito della **struttura Qualità e Sicurezza** è sovraintendere allo sviluppo di un sistema aziendale di gestione e di governo del miglioramento dell'intera organizzazione secondo principi di qualità e sicurezza e di sviluppo oltre che attività di ricerca e innovazione, assicurando un supporto ai Dipartimenti, alle Unità Operative ed ai singoli Professionisti.

Un modo semplice per rappresentare cosa si intende per "qualità" è la seguente rappresentazione che fa riferimento specifico ai concetti espressi nel documento redatto dall' Institute of Medicine (I.O.M.)[8] ed ampiamente condivisi da tutto il mondo (Fig.1).

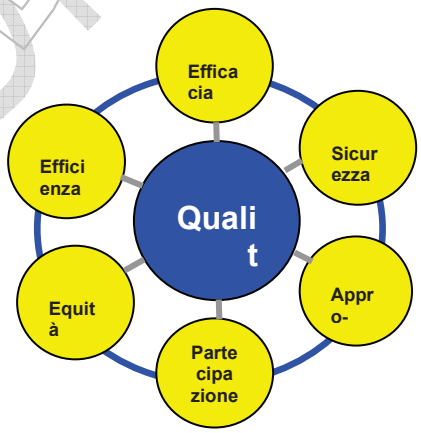


Fig. 1 Gimbe-modificata

[7] (Roundtable on Value & Science-Driven Health Care, 2012)

[8] *"Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st Century"*

ASSTUDIGREMA

La "qualità" di una organizzazione sanitaria si esprime attraverso **l'erogazione di cure** che rispondono ai seguenti requisiti (tab 1):

Tabella 1

EFFICACIA	Vuol dire erogare servizi basati su conoscenze scientifiche a coloro che ne possono beneficiare e non fornire servizi a coloro ai quali non è probabile che abbiano beneficio;
TEMPESTIVITA'	Significa erogare le cure necessarie entro i tempi richiesti dalla gravità clinica evitando i ritardi, riducendo le attese, sia per coloro che ricevono che per coloro che eseguono le cure;
SICUREZZA	La sicurezza del paziente è prioritaria; occorre proteggere il paziente evitandogli i danni procurati con le cure fornite per aiutarlo;
EFFICIENZA	Evitare sprechi, inclusi gli equipaggiamenti, le attrezzature, le risorse, le energie;
EQUITA'	L'accesso alle cure deve essere garantito a tutti in modo equo, vuol dire erogare cure e servizi che non siano diversi per livelli di qualità ai cittadini a causa della loro appartenenza a genere, etnicità, provenienza geografica e stato socio economico; l' informazione deve essere comprensibile da parte del cittadino;
ORIENTAMENTO al CITTADINO	Erogare cure che siano rispettose e che rispondano alle preferenze, bisogni e valori del cittadino, assicurando che i valori del paziente guidano tutte le decisioni cliniche.

Anche tutte le attività amministrative e gestionali sono ricomprese nel processo teso al raggiungimento di questi risultati.

Obiettivi del sistema di miglioramento

In sintesi il progetto qualità si prefigge di conseguire progressivamente i seguenti risultati:

- mantenere e sviluppare nella Azienda un sistema di gestione orientato alla realizzazione di un servizio sanitario appropriato ed economicamente compatibile con le risorse assegnate;
- diffusione all'interno dell'Azienda dei principi culturali e metodologici per lo sviluppo di una medicina basata sull'evidenza scientifica di efficacia e appropriatezza;
- miglioramento qualitativo dei servizi erogati e nell'utilizzo delle risorse (efficienza) anche mediante il pieno coinvolgimento del personale e perseguendo l'obiettivo della soddisfazione degli utenti secondo i criteri della qualità totale;
- incremento degli standard di sicurezza per gli utenti e per il personale;
- migliorare la soddisfazione e la motivazione del personale;
- sviluppo di settori di eccellenza in grado, fra l'altro, di incrementare il "potere di attrazione" dell'Azienda Ospedaliera.

Il Manuale per la Qualità e la Metodologia

La Metodologia applicata e gli strumenti sono descritti nel Manuale delle Qualità di cui si è dotata la Azienda. In sintesi per perseguire gli obiettivi indicati il Sistema Qualità dell'ASST CREMA "Ospedale Maggiore" applica i seguenti sistemi:

certificazione ISO 9001:2015
accreditamento all'eccellenza secondo standard internazionali (joint Commission International) e Check list di valutazione delle strutture Sanitarie di Regione Lombardia;
Standard del Sistema Regionale di Miglioramento della Qualità delle cure (indicatori di governo clinico)
Strumenti di Gestione del Rischio e di Governo clinico (linee guida, protocolli, procedure)
standards della Rete Internazionale HPH&HS (Health Promoting Hospitals and Health Services)
il codice etico comportamentale.

Si avvale inoltre di sistemi specificamente orientati ad alcuni ambiti:

PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA -2018

Corruzione

Con l'approvazione della l. n. 190 del 2012, l'ordinamento italiano si è orientato, nel contrasto alla corruzione, verso un sistema di prevenzione che si articola, a livello nazionale, con l'adozione del P.N.A. e, a livello di ciascuna amministrazione, mediante l'adozione di Piani di Prevenzione della Corruzione triennali.

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC) è un documento programmatico che definisce le azioni e gli interventi organizzativi volti a prevenire detto rischio o, quanto meno, a ridurne il livello.

Il piano deve

· Individuare le aree a rischio,

· Individuare per ciascuna area gli interventi per ridurre i rischi;

· Programmare iniziative di formazione,

· Individuare i referenti e i soggetti tenuti a relazionare al responsabile della prevenzione;

· Individuare per ciascuna misura il responsabile e il termine per l'attuazione, individuare misure di trasparenza, anche ulteriori rispetto a quelle contenute nel Programma Triennale Trasparenza e Integrità;

· Definire misure per l'aggiornamento ed il monitoraggio del PTPC;

· Individuare modalità e tempi di attuazione delle altre misure di carattere generale contenute nella L. 190/2012.

Il piano, aggiornato, prevede una serie di obiettivi in tema di gestione del rischio articolati in tre fasi: mappatura del rischio, valutazione del rischio, trattamento del rischio.

Nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione sono descritte in maniera puntuale le azioni da porre in essere nel corso del 2017.

Trasparenza

Considerato che la trasparenza è una misura fondamentale per la prevenzione della corruzione, è assicurato uno stretto coordinamento tra il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C.) e il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (P.T.T.I.) nonché tra le attività svolte dai rispettivi responsabili.

Nell'ambito dell'attività di verifica del corretto adempimento degli obblighi di pubblicazione, il Responsabile della Trasparenza ha attuato specifici momenti di monitoraggio che hanno coinvolto tutti i responsabili aziendali della produzione, aggiornamento e trasmissione dei dati.

Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro (applicazione del D.Lgs. 81/2008)

La tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori costituisce un obiettivo centrale nella politica aziendale. Il perseguimento di tale obiettivo passa per il rispetto delle cogenze normative e nella ricerca ed attuazione di metodiche di lavoro che consentano il miglioramento continuo delle condizioni di salute e scurezza dei lavoratori.

Il Sistema di Gestione della Sicurezza utilizzato in azienda è stato implementato in conformità alla normativa vigente e tenendo conto della natura e dell'entità dei rischi delle attività oltre che delle specificità delle varie sedi aziendali, sia afferenti al territorio che al Presidio Ospedaliero.

Il Sistema di Gestione della Sicurezza adotta un sistema documentale idoneo ad assicurare che ogni lavoratore possa assumere coscienza e consapevolezza sull'importanza della conformità alla politica, alle procedure di sicurezza, ai requisisti del sistema di gestione della sicurezza, sugli obblighi individuali in tema di sicurezza, sulle conseguenze, reali o potenziali, delle proprie attività lavorative, sulla sicurezza propria e degli altri lavoratori, nonché sul proprio ruolo e responsabilità per raggiungere la conformità alla politica della sicurezza e sulle potenziali conseguenze di scostamenti rispetto alle procedure operative specificate.

Gli Obiettivi del Sistema di Gestione della Sicurezza sono riassumibili nella ricerca ed impegno per ottenere:

· La riduzione ed eliminazione di eventuali infortuni e malattie derivanti dalle attività lavorative

· Una migliore gestione dei rischi

· Una riduzione delle potenziali e reali cause d'infortunio tramite azioni correttive e preventive

· Una verifica tempestiva del rispetto degli adempimenti di legge

ASST DI CREMA

· Una più continua ed efficace comunicazione tra azienda e lavoratori tramite incontri in cui si discuta di sicurezza e salute.

· Un miglior monitoraggio del livello di controllo del rischio residuo al fine di minimizzarlo ulteriormente tramite azioni di miglioramento continuo.

A tale scopo l'Azienda si impegna al rispetto della legislazione attualmente applicabile in tema di Sicurezza e Salute sul lavoro e al suo continuo aggiornamento.

PIANO DELLA FORMAZIONE

Il Piano della Formazione è orientato agli obiettivi aziendali. E' predisposto mediante un processo integrato e partecipato fra Staff e professionisti ed è elaborato con documento specifico perché così richiesto dalle disposizioni regionali.

Percorsi formativi:

Finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze tecnico professionali individuali nel settore specifico di attività, acquisendo crediti formativi inerenti eventi specificamente rivolti alla professione o alla disciplina di appartenenza

Finalizzati allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità efficienza efficacia appropriatezza e sicurezza degli specifici processi di produzione delle attività sanitarie. Questi obiettivi si rivolgono quindi ad operatori ed équipe che intervengono in un determinato segmento di produzione

Finalizzati allo sviluppo delle conoscenze e competenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza dei sistemi sanitari. Questi obiettivi si rivolgono, di norma, a tutti gli operatori avendo quindi caratteristiche interprofessionali

LA MISURA DEI RISULTATI E DEL VALORE: IL CRUSCOTTO AZIENDALE

Un importantissimo strumento per incrementare il valore delle cure prestate è possedere un metodo per definire il valore degli interventi sanitari eseguiti, delle innovazioni e delle pratiche . In semplici termini il valore è il livello di benefici raggiunti a determinati costi.

Obiettivo per nulla semplice da raggiungere poiché è complicato dal fatto che i benefici percepiti dei vari interventi variano a secondo di ciascun soggetto (paziente, struttura ecc.).

Poiché è imperativo il focus sul paziente i risultati devono considerare il miglioramento in termini di salute per il paziente (durata della sopravvivenza, stato di salute), la qualità della vita, il senso di benessere, la qualità della cura (tecnica) e non ultimo il rispetto della dignità della persona (aspetto compassionevole).

Nel considerare la componente dei costi occorre includere ogni finanziamento utilizzato per un particolare trattamento delle condizioni di salute, così come i potenziali esiti avversi. Le differenti prospettive degli stakeholders si riflettono anche nella determinazione dei costi cosicchè vi sono differenti modalità di determinazione degli stessi.

Il sistema di monitoraggio è esso stesso parte integrante del processo di miglioramento. La trasparenza dei risultati fornisce informazioni circa le modalità con le quali i clinici attuano il miglioramento, porta l' attenzione sulle strutture che creano valore.

E sulla base di queste considerazioni in ASST è disponibile a partile dal marzo 2013, il **"CRUSCOTTO DI OBIETTIVI, INDICATORI E RISULTATI"** dei veri determinanti della qualità delle cure. I risultati raggiunti sono stati evidenziati in un documento di sintesi (QUALITY REPORT 2013 e 2014) che permette la valutazione dell'andamento dei diverse aspetti **clinico assistenziali, gestionali e organizzativi dell'azienda**; si ha così una rappresentazione puntuale della qualità delle cure erogate e della qualità dell'organizzazione.

ASST DI CREMA

I risultati sono organizzati tenendo come riferimento le aree che creano valore indicate dalle linee guida emanate **da Regione Lombardia** (Fig 2) e **dagli indicatori del PIMO (allegato).**

Fig. 2 - Aree chiave del miglioramento – aree chiave per la creazione di valore.

TABELLA XX - AREE CHIAVE DI MIGLIORAMENTO (AREE CHIAVE PER LA CREAZIONE DI VALORE)

OGGETTI	OBIETTIVI	CRITERI (LIVELLO MACRO)	CRITERI (LIVELLO MESO)	CRITERI (LIVELLO MICRO)
LA SALUTE	GARANTIRE I LIVELLI DI ASSISTENZA	EFFICACIA	ACCESSIBILITA' E FRUIBILITA'	DISPONIBILITA' SERVIZI
				FRUIBILITA' SERVIZI
			APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	LIVELLI DI UTILIZZAZIONE
				VOLUMI PROCEDURE ALTA SPECIALIZZAZIONE
				APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI
				CONTROLLO DEL DOLORE
				GESTIONE RISCHIO CLINICO
			APPROPRIATEZZA PROFESSIONALE E SVILUPPO DELLE COMPETENZE	PIANO DI FORMAZIONE
				COMPETENZE PER AREE CHIAVE
				SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLE COMPETENZE TECNICO-PROFESSIONALI, DI LEADERSHIP E MANAGERIALI
			ESITI	COMPLICANZE
				RIAMMISSIONI
				OSPEDALIZZAZIONI EVITABILI
				MORTALITA' PER PROCEDURE
				MORTALITA' PER PATOLOGIE
				PREVENZIONE
LE RISORSE	GARANTIRE IL BUON USO DELLE RISORSE ECONOMICHE-FINANZIARIE	EFFICIENZA	EFFICIENZA ECONOMICA	EQUILIBRIO ECONOMICO AZIENDALE
				SPESA PER LIVELLI DI ASSISTENZA
			EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA USO REGIMI DI ASSISTENZA
				APPROPRIATEZZA USO RISORSE UMANE, STRUTTURALI,TECNOLOGICHE
				ADEGUATEZZA INNOVAZIONE TECNOLOGICA, STRUTTURALE, ICT,
				SODDISFAZIONE OPERATORI
I DIRITTI	GARANTIRE I DIRITTI ED IL COINVOLGIMENTO DEI CITTADINI/UTENTI	EMPOWERMENT	UMANIZZAZIONE	PROCESSI ASSISTENZIALI E ORGANIZZATIVI ORIENTATI AL RISPETTO E ALLA SPECIFITA'DELLA PERSONA
				ACCESSIBILITA' FISICA, VIVIBILITA' E COMFORT DELLA STRUTTURA
				ACCESSO ALLE INFORMAZIONI, SEMPLIFICAZIONE E TRASPARENZA
				CURA DELLA RELAZIONE E DELLA COMUNICAZIONE TRA I PROFESSIONISTI E L' UTENTE/PAZIENTE
			COINVOLGIMENTO DEI CITTADINI/UTENTI	PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI
				SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI

Da AGENAS modificata

Sistema Socio Sanitario
Ospedale Maggiore | Regione Lombardia
ASST Crema

2018-2020 PIANO INTEGRATO PER IL MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE
REPERTORIO OBIETTIVI AZIENDALI - OBIETTIVI DA ASSEGNARE ALLE UUOO -

ID OBIETTIVO	AMBITO	DIMENSIONE QUALITA' MISURATA AREA DI APPARTENENZA (1)-sub1	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub2	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub3	OBIETTIVO	AZIONI	rationale	Indicatore	Formula indicatore	fonte DOC RIFERIMENTO	STANDARD DI RIFERIMENTO/ RISULTATI ATTESI	RISULTATI	PRIORITA' (max 1-2-3-4-5 min)	TEMPI	PERIODICITA' MONITORAGGIO	RESPONSABILE MONITORAGGIO E CERTIFICATORE	RESPONSABILE DELL' OBIETTIVO	ambito applicazione-FUNZIONI COINVOLTE	DURATA PIMO	FREQUENZA flusso verso Regione
PrIMO	ECONOMICO-FINANZIARIO	EFFICIENZA	EFFICIENZA ECONOMICA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	**Situazione economico-finanziaria**	Ridurre costo del personale	Garantire equilibrio economico finanziario e sostenibilità	Indicatore economico gestionale di bilancio	Costo personale / produzione lorda * 100		**≤ anno precedente**		**1**	2018	semestrale	Controllo di Gestione	Direttore Eco Fin	AZIENDA E UU OO	12	Annuale
PrIMO	ECONOMICO-FINANZIARIO	EFFICIENZA	EFFICIENZA ECONOMICA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	**Situazione economico-finanziaria**	Mantenere costo beni e servizi	Garantire equilibrio economico finanziario e sostenibilità	Indicatore economico gestionale di bilancio	Spesa per beni e servizi / produzione lorda * 100		**≤ anno precedente**		**2**	2018	semestrale	Controllo di Gestione	Direttore Eco Fin	AZIENDA E UU OO	12	Annuale
PrIMO	ECONOMICO-FINANZIARIO	EFFICIENZA	EFFICIENZA ECONOMICA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	**Situazione economico-finanziaria**	Mantenere livello dei costi	Garantire equilibrio economico finanziario e sostenibilità	Indicatore economico gestionale di bilancio	Costi: Personale, beni e servizi, altri costi / Valore della Produzione da Bilancio * 100		**≤ anno precedente**		**1**	2018	semestrale	Controllo di Gestione	Direttore Eco Fin	AZIENDA E UU OO	12	Annuale
PrIMO	STRUTTURA	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA,INNOVAZIONE TECNOLOGICA, STRUTTURALE. ICT	**Manutenzioni ordinarie e straordinarie ai fini della sicurezza dei pazienti, visitatori e operatori**	Pianificare ed eseguire controlli impiantistici	La strttura deve assicurare la manutenzione degli impianti	Verifiche manutenzione impianti	Numero verifiche eseguite nei tempi / Numero verifiche pianificate * 100		**100%**		**2**	2018	semestrale	Qualità	Direttore UT	AZIENDA E UU OO	12	Semestrale
PrIMO	STRUTTURA	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	**Verifica impianti**	Controllare gli impianti	La struttura deve mantenere gli impianti in condizioni di efficienza	Contaminazione da Legionella delle acque	Numero di campionamenti positivi nei punti di controllo controllati (=> 100 UFC/l) / Numero punti di controllo verificati nel periodo * 100		**< 10%**		**1**	2018	semestrale	Responsabile CIO	Infermiera addetta ICA	AZIENDA E UU OO	12	Semestrale
PrIMO	STRUTTURA	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	**Documento di valutazione dei rischi**	Manutenere (aggiornare) il Documento valutazione rischi	Garantire lo strumento aziendale per la prevenzione dei rischi	Correttivi apportati al DVR	Numero di correttivi apportati per problemi ad alto rischio / Numero di correttivi pianificati per problemi ad alto rischio * 100		**100%**		**1**	2018	semestrale	Qualità	RSPP	AZIENDA E UU OO	12	Annuale
PrIMO	TECNOLOGIE	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA,INNOVAZIONE TECNOLOGICA, STRUTTURALE. ICT	**Governo delle attrezzature (manutenzione e acquisto)**	Eseguire le manutenzioni periodiche delle apparecchiature	La struttura deve garantire efficienti le tecnologie	Efficienza dell'alta tecnologia diagnostica	Num. di ore di fermo macchina per guasto TC e RMN nell'anno / Num. ore di servizio atteso TC e RMN * 100		**< all'anno 2017**		**2**	2018	semestrale	Qualità	Ing Clinico	AZIENDA E UU OO	12	Semestrale
PrIMO	TECNOLOGIE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	**Farmacovigilanza**	Segnalare le reazioni avverse	Il sistema di segnalazione degli eventi avversi è presupposto per azioni preventive in sicurezza	Tasso di segnalazioni di sospetta reazione avversa (ADR)	Num. di segnalazioni di sospetta ADR / Giornate di degenza (Ricoveri ordinari e DH) * 100		**> all'anno 2017**		**3**	2018	semestrale	Qualità	Direttore Farmacia	AZIENDA E UU OO	12	Annuale
PrIMO	TECNOLOGIE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	**Sorveglianza dei dispositivi**	Segnalare le reazioni avverse	Il sistema di segnalazione degli eventi avversi è presupposto per azioni preventive in sicurezza	Gestione recall dispositivi medici	Num. Recall gestiti nei tempi / Num. Recall ricevuti * 100		**100%**		**3**	2018	semestrale	Qualità	Direttore Farmacia	AZIENDA E UU OO	12	Annuale
PrIMO	TECNOLOGIE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	**Uso in sicurezza dei farmaci**	Eseguire controlli dell' applicazione delle procedure di sicurezza del farmaco	La struttura deve garantire un processo sicuro di somministrazione del farmaco	Stoccaggio elettroliti concentrati	Numero dei punti di detenzione dei farmaci controllati / Punti di detenzione dei farmaci * 100		**100%**		**1**	2018	semestrale	Qualità	Direttore Farmacia	AZIENDA E UU OO	12	Semestrale
PrIMO	TECNOLOGIE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	**Uso in sicurezza dei farmaci**	Eseguire controlli dell' applicazione delle procedure di sicurezza del farmaco	La struttura deve garantire un processo sicuro di somministrazione del farmaco	Stoccaggio elettroliti concentrati	Numero dei punti di detenzione dei farmaci conformi / Punti di detenzione dei farmaci controllati * 100		**100%**		**1**	2018	semestrale	Qualità	Direttore Farmacia	AZIENDA E UU OO	12	Semestrale
PrIMO	SISTEMI INFORMATIVI	EFFICACIA	ACCESSIBILITA' E FRUIBILITA'	FRUIBILITA' DEI SERVIZI	**Progetto SISS**	Pubblicare i documenti clinici	Il cittadino ed i professionisti devono poter disporre delle informazioni sul proprio stato di salute	Documenti sanitari disponibili on line	Num. di referti pubblicati sulla rete SISS Tipologia AMB/ tot documenti		**>80%**		**3**	2018	semestrale	Qualità	Responsbaile SIA (Sist Inf Az)	AZIENDA E UU OO	12	Annuale
PrIMO	SISTEMI INFORMATIVI	EFFICACIA	ACCESSIBILITA' E FRUIBILITA'	FRUIBILITA' DEI SERVIZI	**Progetto SISS**	Pubblicare i documenti clinici	Il cittadino ed i professionisti devono poter disporre delle informazioni sul proprio stato di salute	Documenti sanitari disponibili on line	Num. di referti pubblicati sulla rete SISS Tipologia LIS/ tot documenti		**>95%**		**3**	2018	semestrale	Qualità	Responsbaile SIA (Sist Inf Az)	AZIENDA E UU OO	12	Annuale
PrIMO	SISTEMI INFORMATIVI	EFFICACIA	ACCESSIBILITA' E FRUIBILITA'	FRUIBILITA' DEI SERVIZI	**Progetto SISS**	Pubblicare i documenti clinici	Il cittadino ed i professionisti devono poter disporre delle informazioni sul proprio stato di salute	Documenti sanitari disponibili on line	Num. di referti pubblicati sulla rete SISS Tipologia RIS/ tot documenti		**>90%**		**3**	2018	semestrale	Qualità	Responsbaile SIA (Sist Inf Az)	AZIENDA E UU OO	12	Annuale
PrIMO	SISTEMI INFORMATIVI	EFFICACIA	ACCESSIBILITA' E FRUIBILITA'	FRUIBILITA' DEI SERVIZI	**Progetto SISS**	Pubblicare i documenti clinici	Il cittadino ed i professionisti devono poter disporre delle informazioni sul proprio stato di salute	Documenti sanitari disponibili on line	Num. di referti pubblicati sulla rete SISS Tipologia PS		**>95%**		**3**	2018	semestrale	Qualità	Responsbaile SIA (Sist Inf Az)	AZIENDA E UU OO	12	Annuale
PrIMO	SISTEMI INFORMATIVI	EFFICACIA	ACCESSIBILITA' E FRUIBILITA'	FRUIBILITA' DEI SERVIZI	**Progetto SISS**	Pubblicare i documenti clinici	Il cittadino ed i professionisti devono poter disporre delle informazioni sul proprio stato di salute	Documenti sanitari disponibili on line	Num. di referti pubblicati sulla rete SISS Tipologia LDIM		**>95%**		**3**	2018	semestrale	Qualità	Responsbaile SIA (Sist Inf Az)	AZIENDA E UU OO	12	Annuale
PrIMO	SISTEMI INFORMATIVI	EFFICACIA	ACCESSIBILITA' E FRUIBILITA'	FRUIBILITA' DEI SERVIZI	**Progetto SISS**	Pubblicare i documenti clinici	Il cittadino ed i professionisti devono poter disporre delle informazioni sul proprio stato di salute	Documenti sanitari disponibili on line	Num. di referti pubblicati sulla rete SISS Tipologia ALTRO		**NA**		**5**	2018	semestrale	Qualità	Responsbaile SIA (Sist Inf Az)	AZIENDA E UU OO	12	Annuale
PrIMO	SISTEMI INFORMATIVI	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA,INNOVAZIONE TECNOLOGICA, STRUTTURALE. ICT	**Disaster recovery**	Attuare un piano preventivo di sicurezza delle tecnologie informatiche	La struttura deve assicurare la continuità operativa dei servizi essenziali	Disaster plan informatico	Presenza di un Disaster Plan testato e discusso almeno una volta l'anno.		**SI/NO**		**1**	2018	semestrale	Qualità	Responsbaile SIA (Sist Inf Az)	AZIENDA E UU OO	12	Annuale
PrIMO	SISTEMI INFORMATIVI	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA,INNOVAZIONE TECNOLOGICA, STRUTTURALE. ICT	**Continuità operativa**	Attuare un piano preventivo di sicurezza delle tecnologie informatiche	La struttura deve assicurare la continuità operativa dei servizi essenziali	Continuità operativa informatica	Somma degli eventi in cui gli applicativi informatici clinici (cce, cup, ps, lis, ris, adt...) non sono stati accessibili/funzionanti per un tempo superiore a 30 minuti /365		**N° ass**		**2**	2018	semestrale	Qualità	Responsbaile SIA (Sist Inf Az)	AZIENDA E UU OO	12	Annuale

ASST DI CREMA

Sistema Socio Sanitario
Ospedale Maggiore — Regione Lombardia
ASST Crema

2018-2020 PIANO INTEGRATO PER IL MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE
REPERTORIO OBIETTIVI AZIENDALI - OBIETTIVI DA ASSEGNARE ALLE UUOO -

ID OBIETTIVO	AMBITO	DIMENSIONE QUALITA' MISURATA AREA DI APPARTENENZA (1)-sub1	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub2	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub3	OBIETTIVO	AZIONI	rationale	Indicatore	Formula indicatore	fonte DOC RIFERIMENTO	STANDARD DI RIFERIMENTO/ RISULTATI ATTESI	RISULTATI	PRIORITA' (max 1-2-3-4-5 min)	TEMPI	PERIODICITA' MONITORAGGIO	RESPONSABILE MONITORAGGIO E CERTIFICATORE	RESPONSABILE DELL' OBIETTIVO	ambito applicazione-FUNZIONI COINVOLTE	DURATA PIMO	FREQUENZA flusso verso Regione
PrIMO	RISORSE UMANE	EFFICACIA	ESITI	PREVENZIONE	**Sicurezza del posto di lavoro, infortuni e sorveglianza sanitaria**	Attuare le azioni di prevenzione degli infortuni	Ridurre gli infortuni	Frequenza infortuni	Num. tot.infortuni (compresi gli infortuni in itinere) / ore lavorate * 1.000.000 di ore lavorate		**<= 2017**		**1**	2018	semestrale	Qualità	RSPP	AZIENDA E UU OO	12	Annuale
PrIMO	RISORSE UMANE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROFESSIONALE E SVILUPPO DELLE COMPETENZE	PIANO DELLA FORMAZIONE	**Analisi dell'attività formativa erogata**	Redigere ed attuare piano della formazione	Garantire formazione adeguata	Tasso di efficacia dell'offerta formativa	N.corsi erogati / N.corsi programmati * 100		**>90%**		**2**	2018	semestrale	Qualità	Resp Formazione	AZIENDA E UU OO	12	Annuale
PrIMO	RISORSE UMANE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROFESSIONALE E SVILUPPO DELLE COMPETENZE	PIANO DELLA FORMAZIONE	**Rilevazione e programmazione dei fabbisogni formativi**	Redigere ed attuare piano della formazione	Garantire formazione adeguata	Incidenza ore di formazione	N. ORE DI FORMAZIONE EFFETTUATE DAL PERSONALE / N.ORE LAVORATE * 100		**ND**		**2**	2018	semestrale	Qualità	Resp Formazione	AZIENDA E UU OO	12	Annuale
PrIMO	RISORSE UMANE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROFESSIONALE E SVILUPPO DELLE COMPETENZE	PIANO DELLA FORMAZIONE	**Rilevazione e programmazione dei fabbisogni formativi**	Redigere ed attuare piano della formazione	Garantire formazione adeguata	Incidenza ore di formazione	Nr. Ore di formazione sul campo / totale ore di formazione * 100		**ND**		**2**	2018	semestrale	Qualità	Resp Formazione	AZIENDA E UU OO	12	Annuale
PrIMO	RISORSE UMANE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROFESSIONALE E SVILUPPO DELLE COMPETENZE	PIANO DELLA FORMAZIONE	**Valutazione e sviluppo delle competenze**	Redigere ed attuare piano della formazione	Garantire formazione adeguata	Dipendenti con valutazione individuale annuale	Num. Dipendenti con valutazione individuale annuale / Totale personale dipendente * 100		**>95%**		**2**	2018	semestrale	Qualità	Reso Risorese Umane	AZIENDA E UU OO	12	Annuale
PrIMO	ORGANIZZAZIONE	EMPOWERMENT	COINVOLGIMENTO CITTADINI E UTENTI	SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI	**Segnalazioni dei cittadini**	Ricondurre a sistema tutte le segnalazioni dei cittadini	Dare ascolto e risocntro alle segnalazioni dei cittadini	Distribuzione delle classi di RECLAMI	distribuzione % classe reclamo 1 (INFORMAZIONE/ORIENTAMENTO)		**<2017**		**2**	2018	semestrale	Qualità	Resp URP	AZIENDA E UU OO	12	Annuale
PrIMO	ORGANIZZAZIONE	EMPOWERMENT	COINVOLGIMENTO CITTADINI E UTENTI	SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI	**Segnalazioni dei cittadini**	Ricondurre a sistema tutte le segnalazioni dei cittadini	Dare ascolto e risocntro alle segnalazioni dei cittadini	Distribuzione delle classi di RECLAMI	distribuzione % classe reclamo 2 (CONDIZIONI DELL'ACCESSO)		**<2017**		**2**	2018	semestrale	Qualità	Resp URP	AZIENDA E UU OO	12	Annuale
PrIMO	ORGANIZZAZIONE	EMPOWERMENT	COINVOLGIMENTO CITTADINI E UTENTI	SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI	**Segnalazioni dei cittadini**	Ricondurre a sistema tutte le segnalazioni dei cittadini	Dare ascolto e risocntro alle segnalazioni dei cittadini	Distribuzione delle classi di RECLAMI	distribuzione % classe reclamo 3 (COMUNICAZIONE E RELAZIONE)		**<2017**		**2**	2018	semestrale	Qualità	Resp URP	AZIENDA E UU OO	12	Annuale
PrIMO	ORGANIZZAZIONE	EMPOWERMENT	COINVOLGIMENTO CITTADINI E UTENTI	SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI	**Segnalazioni dei cittadini**	Ricondurre a sistema tutte le segnalazioni dei cittadini	Dare ascolto e risocntro alle segnalazioni dei cittadini	Distribuzione delle classi di RECLAMI	distribuzione % classe reclamo 4 (ASPETTTI STRUTTURALI, AMBIENTALI E SICUREZZA)		**<2017**		**2**	2018	semestrale	Qualità	Resp URP	AZIENDA E UU OO	12	Annuale
PrIMO	ORGANIZZAZIONE	EMPOWERMENT	COINVOLGIMENTO CITTADINI E UTENTI	SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI	**Segnalazioni dei cittadini**	Ricondurre a sistema tutte le segnalazioni dei cittadini	Dare ascolto e risocntro alle segnalazioni dei cittadini	Distribuzione delle classi di RECLAMI	distribuzione % classe reclamo 5 (RISPETTO DEI DIRITTI)		**<2017**		**2**	2018	semestrale	Qualità	Resp URP	AZIENDA E UU OO	12	Annuale
PrIMO	ORGANIZZAZIONE	EMPOWERMENT	COINVOLGIMENTO CITTADINI E UTENTI	SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI	**Segnalazioni dei cittadini**	Ricondurre a sistema tutte le segnalazioni dei cittadini	Dare ascolto e risocntro alle segnalazioni dei cittadini	Distribuzione delle classi di RECLAMI	distribuzione % classe reclamo 6 (PRESTAZIONI)		**<2017**		**2**	2018	semestrale	Qualità	Resp URP	AZIENDA E UU OO	12	Annuale
PrIMO	ORGANIZZAZIONE	EMPOWERMENT	COINVOLGIMENTO CITTADINI E UTENTI	SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI	**Segnalazioni dei cittadini**	Ricondurre a sistema tutte le segnalazioni dei cittadini	Dare ascolto e risocntro alle segnalazioni dei cittadini	Distribuzione delle classi di RECLAMI	distribuzione % classe reclamo 7 (ASPETTI ECONOMICI)		**<2017**		**2**	2018	semestrale	Qualità	Resp URP	AZIENDA E UU OO	12	Annuale
PrIMO	ORGANIZZAZIONE	EMPOWERMENT	COINVOLGIMENTO CITTADINI E UTENTI	SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI	**Segnalazioni dei cittadini**	Ricondurre a sistema tutte le segnalazioni dei cittadini	Dare ascolto e risocntro alle segnalazioni dei cittadini	Distribuzione delle classi di RECLAMI	distribuzione % classe reclamo 8 (RILASCIO DOCUMENTAZIONE CLINICA)		**<2017**		**2**	2018	semestrale	Qualità	Resp URP	AZIENDA E UU OO	12	Annuale
PrIMO	ORGANIZZAZIONE	EMPOWERMENT	COINVOLGIMENTO CITTADINI E UTENTI	SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI	**Segnalazioni dei cittadini**	Ricondurre a sistema tutte le segnalazioni dei cittadini	Dare ascolto e risocntro alle segnalazioni dei cittadini	Distribuzione delle classi di RECLAMI	distribuzione % classe reclamo 9 (ASSISTENZA PROTESICA)		**<2017**		**2**	2018	semestrale	Qualità	Resp URP	AZIENDA E UU OO	12	Annuale
PrIMO	ORGANIZZAZIONE	EMPOWERMENT	COINVOLGIMENTO CITTADINI E UTENTI	SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI	**Segnalazioni dei cittadini**	Ricondurre a sistema tutte le segnalazioni dei cittadini	Dare ascolto e risocntro alle segnalazioni dei cittadini	Distribuzione delle classi di RECLAMI	distribuzione % classe reclamo 10 (ASSISTENZA FARMACEUTICA)		**<2017**		**2**	2018	semestrale	Qualità	Resp URP	AZIENDA E UU OO	12	Annuale
PrIMO	ORGANIZZAZIONE	EMPOWERMENT	COINVOLGIMENTO CITTADINI E UTENTI	SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI	**Segnalazioni dei cittadini**	Ricondurre a sistema tutte le segnalazioni dei cittadini	Dare ascolto e risocntro alle segnalazioni dei cittadini	Distribuzione delle classi di RECLAMI	distribuzione % classe reclamo 11 (INTEGRAZIONE SERVIZI SOCIO SANITARI)		**<2017**		**2**	2018	semestrale	Qualità	Resp URP	AZIENDA E UU OO	12	Annuale
PrIMO	ORGANIZZAZIONE	EMPOWERMENT	COINVOLGIMENTO CITTADINI E UTENTI	SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI	**Segnalazioni dei cittadini**	Ricondurre a sistema tutte le segnalazioni dei cittadini	Dare ascolto e risocntro alle segnalazioni dei cittadini	Distribuzione delle classi di RECLAMI	distribuzione % classe reclamo 12 (VARIE)		**<2017**		**2**	2018	semestrale	Qualità	Resp URP	AZIENDA E UU OO	12	Annuale
PrIMO	ORGANIZZAZIONE	EMPOWERMENT	COINVOLGIMENTO CITTADINI E UTENTI	SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI	**Rilevazione della qualità percepita (customer)**	Migliorare la customer	La qualità percepita è un indicatore necessario per il miglioramento dei servizi	Percentuale dei giudizi positivi nelle rilevazioni di customer satisfaction	Num. risposte pari a 6 e 7 per la domanda relativa alla SODDISFAZIONE COMPLESSIVA / Num. totale risposte * 100		**>2017**		**2**	2018	semestrale	Qualità	Resp URP	AZIENDA E UU OO	12	Semestrale
PrIMO	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	**Gestione del contenzioso**	Ridurre la sinistrosità	Gestire la sinistrosità	RR aperte nell'anno	Nr. RR pervenute nell'anno / Giornate di degenza dell'anno * 100		**<2017**		**1**	2018	semestrale	Qualità	Direttore AAGG	AZIENDA E UU OO	12	Annuale
PrIMO	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	**Qualità della documentazione sanitaria**	Documentazione conforme a standard e requisiti	La documentazione sanitaria è strumento di gestione del rischio e di continuità di cura	Esito dei controlli NOC sulla documentazione sanitaria	Nro delle cartelle con esito diverso da 1 al controllo di qualità documentale / Nro delle cartelle verificate * 100		**<5%**		**1**	2018	semestrale	Qualità	Resp Controlli Interni	AZIENDA E UU OO	12	Annuale

ASST DI CREMA

Sistema Socio Sanitario
Ospedale Maggiore — Regione Lombardia
ASST Crema

2018-2020 PIANO INTEGRATO PER IL MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE
REPERTORIO OBIETTIVI AZIENDALI - OBIETTIVI DA ASSEGNARE ALLE UUOO -

ID OBIETTIVO	AMBITO	DIMENSIONE QUALITA' MISURATA AREA DI APPARTENENZA (1)-sub1	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub2	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub3	OBIETTIVO	AZIONI	rationale	Indicatore	Formula indicatore	fonte DOC RIFERIMENTO	STANDARD DI RIFERIMENTO/ RISULTATI ATTESI	RISULTATI	PRIORITA' (max 1-2-3-4-5 min)	TEMPI	PERIODICITA' MONITORAGGIO	RESPONSABILE MONITORAGGIO E CERTIFICATORE	RESPONSABILE DELL' OBIETTIVO	ambito applicazione-FUNZIONI COINVOLTE	DURATA PIMO	FREQUENZA flusso verso Regione
PrIMO	ORGANIZZAZIONE	EMPOWERMENT	COINVOLGIMENTO CITTADINI E UTENTI	SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI	**Qualità dei servizi forniti in outsourcing: RISTORAZIONE**	Rispettare gli standard dei servizi	Garantire servizi che rispettano standard qualitativi e verificare che i fornitori rispettino i capitolati	Indice di soddisfazione del servizio dato in outsourcing	Num. di questionari che raggiungono una valutazione media soddisfacente nel periodo di riferimento / Num. totale dei questionari compilati * 100		**>85%**		**2**	2018	semestrale	Qualità	Direttore Acquisti	AZIENDA E UU OO	12	Semestrale
PrIMO	ORGANIZZAZIONE	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA,INNOVAZIONE TECNOLOGICA, STRUTTURALE. ICT	**Qualità dei servizi forniti in outsourcing: STERILIZZAZIONE**	Rispettare gli standard dei servizi	Garantire servizi che rispettano standard qualitativi e verificare che i fornitori rispettino i capitolati	Indice di soddisfazione del servizio dato in outsourcing	Num. di questionari che raggiungono una valutazione media soddisfacente nel periodo di riferimento / Num. totale dei questionari compilati * 100		**95%**		**1**	2018	semestrale	Direttore DMPO	Inf addetta ICA	AZIENDA E UU OO	12	Semestrale
PrIMO	ORGANIZZAZIONE	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA,INNOVAZIONE TECNOLOGICA, STRUTTURALE. ICT	**Qualità dei servizi forniti in outsourcing: LAVANOLO**	Rispettare gli standard dei servizi	Garantire servizi che rispettano standard qualitativi e verificare che i fornitori rispettino i capitolati	Indice di soddisfazione del servizio dato in outsourcing	Num. di questionari che raggiungono una valutazione media soddisfacente nel periodo di riferimento / Num. totale dei questionari compilati * 100		**95%**		**2**	2018	semestrale	Qualità	DEC-Direttore Acquisti	AZIENDA E UU OO	12	Semestrale
PrIMO	ORGANIZZAZIONE	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA,INNOVAZIONE TECNOLOGICA, STRUTTURALE. ICT	**Qualità dei servizi forniti in outsourcing: RIFIUTI**	Rispettare gli standard dei servizi	Garantire servizi che rispettano standard qualitativi e verificare che i fornitori rispettino i capitolati	Indice di soddisfazione del servizio dato in outsourcing	Num. di questionari che raggiungono una valutazione media soddisfacente nel periodo di riferimento / Num. totale dei questionari compilati * 100		**95%**		**1**	2018	semestrale	Qualità	DEC - Dirigente delegato	AZIENDA E UU OO	12	Semestrale
PrIMO	ORGANIZZAZIONE	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA,INNOVAZIONE TECNOLOGICA, STRUTTURALE. ICT	**Qualità dei servizi forniti in outsourcing: CARTELLE CLINICHE (ARCHIVIO DOC SANITARIA)**	Rispettare gli standard dei servizi	Garantire servizi che rispettano standard qualitativi e verificare che i fornitori rispettino i capitolati	Indice di soddisfazione del servizio dato in outsourcing	Num. di questionari che raggiungono una valutazione media soddisfacente nel periodo di riferimento / Num. totale dei questionari compilati * 100		**95%**		**1**	2018	semestrale	Qualità	DEC dirigente delegato	AZIENDA E UU OO	12	Semestrale
PrIMO	ORGANIZZAZIONE	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA,INNOVAZIONE TECNOLOGICA, STRUTTURALE. ICT	**Qualità dei servizi forniti in outsourcing. TRASPOSTI SANITARI**	Rispettare gli standard dei servizi	Garantire servizi che rispettano standard qualitativi e verificare che i fornitori rispettino i capitolati	Indice di soddisfazione del servizio dato in outsourcing	Num. di questionari che raggiungono una valutazione media soddisfacente nel periodo di riferimento / Num. totale dei questionari compilati * 100		**95%**		**1**	2018	semestrale	Qualità	DEC-Direttore PS	AZIENDA E UU OO	12	Semestrale
PrIMO	ORGANIZZAZIONE	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA,INNOVAZIONE TECNOLOGICA, STRUTTURALE. ICT	**Qualità dei servizi forniti in outsourcing: ECOSFERA (MANUT IMPIANTISTICA)**	Rispettare gli standard dei servizi	Garantire servizi che rispettano standard qualitativi e verificare che i fornitori rispettino i capitolati	Indice di soddisfazione del servizio dato in outsourcing	Num. di questionari che raggiungono una valutazione media soddisfacente nel periodo di riferimento / Num. totale dei questionari compilati * 100		**95%**		**1**	2018	semestrale	Qualità	DEC-Direttore UT	AZIENDA E UU OO	12	Semestrale
PrIMO	ORGANIZZAZIONE	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA,INNOVAZIONE TECNOLOGICA, STRUTTURALE. ICT	**Qualità dei servizi forniti in outsourcing: SERVIZIO INFORMATICO**	Rispettare gli standard dei servizi	Garantire servizi che rispettano standard qualitativi e verificare che i fornitori rispettino i capitolati	Indice di soddisfazione del servizio dato in outsourcing	Num. di questionari che raggiungono una valutazione media soddisfacente nel periodo di riferimento / Num. totale dei questionari compilati * 100		**95%**		**1**	2018	semestrale	Qualità	Res. SIA	AZIENDA E UU OO	12	Semestrale
28	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	ACCESSIBILITA' E FRUIBILITA'	FRUIBILITA' DEI SERVIZI	**Garantire trattamenti coerenti con le condizioni cliniche dei pazienti: tempi di attesa in pronto soccorso adeguati alle classi di priorità**	Mantenere attiva la valutazione ed il monitoraggio dei tempi stabiliti per codice di gravità	Il trattamento dei pazienti deve avvenire entro tempi che dipendono dalle condizioni cliniche del paziente	Casi visitati entro tempi stabiliti per codice di gravità	% di pazienti codice giallo visitati entro 20'		85% di casi visitati (codice giallo) entro 20 minuti		1	2018	on line	DMPO	Direttore PS	PRONTO SOCCORSO	12	NP
28	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	ACCESSIBILITA' E FRUIBILITA'	FRUIBILITA' DEI SERVIZI	**Garantire trattamenti coerenti con le condizioni cliniche dei pazienti: tempi di attesa in pronto soccorso adeguati alle classi di priorità**	Mantenere attiva la valutazione ed il monitoraggio dei tempi stabiliti per codice di gravità	Il trattamento dei pazienti deve avvenire entro tempi che dipendono dalle condizioni cliniche del paziente	Casi visitati entro tempi stabiliti per codice di gravità	% di pazienti codice giallo visitati entro 30'		90% di casi visitati (codice giallo) entro 30 minuti		1	2018	on line	DMPO	Direttore PS	PRONTO SOCCORSO	12	NP
4	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	ACCESSIBILITA' E FRUIBILITA'	FRUIBILITA' DEI SERVIZI	**Garantire tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero entro lo standard**	Mantenere le prestazioni entro il tempo standard (tracciato 28SAN): ambulatoriale per tutte le prime visite e indagini strumentali a Crema..	Le prestazioni devono essere garantite entro tempi massimi a seconda della gravità della situazione	I7 - bis Analisi tempi d'attesa : Percento di prestazioni erogate entro il tempo standard -tracciato 28 /san -per tutte le prime visite e indagini strumentali a Crema;	I7 - bis Analisi tempi d'attesa : Percento di prestazioni erogate entro il tempo standard -tracciato 28 /san -per tutte le prime visite e indagini strumentali a Crema. (elenco codici)	MANUALE TMARL	>90%		2	2018	REAL TIME	DMPO	Direttori di UUOO	UUOO	12	NP
30	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	ACCESSIBILITA' E FRUIBILITA'	FRUIBILITA' DEI SERVIZI	**Garantire tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero entro lo standard**	I7-Mantenere le prestazioni come da indicatore regionale	Le prestazioni devono essere garantite entro tempi massimi a seconda della gravità della situazione	I7 - Analisi tempi d'attesa : media dei tempi di attesa per singole procedure, media per categorie; raggruppamento per percentili	I7 - Analisi tempi d'attesa : media dei tempi di attesa per singole procedure, media per categorie; raggruppamento per percentili - disporre della rilevazioni	vedi scheda indicatore regio	SI/NO		**1**	2018	mensile	Regionale	Direttori UU.OO.	AZIENDA	12	NP
2	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	ACCESSIBILITA' E FRUIBILITA'	DISPONIBILITA' DEI SERVIZI	**Semplificazione dei percorsi del cittadino: prescrizioni di prestazioni e farmaci informatizzate**	Effettuare prescrizioni di prestazioni e farmaci informatizzate sul totale delle prescrizioni	Semplificazione dei percorsi al cittadino	Percento prescrizioni informatizzate	N° di prescrizioni informatizzate / Totale prescrizioni	LG SISS	> 80%		2	2018	Mensile	DMPO	RESPONSABILE SISS	AZIENDA E UU OO	12	NP
3	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	ACCESSIBILITA' E FRUIBILITA'	DISPONIBILITA' DEI SERVIZI	**Semplificazione dei percorsi al cittadino: rilascio certificati di malattia alla dimissione**	Compilare i certificati di malattia dei pazienti dimessi	Semplificazione percorsi cittadino	certificati malattia rilasciati sui dimessi	Percento certificati malattia rilasciati sui pazienti dimessi rispettoa a quanti richiesti	LG SISS	> 80%		3	2018	Mensile	DMPO	Direttore di UUOO	UUOO	12	NP
6	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	**Migliorare il processo di cura: appropriatezza del trattamento dello stroke**	Gestire tutti i pazienti affetti da stroke nella Stroke Unit	I paz affetti da stroke trattati in Strutture dedicate (SU) hanno un esito più favorevole	Tasso di occupazione SU di paz affetti da stroke	Percento di paz stroke ricoverati in SU	LG	>85%		1	2018	trimestrale	DMPO	Direttore Neurologia	NEUROLOGIA	12	NP
6	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	**Migliorare il processo di cura: tempestività intervento su pz con Stroke**	effettuare la trombolisi entro le 4,5 ore dell'esordio	Una percentuale di pazienti affetti da stroke devono ricevere trombolisi entro 4,5 ore	Tasso di trombolisi eseguite entro 4,5 h (STROKE)	N° di trombolisi / pz dimessi con stroke	LG	>7%		1	2018	trimestrale	DMPO	Direttore di Neurologia	NEUROLOGIA CARDIOLOGIA	12	NP
7	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	**Promuovere l'aumento prelievi organi:prelievi multiorgano**	promuovere i prelievi multiorgano	Aumento prelievi organi	Numero prelievi multiorgano / anno	Numero prelievi multiorgano / anno	LG	>1		1	2018	mensile	DMPO	Coordinatole locale prelievi	AZIENDA RIANIMAZIONE	12	NP
7	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	**Promuovere l'aumento prelievi tessuti: cornee**	promuovere i prelievi di cornee	Aumento prelievi tessuti	PRELIEVI DI CORNEE (percento sui decessi)	N° donatori cornee / totale decessi	LG	Mantenimento 11 % prelievi di cornee		1	2018	mensile	DMPO	Coordinatole locale prelievi	AZIENDA E UUOO	12	NP
7	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	**Promuovere l'aumento prelievi tessuti: TMS**	promuovere i prelievi di Tessuto Muscolo Scheletrico	Aumento prelievi tessuti	PRELIEVI DI TESSUTO MUSCOLO SCHELETRICO (percento su impianti di protesi)	N° donatori di TMS / impianti di protesi	LG	% su impianti di protesi >20%		1	2018	mensile	DMPO	Coordinatole locale prelievi	AZIENDA E ORTOPEDIA	12	NP
7	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	**Promuovere l'aumento prelievi tessuti: prelievo di sangue cordonale**	promuovere i prelievi di sangue cordonale	Aumento prelievi tessuti	PRELIEVI DI SANGUE CORDONALE (percento sui parti)	PRELIEVI DI SANGUE CORDONALE (percento sui parti)	LG	% sui parti		1	2018	trimestrale	DMPO	Coordinatole locale prelievi	AZIENDA E GINECOLOGIA SIMT DMPO	12	NP

SEMPLICE

Ospedale Maggiore — Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia — ASST Crema

2018-2020 PIANO INTEGRATO PER IL MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE
REPERTORIO OBIETTIVI AZIENDALI - OBIETTIVI DA ASSEGNARE ALLE UUOO -

ID OBIETTIVO	AMBITO	DIMENSIONE QUALITA' MISURATA AREA DI APPARTENENZA (1)-sub1	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub2	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub3	OBIETTIVO	AZIONI	rationale	Indicatore	Formula indicatore	fonte-DOC RIFERIMENTO	STANDARD DI RIFERIMENTO/ RISULTATI ATTESI	RISULTATI	PRIORITA' (max 1-2-3-4-5 min)	TEMPI	PERIODICITA' MONITORAGGIO	RESPONSABILE MONITORAGGIO E CERTIFICATORE	RESPONSABILE DELL' OBIETTIVO	ambito applicazione-FUNZIONI COINVOLTE	DURATA PIMO	FREQUENZA flusso verso Regione
8	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	**Migliorare il processo di cura del trattamento del paziente con IMA: tempestività del trattamento**	garantire l'intervento di PTCA primaria entro 90'	L' intervento di PTCA primaria in urgenza va garantiro entro 90 '	PTCA primaria eseguite entro 90' (door to baloon time)	Percento di PTCA primaria eseguite entro 90' dall' ingresso in Pronto Soccorso	LG	85% di PTCA primaria eseguite entro 90' dall'ingresso in PS		1	2018	mensile	DMPO	Direttore Cardiologia	CARDIOLOGIA	12	NP
8	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	**Migliorare il processo di cura del trattamento del paziente con IMA: tempestività del trattamento**	garantire l'intervento di PTCA primaria entro 90'	L' intervento di PTCA primaria in urgenza va garantiro entro 90 '	Tempo mediano di esecuzione di PTCA	mediana dei tempi di esecuzione di PTCA	LG	< 75' mediana dei tempi di esecuzione dii PTCA		1	2018	mensile	DMPO	Direttore Cardiologia	CARDIOLOGIA	12	NP
9	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	**Garantire il trattamento chirurgico delle fratture di femore entro 48H**	Mantenere attiva la valutazione ed il trattamento chirurgico delle fratture di femore entro 48 h	Garantire il trattamento chirurgico delle fratture di femore entro 48H comporta una minore mortalità ed una più rapida ripresa	I7 - % Fratture del Femore Operate Entro 48h dall'ammissione	I7 - % Fratture del Femore Operate Entro 48h dall'ammissione: % di interventi per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento <= 2 giorni (FORMULE R.Lombardia e AGENAS)	Indicatore regionale e Indicatore	>75%		1	2018	mensile	DMPO	Direttore di Ortopedia	ORTOPEDIA PS e ANESTESIA	12	NP
9	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	**Garantire il trattamento chirurgico delle fratture di femore entro 72H**	Mantenere attiva la valutazione ed il trattamento chirurgico delle fratture di femore entro 72 h	Garantire il trattamento chirurgico delle fratture di femore entro 72H comporta una minore mortalità ed una più rapida ripresa	Fratture di femore: percento di casi trattati entro 72h	I7 - % Fratture del Femore Operate Entro 72h dall'ammissione: % di interventi per frattura del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento <= 2 giorni (FORMULA AO)		>75%		1	2018	mensile	DMPO	Direttore di Ortopedia	ORTOPEDIA PS e ANESTESIA	12	NP
10	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	**Ridurre le dimissioni volontarie**		Le dimissioni volontarie sono elemento di insoddisfazione dell' utente	I1 - Dimissioni volontarie : Fonte SDO, % pz dimessi con codifica 2	I1 - Dimissioni volontarie : Fonte SDO, % pz dimessi con codifica 2 VEDI SCHEDA	vedi scheda indicatore regio	>=classe 3		3	2018	mensile	DMPO	Direttori delle UUOO	Unità Operativa: Medicina , Chirurgia, Ortopedia Urologia, Neurologia, Oncologia, Cardiologia	12	NP
11	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	**Ridurre trasferimenti fra strutture**		I trasferimenti tra strutture di pazienti appartenenti alle specialità presenti nell' ospedale costituisce elemento di non soddisfacimento della domanda	I2 - Trasferimenti tra strutture : fonte SDO, dimissione/ammissione nello stesso giorno escludendo Ospedali all'interno della stessa A.O. ed escluso l'invio a reparti non presenti nell'Azienda di provenienza	I2 - Trasferimenti tra strutture : fonte SDO, dimissione/ammissione nello stesso giorno escludendo Ospedali all'interno della stessa A.O. ed escluso l'invio a reparti non presenti nell'Azienda di provenienza	vedi scheda indicatore regio	>=classe 3		3	2018	mensile	DMPO	Direttori delle UUOO	Unità Operativa: Medicina , Chirurgia, Ortopedia Urologia, Neurologia, Oncologia, Cardiologia	12	NP
14	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	**Garantire accesso in caso di gravi calamità**	Eseguire la revisione del piano emergenza	Disporre di un piano di emergenza e testarne la applicazione è elemento di sicurezza	Avere eseguito la revisione del Piano di emergenza entro il 30 dicembre 2018	Avere eseguito la revisione del Piano di emergenza entro il 30 dicembre 2018		SI - Presenza del piano revisionato		1	2018	annualke	DMPO	Direttore Coordinatore DEA	Tutte le UUOO; il DEA coordina la revisione;	12	NP
32	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	**Appropriatezza dei parti cesarei primari**	Ridurre il parto cesareo primario	IL parto cesareo va riservato a casi indicati. E' riconosciuta a livello internazionale un sovrautilizzo della procedura.	Tasso di parto cesareo primario	vedi scheda AGENAS/RL		< valore 2015 - vedi CRUSCOTTO		2	2018	mensile	DMPO	Direttore Ostetricia	OSTETRICIA	12	NP
32	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	**Appropriatezza dei parti cesarei**	Ridurre il tasso di parto cesareo	IL parto cesareo va riservato a casi indicati. E' riconosciuta a livello internazionale un sovrautilizzo della procedura.	Tasso di parto cesareo	vedi scheda INDICATORE A.O.		< valore 2013 - vedi CRUSCOTTO		2	2018	trimestrale	DMPO	Direttore Ostetricia	OSTETRICIA	12	NP
34	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	**Ridurre le ulcere da pressione nei pz ricoverati**	Applicare la procedura di prevenzione delle ulcere da pressione.	Una buona assistenza deve limitare la comparsa di ulcere da pressione	ULCERE DA PRESSIONE: percento di pazienti ai quali è curata una ulcera da pressione presente all' atto del ricovero	vedi scheda INDICATORE A.O./RL		riduzione della % di pazienti che entrano senza ulcera da pressione ed escono con ulcera da pressione		1	2018	semestrale	DMPO	SITRA	AZIENDA TUTTE LE UU.OO. Di degenza	12	NP
35	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	**Appropriatezza di codifica dei casi complicati**	Solo monitoraggio	Controllare comportamenti opportunistici	I10 - Upcoding : rapporto tra ricoveri con complicanze rispetto al totale dei ricoveri dei DRG copia risp	vedi scheda indicatore regionale		valore regionale		3	2018	trimestrale	DMPO	Direttori UUOO	AZIENDA	12	NP
36	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	**Ridurre comportamenti opportunistici: selezione della casistica trattata**	Solo monitoraggio	Controllare comportamenti opportunistici	I11 - Cream skimming : verifica selezione della casistica	vedi scheda indicatore regionale		valore regionale		3	2018	trimestrale	DMPO	Direttori UUOO	Unità Operativa	12	NP
60	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	**Raggiungere gli standard previsti dalla check list di autovalutazione**	Vedere piano delle azioni specifico definito per singolo item	Raggiungere standard riconosciuti è elemento di qualità della struttura	Compliance standard JCI e Valutazione AO Reg. Lombardia	% standard raggiunti		≥95%		2	2018	semestrale	Ufficio qualità	Ufficio qualità	AZIENDA tutte le UU.OO.	12	NP
60	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	**Prevenire e correggere errori -Sistema di segnalazione (incident reporting)- Incremento segnalazioni spontanee**	Aumentare le segnalazioni spontanee nelle singole U.O.	Disporre di informazioni sugli eventi avversi e sui quasi eventi è utile al fine del miglioramento	Numero Segnalazioni spontanee degli operatori (sistema di incident reporting)	Numero Segnalazioni spontanee degli operatori (sistema di incident reporting)		aumento del n° 2018 / 2017		2	2018	semestrale	Ufficio qualità	Referenti qualità e sicurezza U.O.	AZIENDA tutte le UU.OO.	12	NP
60	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	**Prevenire e correggere errori - Reclami e segnalazioni degli utenti**	Gestire i reclami e le segnalazioni secondo la procedura prevista (PG09)	Disporre di informazioni sugli eventi avversi e sui quasi eventi è utile al fine del miglioramento	Reclami e Segnalazioni spontanee degli utenti (delta % sull' anno prec)	Reclami e Segnalazioni spontanee degli utenti (delta % sull' anno prec)		n° reclami e segnalazioni trattati secondo procedura ≥95%		2	2018	semestrale	Ufficio qualità	URP	AZIENDA tutte le UU.OO.	12	NP
37	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	CONTROLLO DOLORE	**Garantire un'appropriata gestione del dolore in ospedale**	effettuare lo screening del dolore a tutti i pazienti ricoverati	Tutti i pazienti devono essere screenati per la comparsa di dolore.	Screening dolore nelle cartelle cliniche: % di cartelle nelle quali è rilevato il dolore	Screening dolore nelle cartelle cliniche: % di cartelle nelle quali è rilevato il dolore		100% delle cartelle cliniche deve contenere lo screening del dolore		1	2018	semestrale	Ufficio qualità	Direttori e coordinatori delle UU.OO.	AZIENDA tutte le UU.OO.	12	NP
37	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	CONTROLLO DOLORE	**Garantire un'appropriato trattamento del dolore in ospedale**	trattare tutti i pazienti con dore >4 scala VAS	Tutti i pazienti con dolore oltre una soglia devono ricevere il necessario trattamento	Pazienti con dolore >4 scala VAS che ricevono il trattamento	Pazienti con dolore >4 scala VAS che ricevono il trattamento		0,8		1	2018	semestrale	Ufficio qualità	Direttori e coordinatori delle UU.OO.	AZIENDA tutte le UU.OO.	12	NP
12	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	**Riduzione mortalità Sepsi grave: individuazione casi**	Applicare la scheda di M.E.W.S.	La diagnosi di sepsi grave e shock settico è sottostimata	Casi di sepsi grave e shock settico	Schede di screening compilate/pazienti con diagnosi di sepsi per reparto (indicatori PSI)		>80%		1	2018	semestrale	CIO	Direttori di U.O.	AZIENDA E UUOO	12	NP
12	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	**Riduzione mortalità Sepsi grave: trattamento tempestivo ed appropriato**	Applcazione tempestiva del trattamento della sepsi moderata e grave come previsto in procedura	La diagnosi di sepsi grave shock settico è sottostimata e conseguentemente il suo trattamento	Applicazione tempestiva del trattamento della sepsi moderat e grave	Percento di pazienti che ricevono i sepsis six		>80%		1	2018	semestrale	CIO	Direttori di U.O.	UUOO	12	NP
12	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	ESITI	MORTALITA'	**Riduzione mortalità Sepsi grave: mortalità**	Aumentare la diagnosi di sepsi grave e shock settico secondo procedura	La diagnosi di sepsi grave e shock settico è sottostimata	Tasso di mortalità per sepsi (AO e reparto)	formula AHRQ		riduzione del tasso di mortalità per sepsi		1	2018	annuale	CIO	Direttori di U.O.	AZIENDA	12	NP

Sistema Socio Sanitario
Ospedale Maggiore — Regione Lombardia
ASST Crema

2018-2020 PIANO INTEGRATO PER IL MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE
REPERTORIO OBIETTIVI AZIENDALI - OBIETTIVI DA ASSEGNARE ALLE UUOO -

ID OBIETTIVO	AMBITO	DIMENSIONE QUALITA' MISURATA AREA DI APPARTENENZA (1)-sub1	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub2	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub3	OBIETTIVO	AZIONI	rationale	Indicatore	Formula indicatore	fonte DOC RIFERIMENTO	STANDARD DI RIFERIMENTO/ RISULTATI ATTESI	RISULTATI	PRIORITA' (max 1-2-3-4-5 min)	TEMPI	PERIODICITA' MONITORAGGIO	RESPONSABILE MONITORAGGIO E CERTIFICATORE	RESPONSABILE DELL' OBIETTIVO	ambito applicazione-FUNZIONI COINVOLTE	DURATA PIMO	FREQUENZA flusso verso Regione
13	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	**Chirurgia sicura – OBI 4**	Applicazione sistematica della check di TIME OUT	Eseguire la check list è correlato ad una riduzione di morbosità e mortalità in S.O.	Chirurgia sicura: tasso di applicazione della chek list (per AO): % processi completi; % time out eseguiti;	Percento di sign in, time out, sign out sul totale interventi;		>95%		1	2018	mensile	DMPO	Direttori UU.OO chirurgiche	UUOO CHIRURGICHE	12	NP
39	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	ESITI	PREVENZIONE	**Ridurre le infezioni negli interventi chirurgici**	Effettuare l'antibiotico profilassi entro 60' dall'intervento.	Adeguato e tempestivo trattamento riduce l' insorgenza di infezioni	Percento di pazienti che ricevono l' antibiotico entro 60 minuti dall' intervento	Percento di pazienti che ricevono l' antibiotico entro 60 minuti dall' intervento		100% dei pazienti ricevono la profilassi antibiotica entro 60'		1	2018	trimestrale	DMPO	Direttori UU.OO chirurgiche	UUOO CHIRURGICHE	12	NP
39	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	ESITI	PREVENZIONE	**Ridurre le infezioni negli interventi chirurgici**	Effettuare l'antibiotico profilassi come previsto nelle Linee Guida Aziendali	Adeguato e tempestivo trattamento riduce l' insorgenza di infezioni	Percento di pazienti che ricevono l'antibiotico corretto secondo le LG	Percento di pazienti che ricevono l'antibiotico corretto secondo le LG		100%		1	2018	trimestrale	DMPO	Direttori UU.OO chirurgiche	UUOO CHIRURGICHE	12	NP
40	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	ESITI	PREVENZIONE	**Ridurre la tromboembolia post operatoria**	Effettuare lo screening del rischio tromboembolico	Adeguato e tempestivo trattamento riduce l' insorgenza di TE	Percento di pazienti chirurgici che ricevono uno screening del rischio tromboembolico	Percento di pazienti chirurgici che ricevono uno screening del rischio tromboembolico		>95% dei paz		1	2018	semestrale	DMPO	Direttori UU.OO chirurgiche	UUOO CHIRURGICHE	12	NP
40	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	ESITI	PREVENZIONE	**Ridurre la tromboembolia post operatoria**	Effettuare il trattamento per la prevenzione del tromboembolismo post chirurgico	Adeguato e tempestivo trattamento riduce l' insorgenza di TE	Percento di pazienti che ricevono le prescrizioni corrette per la prevenzione del tromboembolismo post chirurgico	Percento di pazienti che ricevono le prescrizioni corrette per la prevenzione del tromboembolismo post chirurgico		99&		1	2018	semestrale	DMPO	Direttori UU.OO chirurgiche	UUOO CHIRURGICHE	12	NP
41	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	**Ridurre le infezioni polmonari nei pazienti ventiloassistiti**	Trattare in modo adeguato e tempestivo l'insorgenza delle infezioni polmonari in pazienti ventilo assistiti	Adeguato e tempestivo trattamento riduce l' insorgenza di infezioni	Infezioni polmonari in RIA:gg di trattamento con VMA	Polmoniti in paz ventiloassistiti: gg medi di trattamento		<2017		1	2018	sannuale	CIO	Direttore U.O. Rianimazione	RIANIMAZIONE	12	NP
41	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	ESITI	COMPLICANZE	**Ridurre le infezioni polmonari nei pazienti ventiloassistiti**	Trattare in modo adeguato e tempestivo l'insorgenza delle infezioni polmonari in pazienti ventilo assistiti in Rianimazione	Adeguato e tempestivo trattamento riduce l' insorgenza di infezioni	Infezioni polmonari in RIA	Tasso di Polmoniti /1000 gg ventilazione		<2017		1	2018	annuale	CIO	Direttore U.O. Rianimazione	RIANIMAZIONE	12	NP
42	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	**Prevenzione delle infezioni mediante lavaggio delle mani -OBJ 5**	effettuare la sorveglianza Lavaggio Mani specifica per categorie professionali e per U.O.	Il lavaggio delle mani è una procedura che se applicata è correlata ad una riduzione delle infezioni acquisite in ospedale	Sorveglianza lavaggio delle mani specifica per categoria professionale e per UUOO	% di procedure attuate sulle previste per qualifica		>75%		2	2018	annuale	CIO	Direttori e coordinatori di U.O.	AZIENDA	12	NP
42	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	**Prevenzione delle infezioni mediante lavaggio delle mani -OBJ 5**	Verifica della compliance complessiva del lavaggio delle mani	Il lavaggio delle mani è una procedura che se applicata è correlata ad una riduzione delle infezioni acquisite in ospedale	Compliance complessiva	% di procedure attuate sulle previste		>75%		2	2018	annuale	CIO	Direttori e coordinatori di U.O.	AZIENDA	12	NP
42	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	**Prevenzione delle infezioni mediante lavaggio delle mani -OBJ 5**	effettuare il monitoraggio indiretto dell'adesione all'igiene delle mani: consumo di prodotti a base alcolica in litri per 1000 gg paziente.	Il lavaggio delle mani è una procedura che se applicata è correlata ad una riduzione delle infezioni acquisite in ospedale	Monitoraggio indiretto dell'adesione all'igiene delle mani: consumo di prodotto a base alcolica per la frizione delle mani in Litri per 1000 giorni-paziente>20	Monitoraggio indiretto dell'adesione all'igiene delle mani: consumo di prodotto a base alcolica per la frizione delle mani in Litri per 1000 giorni-paziente>20		> 20 lt x 1.000 gg paziente		2	2018	annuale	CIO	Direttori e coordinatori di U.O.	AZIENDA Farmacia	12	NP
42	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	**Prevenzione delle infezioni mediante lavaggio delle mani -OBJ 5**	Effettuare la valutazione della compliance al frame work WHO progetto "Clean care il safer care": punti acquisiti sul totale dello score.	Il lavaggio delle mani è una procedura che se applicata è correlata ad una riduzione delle infezioni acquisite in ospedale	Compliance al Framework WHO Progetto "Clean care is safer care"	Punti acquisiti sul totale dello score		>400		2	2018	annuale	CIO	Direttori e coordinatori di U.O.	AZIENDA	12	NP
43	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	**Ridurre le colonizzazioni MRSA in dialisi**	Aumentare la compliance nella applicazione della procedura di bonifica dei pazienti dializzati: screening e trattamento.	Il trattamento del paziente colonizzato da MRSA riduce le infezioni al paziente dializzato e riduce le occasioni contagio crociato	Aumento della compliance nella applicazione della procedura di bonifica. Screening e trattamento-ricerca MRSA nei pazienti dializzati.	N° pz trattati sul totale dei pazienti in dialisi		vedi cruscotto		2	2018	annuale	CIO	Direttore Dialisi	DIALISI	12	NP
44	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	**Riduzione infezioni da protesi da SA**	Effettuare screening e bonifica dei pazienti sottoposti a protesi.	Il riconoscimento precoce dei pazienti colonizati da SA ed il loro trattamento riduce la percentuale di infezione;	Screening e bonifica dei pazienti sottoposti a protesi	N° tamponi/pz con protesica maggiore		% di screening e bonifica effettuati		1	2018	annuale	CIO	Direttore UO Ortopedia e UO Chirurgia vascolare	ORTOPEDIA, CH VASCOLARE,	12	NP
45	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	**Riduzione dei pazienti colonizzati/infetti da microrganismi produttori di carbapenemasi**	Effettuare la verifica diretta della applicazione delle procedure sul 100% degli isolamenti di laboratorio	L' Isolamento dei pazienti colonizzati/infetti da microrganismi produttori di carbapenemasi riduce la possibilità di trasmissione	Verifica diretta della applicazione delle procedure al 100% degli isolamenti di laboratorio	N° pz isolati/tot pz segnalati da lab		vedi cruscotto		1	2018	annuale	CIO	Direttori UU.OO e Laboratorio Analisi	TUTTE LE UUOO + LABORATORIO	12	NP
45	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	**Trattamento appropriato del paz colonizzato/infetto da microrganismi produttori ai carbapenemasi**	applicazione sistematica dello schema terapeutico previsto.	Il trattamento precoce dei pazienti colonizzati/infetti da microrganismi produttori di carbapenemasi aumenta la sopravvivenza e riduce la possibilità di trasmissione	Applicazione schema terapeutico	N° pz trattati/tot pz segnalati da lab		% dei trattamenti appropriati effettuati		1	2018	annuale	CIO	Direttori di U.O.	TUTTE LE UUOO	12	NP
46	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	**Identificazione del paziente – OBI 1**	Gestire l'introduzione di nuovi applicativi mantenendo il criterio dell'identificativo unico per il paziente.	Identificativo univoco all'introduzione di nuovi applicativi	Nuovi applicativi coerenti con l'identificativo unico per il paziente.	N° applicativi coerenti con il criterio / N° di applicativi nuovi introdotti.		% di applicativi introdotti coerenti con il criterio		1	2018	annuale	DMPO	S.I.A.	AZIENDA	12	NP
47	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	**Comunicazioni telefoniche e verbali - OBI 2**	Applicazione delle regole aziendali per gestire le comunicazioni telefoniche e verbali (PO04 e PO07)	Regole per gestire le comunicazioni riducono il rischio per i pazienti. Verifiche durante audit della applicazione delle procedure	verificare l'applicazione delle comunicazioni telefoniche e verbali nel processo di prescrizione e somministrazione del farmaco.	N° di applicazioni non conformi / N° audit eseguiti		verifica della applicazione delle procedure durante gli audit		1	2018	semestrale	Uff Qualità	tutte le UU.OO.	tutte le UU.OO.	12	NP
48	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	**Ridurre errori nella Gestione dei farmaci ad alto rischio – OBI 3**	Applicazione delle azioni previste nelle PT14, PT20, PT24, IOI/02	FARMACI: Prevenzione del rischio correlato all'utilizzo delle soluzioni concentrate di potassio farmaci stupefacenti e farmaci ad altro rischio e ad alto livello di attenzione	1) FARMACI: Prevenzione del rischio correlato all'utilizzo delle soluzioni concentrate di potassio monitoraggi sulla gestione del KCL, farmaci stupefacenti e farmaci ad altro rischio e ad alto livello di attenzione nelle UU.OO e verifica nel corso degli	1) FARMACI: Prevenzione del rischio correlato all'utilizzo delle soluzioni concentrate di potassio monitoraggi sulla gestione del KCL, farmaci stupefacenti e farmaci ad altro rischio e ad alto livello di attenzione nelle UU.OO e verifica nel corso degli		verifica e monitoraggio durante gli audit sistema qualità e farmaci		1	2018	semestrale	Uff Qualità	Ufficio qualità Farmacia	tutte le UU.OO.	12	NP
48	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	**Ridurre errori nella Gestione dei farmaci ad alto rischio – OBI 3**	Elaborare istruzioni operative dei farmaci utilizzati per la sedazione cosciente/moderata in coerenza con le Linee guida aziendali e condividerle con il Direttore DEA per i servizi di: Endoscopia digestiva,	Prevenzione del rischio nell'uso di sedazione moderata	monitoraggio della applicazione delle Linee guida sulla sedazione moderata e profonda nelle UU.OO. che gestiscono la sedazione moderata	monitoraggio della applicazione delle Linee guida sulla sedazione moderata e profonda nelle UU.OO. che gestiscono la sedazione moderata		presenza di IO speficiche per singolo servizio		1	2018	semestrale	Uff Qualità	Direttori dei servizi coinvolti	Endoscopia digestiva Emodinamica Radiologia Broncoendoscopia	12	NP

2018-2020 PIANO INTEGRATO PER IL MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE
REPERTORIO OBIETTIVI AZIENDALI - OBIETTIVI DA ASSEGNARE ALLE UUOO -

ID OBIETTIVO	AMBITO	DIMENSIONE QUALITA' MISURATA AREA DI APPARTENENZA (1)-sub1	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub2	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub3	OBIETTIVO	AZIONI	rationale	Indicatore	Formula indicatore	fonte DOC RIFERIMENTO	STANDARD DI RIFERIMENTO/ RISULTATI ATTESI	RISULTATI	PRIORITA' (max 1-2-3-4-5 min)	TEMPI	PERIODICITA' MONITORAGGIO	RESPONSABILE MONITORAGGIO E CERTIFICATORE	RESPONSABILE DELL' OBIETTIVO	ambito applicazione-FUNZIONI COINVOLTE	DURATA PIMO	FREQUENZA flusso verso Regione
48	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	**Ridurre errori nella Gestione dei farmaci ad alto rischio – OBI 3**	Aumentare le segnalazioni delle ADR in tutte le U.O. e diffondere i risulati alle UU.OO tramite il bollettino annuale elaborato dalla farmacia	ADR: mantenere attivo il sistema di segnalzione e di diffusione dei risultati alle UU.OO. tramite il "bollettino annuale" elaborato dalla U.O. Farmacia	monitoraggio delle ADR e mantenere attivo il sistema di diffusione dei risultati alle UU.OO. tramite il "bollettino annuale" elaborato dalla U.O. Farmacia.	monitoraggio delle ADR e mantenere attivo il sistema di diffusione dei risultati alle UU.OO. tramite il "bollettino annuale" elaborato dalla U.O. Farmacia.		> delle segnalazioni per singola U.O. Presenza del bollettino annuale a carico della farmacia		1	2018	semestrale	Uff Qualità	Direttori e coordinatori delle UU.OO. Farmacia	Tutte le UU.OO.	12	NP
48	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	**Ridurre errori nella Gestione dei farmaci ad alto rischio – OBI 3**	Proseguire l'implementazione del sistema somministro web nelle U.O. Oncologia e Day Hospital oncologico (applicazione Raccomandazione	Applicazione della Raccomandazione n.14 "Prevenzione degli errori di terapia con farmaci antineoplastici"	Indicatori della Raccomandazione n.14 "Prevenzione degli errori di terapia con farmaci antineoplastici"	Applicazione della Raccomandazione n.14 "Prevenzione degli errori di terapia con farmaci antineoplastici"		presenza del somministro web a regime		1	2018	semestrale	Uff Qualità	Coordinatore Oncologia e DH	U.O.Oncologia e DH	12	NP
48	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	**Ridurre errori nella Gestione dei farmaci ad alto rischio – OBI 3**	Proseguire il monitoraggio della PO06 Pianificazione incontri per remaind sulle modalità di attuazione del processo di gestione di sangue ed	PO06 modalità di gestione del processo di infusione di sangue ed emoderivati nelle UU.OO..	monitoraggio della PO06 e pianificare incontri di rinforzo sulle modalità di gestione del processo di infusione di sangue ed emoderivati nelle UU.OO..	indicatori della PO06		report dei monitoraggi effettuati dal SIMT Evidenza della effettuazione del remind nelle singole UO		1	2018	semestrale	Uff Qualità	SIMT	tutte le UU.OO.	12	NP
49	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	**Sicurezza del paziente: valutazione complessiva delle principali misure di prevenzione del rischio (IPSG-International patients safety goals);**	vedi indicatori Check autovalutazione regionale	Raggiungere standard riconosciuti è elemnto di qualità della struttura	I8 - Indicatori Check List Autovalutazione Regionale e Joint Commission sulla Patient Safety : punteggi dei singoli elementi misurabili basati sulle valutazioni JCI	vedi scheda indicatore regionale		vedi indicatori Check autovalutazione regionale		1	2018	semestrale	Uff Qualità	Ufficio qualità	AZIENDA Tutte le UU.OO.	12	NP
6	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	VOLUMI PROCEDURE ALTA SPECIALIZZAZIONE	**Appropiatezza alte specialità: stroke unit**	Mantenere i volumi dei casi dei pazienti con diagnosi di STROKE	La numerosità della casistica trattata è un indice di qualificazione della struttura sanitaria	Stroke: volumi casi paz dimessi con diagnosi di stroke	Stroke: volumi casi paz dimessi con diagnosi di stroke		>200		1	2018	semestrale	DMPO	Direttore di UO Neurologia	AZIENDA UO Neurologia	12	NP
41	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	ESITI	PREVENZIONE	**Ridurre le infezioni polmonari**	Effettuare il trattamento antibiotico entro 8h dall'ingresso in Ospedale	IL trattamento precoce delle polmonite aumenta la sopravvivenza	Polmoniti: Trattamento antibiotico entro 8 ore dall'ingresso in Ospedale	% di pazienti trattati entro 8 ore		vedi cruscotto		1	2018	semestrale	CIO	Direttore UO PNL	PNEUMOLOGIA	12	NP
41	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	ESITI	PREVENZIONE	**Ridurre le infezioni polmonari**	Trattare i pazienti con polmoniti con l'antibiotico o l'associazione indicata nelle Linee Guida	IL trattamento precoce e la corretta scelta dell' antibioticoterapia delle polmoniti aumenta la sopravvivenza	Trattamento delle polmoniti	Percento di pazienti trattati con l' antibiotico o l' associazione indicata nelle LG		vedi cruscotto		1	2018	semestrale	CIO	Direttore UO PNL	PNEUMOLOGIA	12	NP
50	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	VOLUMI PROCEDURE ALTA SPECIALIZZAZIONE	**Appropiatezza alte specialità: emodinamica ed elettrofisiologia**	Mantenere e/o aumentare i volumi di attività sulle procedure cardiologiche endovascolari	La numerosità della casistica trattata è un indice di qualificazione della struttura sanitaria	Volumi di attività: procedure cardiologiche endovascolari	Volume delle procedure di emodinamica ed elettrofisiologia.		> 250		1	2018	semestrale	DMPO	Direttore UO Cardiologia	CARDIOLOGIA	12	NP
51	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	**Ridurre contestazioni NOC**	I 13- Controlli NOC: esito controlli NOC	Il livello di contestazioni è proporzionale alla garanzia di appropriatezza dei setting assistenziali	I13 - Controlli NOC : esito controlli NOC	Valore controllo NOC 2014 < 2013		I13-NOC		2	2018	semestrale	Regione Lombardia	Direttore DMPO	AZIENDA Tutte le UU.OO Sanitarie	12	NP
27	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	ESITI	RIAMMISSIONI	**Ridurre ricoveri ripetuti**	Revisione casistica	Il rispetto di standard di efficienza si accompagna ad un appropriato uso di risorse	I4 - % di Ricoveri ripetuti >= 2 GG per la stessa MDC ed all'interno dello stesso osp	vedi scheda indicatore regionale NOC		indicatore regionale		2	2018	semestrale	DMPO	Direttori UUOO	AZIENDA	12	NP
27	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	ESITI	RIAMMISSIONI	**Ridurre ricoveri ripetuti**	Revisione casistica	Il rispetto di standard di efficienza si accompagna ad un appropriato uso di risorse	I5 - % di Ricoveri ripetuti > 2gg all'interno dello stesso ospedale	vedi scheda indicatore regionale NOC		indicatore regionale		2	2018	semestrale	DMPO	Direttori UUOO	AZIENDA	12	NP
34	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	ESITI	COMPLICANZA	**Ridurre le ulcere da pressione nei pz ricoverati**	Applicare la procedura di prevenzione delle ulcere da pressione.	Una buona assistenza deve limitare la comparsa di ulcere da pressione	ULCERE DA PRESSIONE: percento di pazienti ai quali insorge una ulcera da pressione durante il ricovero	RL (AHQR)		riduzione della % di pazienti che entrano senza ulcera da pressione ed escono con ulcera da pressione		1	2018	semestrale	Uff. Qualità	SITRA	AZIENDA TUTTE LE UU.OO. Di degenza	12	NP
25	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	ESITI	COMPLICANZE	**Ridurre i rientri in S O**	Revisione casistica	Un basso tasso di reinterventi è indice di qualità	I4 - Ritorno in sala operatoria : due o più interventi eseguiti successivamente all'intervento principale.	I4 - Ritorno in sala operatoria : due o più interventi eseguiti successivamente all'intervento principale durante lo stesso ricovero sui dimessi chirurgici-%- (RL)		>=classe 3		1	2018	semestrale	DMPO	Direttori UUOO	Unità Operativa: Medicina , Chirurgia, Ortopedia Urologia, Neurologia, Oncologia, Cardiologia;	12	NP
55	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	ESITI	COMPLICANZE	**Ridurre i sinistri per area clinica**	Vedi Piano Risk Management	La sinistrosità rappresenta un costo per il sistema e deve essere valutata in ordine a azioni di correzione/miglioramento da implementare	Tasso sinistri Area Ostetrico-Ginecologica per 10.000 gg di ricovero	Tasso sinistri Area Ostetrico-Ginecologica per 10.000 gg di ricovero		riduzione		1	2018	semestrale	Ufficio qualità	Direttore UO	OST - GIN	12	NP
55	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	ESITI	COMPLICANZE	**Ridurre i sinistri per area clinica**	Vedi Piano Risk Management	La sinistrosità rappresenta un costo per il sistema e deve essere valutata in ordine a azioni di correzione/miglioramento da implementare	Tasso sinistri Area Ortopedica per 10.000 gg di ricovero	Tasso sinistri Area Ortopedica per 10.000 gg di ricovero		riduzione		1	2018	semestrale	Ufficio qualità	Direttore UO	ORTOPEDIA	12	NP
55	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	ESITI	COMPLICANZE	**Ridurre i sinistri per area clinica**	Vedi Piano Risk Management	La sinistrosità rappresenta un costo per il sistema e deve essere valutata in ordine a azioni di correzione/miglioramento da implementare	Tasso sinistri per Pronto Soccorso per il n° di accessi	Tasso sinistri per Pronto Soccorso per il n° di accessi		riduzione		1	2018	semestrale	Ufficio qualità	Direttore UO	PRONTO SOCCORSO	12	NP
55	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	ESITI	COMPLICANZE	**Ridurre i sinistri per area clinica**	Vedi Piano Risk Management	La sinistrosità rappresenta un costo per il sistema e deve essere valutata in ordine a azioni di correzione/miglioramento da implementare	Tasso sinistri per Area Chirurgica per 10.000 gg di ricovero	Tasso sinistri per Area Chirurgica per 10.000 gg di ricovero		riduzione		1	2018	semestrale	Ufficio qualità	Direttore UO	UUOO SELEZIONATE	12	NP
56	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	ESITI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	**Ridurre le cadute in ospedale**	Applicare la procedura di prevenzione del rischio caduta	Le cadute in ospedale rappresentano una consistente fonte di danno	Tasso di cadute per 100 gg ricovero (per AO)	Tasso di cadute per 100 gg ricovero (per AO)		mantenimento e/o riduzione del tasso di caduta per azienda		1	2018	semestrale	Ufficio qualità	Responsabile GAD	AZIENDA Tutte le UU.OO.	12	NP
56	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	ESITI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	**Ridurre le cadute in ospedale**	Applicare la procedura di prevenzione del rischio caduta	Le cadute in ospedale rappresentano una consistente fonte di danno	Tasso di cadute per 100 gg di ricovero (per reparto)	Tasso di cadute per 100 gg di ricovero (per reparto)		mantenimento e/o riduzione del tasso di caduta per U.O.		1	2018	semestrale	Ufficio qualità	Responsabile GAD	AZIENDA Tutte le UU.OO.	12	NP
56	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	ESITI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	**Ridurre le cadute in ospedale**	Applicare la procedura di prevenzione del rischio caduta	Le cadute in ospedale rappresentano una consistente fonte di danno	Tasso cadute per gravità di esito : casi con danni moderato / grave : %	Tasso cadute per gravità di esito : casi con danni moderato / grave : %		mantenimento e/o riduzione della % di danno moderato e grave		1	2018	semestrale	Ufficio qualità	Responsabile GAD	AZIENDA Tutte le UU.OO.	12	NP

Sistema Socio Sanitario
Ospedale Maggiore — Regione Lombardia
ASST Crema

2018-2020 PIANO INTEGRATO PER IL MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE
REPERTORIO OBIETTIVI AZIENDALI - OBIETTIVI DA ASSEGNARE ALLE UUOO -

ID OBIETTIVO	AMBITO	DIMENSIONE QUALITA' MISURATA AREA DI APPARTENENZA (1)-sub1	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub2	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub3	OBIETTIVO	AZIONI	rationale	Indicatore	Formula indicatore	fonte-DOC RIFERIMENTO	STANDARD DI RIFERIMENTO/ RISULTATI ATTESI	RISULTATI	PRIORITA' (max 1-2-3-4-5 min)	TEMPI	PERIODICITA' MONITORAGGIO	RESPONSABILE MONITORAGGIO E CERTIFICATORE	RESPONSABILE DELL' OBIETTIVO	ambito applicazione-FUNZIONI COINVOLTE	DURATA PIMO	FREQUENZA flusso verso Regione
26	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	ESITI	MORTALITA'	**Ridurre la mortalità**	I5 - mortalità totale Vedi schema indicatore regionale	vedi scheda indicatore regionale	I5 - Mortalità totale : mortalità intraospedaliera più mortalità a 30 gg dalla dimissione sul totale dei dimessi - % -	I5 - Mortalità totale : mortalità intraospedaliera più mortalità a 30 gg dalla dimissione sul totale dei dimessi - % -		>=classe 2		1	2018	semestrale	DMPO	Direttori U.O. coinvolte	Unità Operativa: Medicina , Chirurgia, Ortopedia Urologia, Neurologia, Oncologia, Cardiologia:	12	NP
26	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	ESITI	MORTALITA'	**Bassa mortalità nei pazienti affetti da stroke**	Mantenere attivo un sistema di valutazione della mortalità ICTUS a 30 gg dal ricovero	L' intervento precoce con PTCA si accompagna ad una bassa mortalità	ICTUS: mortalità a 30 gg dal ricovero	ICTUS: mortalità a 30 gg dal ricovero		vedi cruscotto		1	2018	semestrale	DMPO	Direttore UO Neurologia	AZIENDA UO Neurologia	12	NP
26	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	ESITI	MORTALITA'	**Bassa mortalità nei pazienti affetti da stroke**	Mantenere attivo un sistema di valutazione della mortalità totale intra ospedaliera per Stroke	La mortalità è un indicatore di tempestivo e corretto intervento	STROKE Mortalità intraospedaliera per stroke	STROKE Mortalità intraospedaliera per stroke		vedi cruscotto		1	2018	semestrale	DMPO	Direttore Neurologia	AZIENDA UO Neurologia	12	NP
26	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	ESITI	MORTALITA'	**Bassa mortalità chirurgica nei pazienti con frattura di femore**	Mantenere attivo un sistema di valutazione della mortalità totale intra ospedaliera per fratture di femore	La mortalità è un indicatore di tempestivo e corretto intervento	Fratture di femore: mortalità intraospedaliera	Fratture di femore: mortalità intraospedaliera		vedi cruscotto		1	2018	semestrale	DMPO	Direttore UO Ortopedia	ORTOPEDIA	12	NP
26	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	ESITI	MORTALITA'	**Bassa mortalità nei pazienti con polmonite**	Mantenere attivo un sistema di valutazione della mortalità totale intra ospedaliera per polmoniti	La mortalità è un indicatore di tempestivo e corretto intervento	Mortalità intraospedaliera delle polmoniti	Mortalità intraospedaliera delle polmoniti		vedi cruscotto		1	2018	semestrale	DMPO	Direttore UO PNL	AZIENDA UO PNL	12	NP
41	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	ESITI	OSPEDALIZZAZIONI EVITABILI	**Ridurre Infezioni polmonari**	Mantenere un basso di infezioni polmonari attraverso una diagnosi precoce.	Un basso tasso di infezioni polmonari ospedaliere è indice di corretta prevenzione e trattamento	Polmoniti: tasso di polmoniti ospedaliere	Polmoniti: tasso di polmoniti ospedaliere		tasso di polmoniti ospedaliere		1	2018	semestrale	DMPO	Direttori UU.OO.	AZIENDA	12	NP
57	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	ESITI	PREVENZIONE	**Ridurre il rischio infortuni e danni**	Mantenere attivo un sistema di monitoraggio e valutazione sul rischio biologico Rinforzo sui comportamenti da tenere nelle manovre di smaltimento a tutti i	Un basso tasso di infortuni è indice di corretta prevenzione e trattamento	TASSO INFORTUNI RISCHIO BIOLOGICO	Num infortuni sul tot operatori		vedi CRUSCOTTO Presenza di avvenuto retraining sui comportamenti		1	2018	annuale	SPPR	Responsabile SSL	AZIENDA	12	NP
58	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	ESITI	PREVENZIONE	**Ridurre il rischio infortuni e danni**	Mantenere attivo un sistema di monitoraggio e valutazione su movimentazione dei carichi	Un basso tasso di infortuni è indice di corretta prevenzione e trattamento	TASSO INFORTUNI MOVIMENTAZIONE MANUALE CARICHI	Num infortuni sul tot operatori		vedi CRUSCOTTO		1	2018	annuale	SPPR	Responsabile SSL	AZIENDA	12	NP
59	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	ESITI	PREVENZIONE	**Ridurre il rischio infortuni e danni**	Mantenere attivo un sistema di monitoraggio e valutazione sugli altri rischi	Un basso tasso di infortuni è indice di corretta prevenzione e trattamento	TASSO INFORTUNI - altri rischi	Num infortuni sul tot operatori		vedi CRUSCOTTO		1	2018	annuale	SPPR	Responsabile SSL	AZIENDA	12	NP
27	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	ESITI	RIAMMISSIONI	**Ridurre ricoveri ripetuti**	Mantenere attivo un sistema di rivalutazione tempestiva del paziente prima delle dimissioni al fine di ridurre i re-ricoveri	Il re-ricovero dei pazienti è indice di dimissione intempestiva	I3 - Ricoveri ripetuti : fonte SDO, ricoveri successivi, stessa MDC entro l'anno in qualsiasi Ospedale	I3 - Ricoveri ripetuti : fonte SDO, ricoveri successivi, stessa MDC entro l'anno in qualsiasi Ospedale		>=classe 3		1	2018	semestrale	DMPO	Direttori UO coinvolte	Unità Operativa: Medicina , Chirurgia, Ortopedia Urologia, Neurologia, Oncologia, Cardiologia:	12	NP
27	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	ESITI	RIAMMISSIONI	**Ridurre ricoveri ripetuti dei pazienti con stroke**	Mantenere attivo un sistema di rivalutazione tempestiva del paziente prima delle dimissioni al fine di ridurre i re-ricoveri	Il re-ricovero dei pazienti è indice di dimissione intempestiva	ICTUS: riammissione ospedaliera a 30 gg (AGENAS)	Rientri in Neurologia di paz dimessi con stroke sul totale dimissioni di pz con stroke		<2017		1	2018	semestrale	DMPO	Direttori di U.O.	NEUROLOGIA	12	NP
27	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	ESITI	RIAMMISSIONI	**Ridurre ricoveri ripetuti**	Mantenere attivo un sistema di rivalutazione tempestiva del paziente prima delle dimissioni al fine di ridurre i re-ricoveri	Il re-ricovero dei pazienti è indice di dimissione intempestiva	I12 - Readmission : n° tot ricoveri ripetuti nel medesimo ospedale e nello stesso reparto per stessa MDC entro 30 gg. sul totale delle dimissioni	Formula dell' indicatore regionale		vedi **I12-READMISSION** Indicatore Regionale		3	2018	semestrale	DMPO	Direttori UU.OO	Unità Operativa	12	NP
61	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	**Garantire la gestione in sicurezza delle attrezzature. 2**	Effettuare la valutazione del rischio delle attrezzature nelle U.O. per i pazienti.	Una valutazione dei rischio consente la sostituzione per tempo	2) Effettuare valutazione del rischio di attrezzature in tutte le UU.OO.	Presenza di attribuzione del rischio nele schede delle attrezzature di primo livello		presenza della valutazione del rischio nelle schede delle attrezzature di 1° livello.		1	2018	semestrale	Risk Manager	Ing.Clinica	Tutte le UU.OO.	12	NP
62	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	GESTIONE RISCHIO CLINICO	**Garantire la prevenzione del rischio tecnologico/strutturale. 1**	Effettuare verifiche sul campo sullo stato del rischio secondo la procedura.	Una valutazione dei rischio consente la sostituzione per tempo	1) attività di verifiche e monitoraggio del rischio tecnologico	Presenza del report che attesti verifiche sul campo e stato del rischio secondo la procedura		presenza del report delle verifiche effettuate.		1	2018	semestrale	Risk Manager	Ing.Clinica	Tutte le UU.OO.	12	NP
63	RISORSE UMANE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROFESSIONALE E SVILUPPO DELLE COMPETENZE	PIANO DELLA FORMAZIONE	**Garantire al personale una formazione orientata al miglioramento della qualità e sicurezza dei pazienti. 1**	Effettuare attività di formazione sulla comunicazione efficace all'interno dell'équipe di cura	La comunicazione efficace fra profesionisti è garanzia di sicurezza e continuità di cura	1) attività di formazione sulla comunicazione efficace all'interno delle équipe di cura.	Formazione al personale medico ed infermieristico nei reparti con segnalazioni, reclami e sinistri che evidenziano il problema		avere effettuato la formazione come prevista nel piano di formazione		1	2018	semestrale	Risk Manager	Resp. Ufficio Formazione	Tutte le UU.OO. Coinvolte	12	NP
63	RISORSE UMANE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROFESSIONALE E SVILUPPO DELLE COMPETENZE	PIANO DELLA FORMAZIONE	**Garantire al personale una formazione orientata al miglioramento della qualità e sicurezza dei pazienti. 1**	Effettuare attività di formazione sulla gestione del dolore	Il dolore è nu sintomo evitabile	2) attività di formazione sulla gestione del dolore	Numero partecipanti ai corsi / tot dipendenti		avere effettuato la formazione come prevista nel piano di formazione		1	2018	semestrale	Risk Manager	Resp. Ufficio Formazione	Tutte le UU.OO. Coinvolte	12	NP
64	RISORSE UMANE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROFESSIONALE E SVILUPPO DELLE COMPETENZE	PIANO DELLA FORMAZIONE	**Garantire al personale una formazione orientata al miglioramento della qualità e sicurezza dei pazienti. 1**	Effettuare attività di formazione a rinforzo del sistema di gestione per la qualità alla rete dei referenti qualità e sicurezza	Garantire un sistema strutturato di presidio della qualità	3) formazione a rinforzo del sistema di gestione per la qualità alla rete dei referenti qualità e sicurezza.	Numero dei referenti formati/totale referenti Q & S		avere effettuato la formazione come prevista nel piano di formazione		2	2018	semestrale	Uff. Qualità	Resp. Ufficio Formazione	Tutte le UU.OO. Coinvolte	12	NP
64	RISORSE UMANE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROFESSIONALE E SVILUPPO DELLE COMPETENZE	PIANO DELLA FORMAZIONE	**Garantire al personale una formazione orientata al miglioramento della qualità e sicurezza dei pazienti. 1**	Effettuare almeno un audit in tutte le U.O. e Servizi Sanitari aziendali	Garantire un sistema strutturato di presidio della qualità	4) effettuare gli audit secondo il piano annuale nelle UU.OO. e servizi sanitari	Numero di audit/ totale reparti+servizi		95% degli audit pianificati		1	2018	semestrale	Uff. Qualità	Uff Qualità	tutte le UU OO coinvolte	12	NP
64	RISORSE UMANE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROFESSIONALE E SVILUPPO DELLE COMPETENZE	PIANO DELLA FORMAZIONE	**Garantire al personale una formazione orientata al miglioramento della qualità e sicurezza dei pazienti. 1**	Proseguire l'attività di rendere conformi le informative ai principi stabiliti nella procedura del consenso informato.	Il paziente deve essere consapevole delle cure proposte	5) Informative non conformi ai principi stabiliti in procedura del consenso informato	Num informative conforni/totale informative		aumentare la % di informative conformi		1	2018	semestrale	Uff. Qualità	Direttori delle UU.OO. chirugiche	DIP CHIRURGIC- CH VASCOLARE	12	NP

Sistema Socio Sanitario
Ospedale Maggiore — Regione Lombardia
ASST Crema

2018-2020 PIANO INTEGRATO PER IL MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE
REPERTORIO OBIETTIVI AZIENDALI - OBIETTIVI DA ASSEGNARE ALLE UUOO -

ID OBIETTIVO	AMBITO	DIMENSIONE QUALITA' MISURATA AREA DI APPARTENENZA (1)-sub1	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub2	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub3	OBIETTIVO	AZIONI	rationale	Indicatore	Formula indicatore	fonte DOC RIFERIMENTO	STANDARD DI RIFERIMENTO/ RISULTATI ATTESI	RISULTATI	PRIORITA' (max 1-2-3-4-5 min)	TEMPI	PERIODICITA' MONITORAGGIO	RESPONSABILE MONITORAGGIO E CERTIFICATORE	RESPONSABILE DELL' OBIETTIVO	ambito applicazione-FUNZIONI COINVOLTE	DURATA PIMO	FREQUENZA flusso verso Regione
64	RISORSE UMANE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROFESSIONALE E SVILUPPO DELLE COMPETENZE	PIANO DELLA FORMAZIONE	**Garantire al personale una formazione orientata al miglioramento della qualità e sicurezza dei pazienti. 1**	Effetture l'addestramento al BLSD e retraing secondo pianificazione	Gli operatori devono conoscere le misure della RCP	6) addestramento al BLSD e re-training secondo pianificazione	Operatori addestrati/sul totale operatori che devono possedere il requisito		>98%		1	2018	semestrale	Uff Formazione	DEA	Azienda	12	NP
64	RISORSE UMANE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA E SVILUPPO COMPETENZE	APPROPRIATEZZA E SVILUPPO COMPETENZE	**Garantire servizi e cure basati su conoscenze scientifiche solo a coloro che ne possono beneficiare 1**	Proseguire con l'attività di revisione delle Job anche alla luce del percorso del dossier formativo	L' organizzazione deve conoscere i compiti e le competenze	1)proseguire con la revisione delle JOB base e la rivalidazione delle job specifiche	Num Job redatte/tot		presenza di job revisionate		2	2018	semestrale	Uff Personale	Ufficio Personale	Azienda	12	NP
65	RISORSE UMANE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROFESSIONALE E SVILUPPO DELLE COMPETENZE	PIANO DELLA FORMAZIONE	**Gestire la formazione coerente con le normative vigenti.a)**	Effetture gli eventi formativi coerenti con il piano della formazione. (Anticorruzione, Testo unico 81/2008, ecc)	La formazioni in merito alla sicurezza è requisito fondamentale	a) formazione coerente con TU 81/2008 che prevede la definizione delle responsabilità a fronte di una valutazione dei rischi in ogni Unità Operativa e l'esecuzione del corso FAD obbligatorio per tutti gli operatori ad esclusione dei direttori di U.O.	Num operatori che ahnno eseguito il corso/totale		>95%		2	2018	semestrale	Uff Formazione	Resp. Ufficio Formazione	Azienda	12	NP
65	RISORSE UMANE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROFESSIONALE E SVILUPPO DELLE COMPETENZE	PIANO DELLA FORMAZIONE	**Gestire la formazione coerente con le normative vigenti.b**	Proseguire con l'attività delle prove di evacuazione nelle U.O. (ogni 2 anni)	La conoscenza dei piani di evacuazione è necessaria	b) prove di evacuazione nelle UU.OO. (almeno 1 ogni 2 anni)	Prove evacuazione sul totale UUOO		10%%		1	2018	semestrale	Risk Manager	S.P.P.R.	Azienda	12	NP
66	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	**Migliorare la valutazione del paziente. 1)**	Effettuare controlli a campione sulle modalità di gestione della valutazione del paziente durante gli audit	Una corretta valutazione del paziente è standard di qualità e sicurezza	1)controlli a campione sulle modalità di gestione della valutazione del paziente;	Controllo dell' elemento misurabile in ogni survey eseguita		95 % delle valutazioni effettuate secondo politica della cartella clinica della PO01		1	2018	semestrale	DMPO	Ufficio Qualità	Tutte le UU.OO.	12	NP
66	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	**Migliorare la valutazione del paziente. 2)**	Rinforzare la valutazione puntuale dei pazienti in ingresso e la valutazione dei criteri di gestione dei posti letto.	rinforzo su valutazione puntuale dei pazienti e sui criteri di gesitone dei posti letto	2) valutazione puntuale dei pazienti e valutazione criteri di gestione posti letto	Verbale di UUOO con indicazione del punto fra gli argomenti trattati		100%; presenza in ogni U.O. del verbale degli incontri con evidenza dell'aver trattato gli argomenti.		1	2018	semestrale	Uff Qualità	Direttori e coordinatori di U.O.	Tutte le UU.OO.	12	NP
66	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	**Migliorare la valutazione del paziente 3**	Elaborazione I.O. da allegare alla PO07 sui criteri di valutazione nutrizionale e funzionale e le relative modalità di gestione operativa (consulenze)	Il paziente deve essere valutato anche per gli aspetti nutrizionali	3)procedura organizzativa di gestione degli ambiti e delle modalità di valutazione nutrizionale e funzionale (definire i criteri di valutazione e gli ulteriori elementi da rilevare sulla cartella clinica durante l'anamnesi)	Procedura SI/NO		Presenza della IO		1	2018	semestrale	Uff Qualità	DMPO	Tutte le UU.OO.	12	NP
66	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	**Migliorare la valutazione del paziente 4**	Attuare nelle UU.OO. Neurologia e Riab. Neuromotoria nella valutazione iniziale le valutazioni nutrizionali e funzionale	Le valutazioni specifiche e speciali garantiscono un livello clinico assistenziale adeguato	4) riscontro della valutazioni iniziali e delle valutazioni nutrizionali e funzionali nella documentazione clinica, (neurologia e neuromotoria)	Presenza della valutazione/num cartelle		% di presenza delle valutazioni in CC		1	2018	semestrale	Uff Qualità	Direttori UO Neurologia e UO Riab Neuromotoria	UO Neurologia UO Riab Neuromotoria	12	NP
66	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	**Migliorare la valutazione del paziente 5**	elaborare un set minimo di valutazione sulla valutazione clinica eseguita a livello ambulatoriale da allegare alla PO07	Adeguamento a standard clinico assistenziali	5) politica sulla valutazione clinica eseguita a livello ambulatoriale ridefinendo il contenuto minimo delle valutazioni	Politica SI/NO		Presenza di politica ambulatoriale		1	2018	semestrale	Uff Qualità	DMPO	Azienda	12	NP
67	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	**Migliorare il processo di ricovero/dimissione e la continuità delle cure alla dimissione 1**	Integrare la procedura PO07 con le regole di gestione delle consulenze tra reparti.	Adeguamento a standard clinico assistenziali	1) Integrare la procedura PO07 Procedura organizzativa ricovero e dimissione con le regole di gestione delle consulenze tra reparti.	Procedura completa SI/NO		Presenza nella PO07 della IO sulla gestione delle consulenze tra reparti.		1	2018	semestrale	Uff Qualità	DMPO	UU.OO.	12	NP
67	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	**Migliorare il processo di ricovero/dimissione e la continuità delle cure alla dimissione 2**	applicazione dei requisiti richiesi nella IO07/01 alla lettera di dimissione	Adeguamento a standard clinico assistenziali	2) presenza di lettera di dimissioni con tutti i requisiti richiesti nella IO07/01.	Num ldd complete/totale esaminate		% di ldd complete sul totale esaminate >- 95%		1	2018	semestrale	Uff Qualità	DMPO	UU.OO.	12	NP
67	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	**Migliorare il processo di ricovero/dimissione e la continuità delle cure alla dimissione**	elaborazione della revisione della PO01 sul format e i contenuti dei professionisti infermieri.	Adeguamento a standard clinico assistenziali	3) revisione del format e dei contenuti della cartella clinica, parte relativa agli infermieri	Format aggiornato SI/NO		Presenza del format aggiornato		2	2018	semestrale	Uff Qualità	SITRA	UU.OO.	12	NP
67	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	**Migliorare il processo di ricovero/dimissione e la continuità delle cure alla dimissione 3**	valutazione e monitoraggio degli indicatori di processo e di esito dei PDTA (ICTUS, colon retto, mammella, prostata, TVP, ecc)	Adeguamento a standard clinico assistenziali	4)indicatori di processo e di esito dei PDTA (Ictus, colon retto, mammella, prostata, TVP, etc)	Formule specifiche di ogni PDTA		Evidenza dei risultati degli indicatori e delle valutazioni effettuate		1	2018	semestrale	DMPO	Direttori UU.OO	Tutte le UU.OO	12	NP
67	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	**Migliorare il processo di ricovero/dimissione e la continuità delle cure alla dimissione 4**	monitorare i tempi di risposta dei servizi (Radiologia, Lab Analisi, Anatomia Patologica) alle UU.OO.	Adeguamento a standard clinico assistenziali	5) tempi di risposta dei servizi alle UU.OO. (Radiologia/Lab. Analisi/Anatomia Patologica)	Rispetto dello standard		Rispetto dello standard dichiarato		1	2018	semestrale	Uff Qualità	Direttore Radiologia, Lab Analisi; Anatomia Patologica	Tutte le UU.OO	12	NP
67	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	**Migliorare il processo di ricovero/dimissione e la continuità delle cure alla dimissione 5**	completare l'implementazione del progetto presente nel piano di RM 2013/2014 sull'applicazione della Raccomandazione 6	Adeguamento a standard clinico assistenziali	6) Applicare le Procedure: a)per la" Prevenzione morte materna travaglio e parto" sulla base della RACCOMANDAZIONE 6 e dell'applicazione delle Linee Guida nazionali sul parto fisiologico	Verbali audit		Evidenza di completamento del progetto con valutazione degli indicatori definiti		1	2018	semestrale	Uff Qualità	Direttore UO Ost/Ginecologia	UO Ost/ginecologia	12	NP
67	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	**Migliorare il processo di ricovero/dimissione e la continuità delle cure alla dimissione 6**	Validazione e implementazione della procedura di prevenzione del suicidio in ospedale (Raccomandazione 4)	Adeguamento a standard clinico assistenziali	7) Revisione Procedura su Prevenzione del suicidio – RACCOMANDAZIONE N.4	Procedura SI/NO		presenza della procedura con diffusione e condivisione nelle UU.OO interessate		1	2018	semestrale	Uff Qualità	Direttori e coordinatori delle UU.OO.	SPDC PS Oncologia Ost Ginecologia	12	NP
67	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	**Migliorare il processo di ricovero/dimissione e la continuità delle cure alla dimissione 7**	Monitoraggio della applicazione della Raccomandazione 10 (RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE DELL'OSTEONECROSI DELLA MASCELLA/MANDIBOLA DA BIFOSFONATI)	Adeguamento a standard clinico assistenziali	8) Monitoraggio applicazione Prevenzione osteonecrosi mascella/mandibola difosfonati RACCOMANDAZIONE n. 10	Report monitoraggio		Presenza report del monitoraggio		1	2018	semestrale	Uff Qualità	Responsabile Farmacia	ORL Med Generale Oncologia	12	NP
67	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	**Migliorare il processo di ricovero/dimissione e la continuità delle cure alla dimissione 8**	Validazione e implementazione della procedura di prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori (Raccomandazione 8)	Adeguamento a standard clinico assistenziali	9) applicazione la procedura sulla base della Raccomandazione N 8 per prevenire atti di violenza a danno degli operatori	Verbali audit		Presenza della procedura validata		1	2018	semestrale	Uff Qualità	DMPO	Tutte le UU.OO.	12	NP
69	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	**Garantire servizi e cure basati su conoscenze scientifiche solo a coloro che ne possono beneficiare**	Effettuare il controllo della spesa farmaceutica attraverso l'evidenza delle cure erogate basate su evidenze scientifiche.	Adeguamento a standard clinico assistenziali	3) controllo spesa farmaceutica	Spesa farmaceutica inferiore al budget		riduzione della spesa farmaceutica		1	2018	semestrale	Farmacia	Responsabile Farmacia	Tutte le UU.OO.	12	NP
26	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	ESITI	MORTALITA'	**Bassa mortalità chirurgica nei pazienti con IMA e trattati con PTCA**	Valutazione e monitoraggio della mortalità a 48 h dei pz con IMA trattati con PTCA.	L' intervento precoce con PTCA si accompagna ad una bassa mortalità	Mortalità in pazienti sottoposti a PTCA entro 48 ore (AGENAS)	Mortalità in pazienti sottoposti a PTCA entro 48 ore (AGENAS)		vedi cruscotto		1	2018	semestrale	DMPO	Direttore UO Cardiologia	CARDIOLOGIA	12	NP

ASST CREMA

Sistema Socio Sanitario
Ospedale Maggiore | Regione Lombardia
ASST Crema

2018-2020 PIANO INTEGRATO PER IL MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE
REPERTORIO OBIETTIVI AZIENDALI - OBIETTIVI DA ASSEGNARE ALLE UUOO -

ID OBIETTIVO	AMBITO	DIMENSIONE QUALITA' MISURATA AREA DI APPARTENENZA (1)-sub1	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub2	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub3	OBIETTIVO	AZIONI	rationale	Indicatore	Formula indicatore	fonte-DOC RIFERIMENTO	STANDARD DI RIFERIMENTO/ RISULTATI ATTESI	RISULTATI	PRIORITA' (max 1-2-3-4-5 min)	TEMPI	PERIODICITA' MONITORAGGIO	RESPONSABILE MONITORAGGIO E CERTIFICATORE	RESPONSABILE DELL' OBIETTIVO	ambito applicazione-FUNZIONI COINVOLTE	DURATA PIMO	FREQUENZA flusso verso Regione
26	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	ESITI	MORTALITA'	**Bassa mortalità nei pazienti ricoverati in Cardiologia**	Mantenere attivo un sistema di valutazione della mortalità totale ospedaliera in Cardiologia	La mortalità è un indicatore di tempestivo e corretto intervento	Mortalità totale ospedaliera in cardiologia	Mortalità intraospedaliera dimessi da cardiologia		vedi cruscotto		1	2018	semestrale	DMPO	Direttore UO Cardiologia	CARDIOLOGIA	12	NP
27	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	ESITI	RIAMMISSIONI	**Ridurre ricoveri ripetuti in Pronto Soccorso**	Mantenere attivo un sistema di rivalutazione tempestiva del paziente prima delle dimissioni al fine di ridurre i re-ricoveri	Il re-ricovero dei pazienti è indice di dimissione intempestiva	Tasso di rientro in Pronto Soccorso (entro 5 gg dalla dimissione)	Rientri entro 5 gg dalla dimisione dal PS		tasso di rientro in PS entro 5 gg dalla dimissione		1	2018	semestrale	DMPO	Direttore UO PS	PRONTO SOCCORSO	12	NP
29	ORGANIZZAZIONE	EFFICIENZA	ACCESSIBILITA' E FRUIBILITA'	FRUIBILITA' DEI SERVIZI	**Tempi di attesa per prenotazione allo sportello entro standard definiti**	Definizione Standard di attesa per le prenotazioni	La AO definisce standard di attesa per le prenotazioni	Tempo di attesa per la prenotazione	Tempi di attesa medio o mediano per prenotazione allo sportello per fasce orarie		Presenza di tempi di attesa medi o mediani per prenotazione allo sportello per fascia oraria		2	2018	semestrale	Ufficio qualità	Direzione Amm.va di Presidio	AZIENDA	12	NP
0	STRUTTURA	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA,INNOVAZIONE TECNOLOGICA, STRUTTURALE. ICT	**Adeguamento tecnologico e strutturale: sicurezza antincendio, elettrica, impiantistica**	Verifiche sullo stato di avanzamento dei lavori in ciascun presidio dell'A.O.	Gli interventi sono presupposto per la sicurezza dei pazienti e degli operatori	stato di avanzamento lavori in ciascun Presidio della AO	100% Stato di avanzamento Conferma date esecuzione delle singole fasi al Gannt	Report stato avanzamento	100% dello stato di avanzamento con conferma delle singole fasi del GANTT		1	2018	annuale	DMPO	Direttore lavori	ufficio tecnico	12	NP
1	ORGANIZZAZIONE	EFFICIENZA	ACCESSIBILITA' E FRUIBILITA'	DISPONIBILITA' DEI SERVIZI	**Rendere disponibili i referti on line semplifica i percorsi al cittadino: fascicolo sanitario elettronico del cittadino**	proseguire con la pianificazione regionale concordata	Rendere disponibili i referti on line al cittadino semplifica i percorsi al cittadino	% Referti pubblicati (ldd,ambul,radiologia,laboratorio) on line	Percento referti pubblicati (ldd,ambul,radiologia,laboratorio) /totale documenti redatti	piano SIS 2annuale	> 80%		2	2018	Mensile	DMPO	RESPONSABILE SISS	Unità Operative	12	NP
15	ECONOMICO-FINANZIARIO	EFFICIENZA	EFFICIENZA ECONOMICA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	**Equilibrio economico**	Mantenere un utilizzo appropriato delle risorse	Buon utilizzo delle risorse	Rapporto produzione/finanziamento ricoveri	Rapporto produzione/finanziamento ricoveri		rapporto produzione/finanziamento ricoveri >1		1	2018	Mensile	DMPO	Direttori U.O.	AZIENDA Tutte le UO di ricovero	12	NP
15	ECONOMICO-FINANZIARIO	EFFICIENZA	EFFICIENZA ECONOMICA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	**Equilibrio economico**	Mantenere un utilizzo appropriato delle risorse	Buon utilizzo delle risorse	Rapporto produzione/finanziamento sub acute	Rapporto produzione/finanziamento sub acute		rapporto produzione/finanziamento ricoveri >1		1	2018	Mensile	DMPO	Direttore U.O. Medicina	Azienda Cure Sub Acute	12	NP
15	ECONOMICO-FINANZIARIO	EFFICIENZA	EFFICIENZA ECONOMICA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	**Equilibrio economico**	Mantenere un utilizzo appropriato delle risorse	Buon utilizzo delle risorse	Rapporto produzione/finanziamento ambulatoriale	Rapporto produzione/finanziamento ambulatoriale		rapporto produzione/finanziamento ricoveri >1		1	2018	Mensile	DMPO	DMPO	AZIENDA Tutte le UU.OO.	12	NP
15	ECONOMICO-FINANZIARIO	EFFICIENZA	EFFICIENZA ECONOMICA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	**Equilibrio economico**	Mantenere un utilizzo appropriato delle risorse	Buon utilizzo delle risorse	Rapporto produzione/finanziamento NPI	Rapporto produzione/finanziamento NPI		rapporto produzione/finanziamento ricoveri >1		1	2018	Mensile	DMPO	Responsabile NPIA	NPIA	12	NP
15	ECONOMICO-FINANZIARIO	EFFICIENZA	EFFICIENZA ECONOMICA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	**Equilibrio economico**	Mantenere un utilizzo appropriato delle risorse	Buon utilizzo delle risorse	Rapporto produzione/finanziamento Psichiatria	Rapporto produzione/finanziamento Psichiatria		rapporto produzione/finanziamento ricoveri >1		1	2018	Mensile	DMPO	Direttore UO Psichiatria	PSICHIATRIA	12	NP
15	ECONOMICO-FINANZIARIO	EFFICIENZA	EFFICIENZA ECONOMICA	APPROPRIATEZZA D'USO DELLE RISORSE	**Equilibrio economico**	Mantenere un utilizzo appropriato delle risorse	Buon utilizzo delle risorse	Costo farmaci/valore produzione	Costo farmaci/valore produzione		Costo farmaci / valore produzione =2017		1	2018	trimestrale	DMPO	Direttore Farmacia	AZIENDA	12	NP
15	ECONOMICO-FINANZIARIO	EFFICIENZA	EFFICIENZA ECONOMICA	APPROPRIATEZZA D'USO DELLE RISORSE	**Equilibrio economico**	Mantenere un utilizzo appropriato delle risorse	Buon utilizzo delle risorse	produzione effettiva/FTE personale	produzione effettiva/FTE personale		ND		2	2018	trimestrale	DMPO	Direttore Personale	AZIENDA	12	NP
16	ECONOMICO-FINANZIARIO	EFFICIENZA	EFFICIENZA ECONOMICA	APPROPRIATEZZA D'USO DELLE RISORSE	**Contenere il tasso di assenteismo**	Mantenere attivo un sistema di valutazione del tasso di assenteismo per valutare lo stato di benessere dell'organizzazione.	L'assenteismo è un proxi del benessere dei dipendenti	Tasso di Assenteismo	tasso di assenteismo (indicatori HPH)		tasso di assenteismo		2	2018	semestrale	Direttore Personale	Direttore Personale	UP	12	NP
53	ECONOMICO-FINANZIARIO	EFFICIENZA	EFFICIENZA ECONOMICA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	**Garantire adeguata formazione al personale**	Redigere ed attuare piano della formazione	Garantire formazione adeguata	Ore formazione dipendenti per qualifica	Ore formazione dipendenti per qualifica		ND		2	2018	annuale	Uff Personale	Uff Formazione	AZIENDA	12	NP
17	ORGANIZZAZIONE	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	**Autosufficienza dei posti letto dipartimenti**	Mantenere adeguato numero di posti letto attivi	Sicurezza ed efficienza dei processi dipartimentali	Ridurre la % di giornate di degenza dei ricoveri del dip medico in appoggio extradip	Riduzione percentuale di giornate di degenza dei ricoveri del dip medico in appoggio extradip rispetto al 2017		-50%		1	2018	trimestrale	DMPO	Direttori U.O.	UUOO DIP MEDICO	12	NP
18	ORGANIZZAZIONE	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	**Correttezza della codifica delle prestazioni**	Proseguire con le azioni di supporto alle UU.OO per ridurre gli errori	Gli errori danno origine a penalizzazione economica	Ridurre il valore delle contestazioni NOC Ricoveri	Percento del valore dei ricoveri contestato dai NOC (sul totale ricavi)		<5%		1	2018	dipende dai controlli NOC	DMPO	Direttori U.O.	AZIENDA E UUOO	12	NP
18	ORGANIZZAZIONE	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	**Correttezza della codifica delle prestazioni**	Proseguire con le azioni di supporto alle UU.OO per ridurre gli errori	Gli errori danno origine a penalizzazione economica	Ridurre il valore delle contestazioni NOC Ambulatoriali	Percento del valore delle prestazioni ambulatoriali contestato dai NOC (sul totale ricavi)		<5%		1	2018	dipende dai controlli NOC	DMPO	Direttori U.O.	AZIENDA E UUOO	12	NP
18	ORGANIZZAZIONE	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	**Correttezza della codifica delle prestazioni**	Proseguire con le azioni di supporto alle UU.OO per ridurre gli errori	Eseguire l' autocontrollo consente di ridurre gli errori di codifica	Autocontrollo: cartelle BIC sottoposte ad autocontrollo mensile (completezza e congruenza)	Percento di cartelle BIC sottoposte ad autocontrollo mensile (completezza e congruenza)		100%		1	2018	mensile	DMPO	Direttori U.O.	UUOO CON BIC	12	NP
18	ORGANIZZAZIONE	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	**Correttezza della codifica delle prestazioni**	Proseguire con le azioni di supporto alle UU.OO per ridurre gli errori	Eseguire l' autocontrollo consente di ridurre gli errori di codifica	Autocontrollo: Percento di cartelle MAC sottoposte ad autocontrollo mensile (completezza e congruenza)	Percento di cartelle MAC sottoposte ad autocontrollo mensile (completezza e congruenza)		100%		2	2018	mensile	DMPO	Direttori U.O.	UUOO CON MAC	12	NP
18	ORGANIZZAZIONE	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	**Correttezza della codifica delle prestazioni**	Proseguire con le azioni di supporto alle UU.OO per ridurre gli errori	Eseguire l' autocontrollo consente di ridurre gli errori di codifica	Autocontrollo: Percento di cartelle subacuti sottoposte ad autocontrollo mensile (completezza e congruenza)	Percento di cartelle subacuti sottoposte ad autocontrollo mensile (completezza e congruenza)		100%		1	2018	mensile	DMPO	Direttori U.O.	MEDICINA GENERALE	12	NP

Sistema Socio Sanitario
Ospedale Maggiore — Regione Lombardia
ASST Crema

2018-2020 PIANO INTEGRATO PER IL MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE
REPERTORIO OBIETTIVI AZIENDALI - OBIETTIVI DA ASSEGNARE ALLE UUOO -

ID OBIETTIVO	AMBITO	DIMENSIONE QUALITA' MISURATA AREA DI APPARTENENZA (1)-sub1	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub2	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub3	OBIETTIVO	AZIONI	rationale	Indicatore	Formula indicatore	fonte-DOC RIFERIMENTO	STANDARD DI RIFERIMENTO/ RISULTATI ATTESI	RISULTATI	PRIORITA' (max 1-2-3-4-5 min)	TEMPI	PERIODICITA' MONITORAGGIO	RESPONSABILE MONITORAGGIO E CERTIFICATORE	RESPONSABILE DELL' OBIETTIVO	ambito applicazione-FUNZIONI COINVOLTE	DURATA PIMO	FREQUENZA flusso verso Regione
18	ORGANIZZAZIONE	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	**Correttezza della codifica delle prestazioni**	Proseguire con le azioni di supporto alle UU.OO per ridurre gli errori	Eseguire l' autocontrollo consente di ridurre gli errori di codifica	Autocontrollo: corretta codifica cod 86.22 "Rimozione asportativa di ferita..."	Percento di corretta codifica cod 86.22 "Rimozione asportativa di ferita..."		0,99		2	2018	mensile	DMPO	Direttori U.O.	CHIRURGIA VASCOLARE	12	NP
18	ORGANIZZAZIONE	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	**Correttezza della codifica delle prestazioni**	Proseguire con le azioni di supporto alle UU.OO per ridurre gli errori	Gli errori danno origine a penalizzazione economica	Percento di cartelle sottoposte a decurtazione per incompletezza (DGR 9014/09)	Percento di cartelle sottoposte a decurtazione per incompletezza (DGR 9014/09)		<2%		1	2018	semestrale	DMPO	Direttori U.O.	AZIENDA E UUOO	12	NP
19	ORGANIZZAZIONE	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	**Ridurre errori prescrittivi**	Proseguire con le azioni di supporto alle UU.OO per ridurre gli errori	L' utilizzo di strumenti informatici per prescrivere le prestazioni consnete di ridurre significativamente gli errori	Prescrizioni eseguite con Tecmes - Siss	Percento di prescrizioni eseguite con Tecmes - Siss		0,8		1	2018	bimestrale	DMPO	Direttori U.O.	AZIENDA E UU OO	12	NP
20	ORGANIZZAZIONE	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	**Servizio angiografia interventistica:continuità operativa**	Definire la reperibilità angiografica per 12 h x 7 gg diurna	Garantire attività con continuità	copertura reperibilità angiografica h12-7gg	Tasso copertura reperibilità angiografica h12-7gg		98% della copertura di reperibilità angiografica notturna		1	2018	bimestrale	DMPO	Direttore UO Ch Vascolare Direttore UO Radiologia	CH VASCOLARE RADIOLOGIA	12	NP
20	ORGANIZZAZIONE	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	**Servizio angiografia interventistica:continuità operativa**	Definire la reperibilità angiografica per 12 h x 7 gg notturne	Garantire attività con continuità	copertura reperibilità angiografica notturna h12-7gg	Tasso copertura reperibilità angiografica notturna h12-7gg		90% della copertura di reperibilità angiografica giornaliera		1	2018	bimestrale	DMPO	Direttore UO Ch Vascolare Direttore UO Radiologia	CH VASCOLARE RADIOLOGIA	12	NP
21	ORGANIZZAZIONE	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	**Sistema delle reperibilità**	Introdurre sistema web based	Garantire attività con continuità	Predisposizione turni reperibilità con sistema web based	Percento di turni mensili predisposti		si/no		1	2018-2019-2020	bimestrale	DMPO	Direttore DMPO	UUOO	36	NP
22	ORGANIZZAZIONE	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	**Ridurre i drg medici DH nei reparti chirurgici**	Gestire percorsi alternativi	I reparti chirurgici non dovrebbero avere DH medici ma utilizzare setting ambulatoriale	I3 - % Drg Medici Dimessi da Reparti Chirurgici: Day-hospital	I3 - % Drg Medici Dimessi da Reparti Chirurgici: Day-hospital		<2017		2	2018	bimestrale	DMPO	Direttore UO Chirurgica	AZIENDA E UUOO Chirurgiche	12	NP
23	ORGANIZZAZIONE	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	**Ridurre i drg medici nei reparti chirurgici**	Gestire percorsi alternativi	Una bassa quota di drg mediciidi ricovero ordinario nei reparti chirurgici è indice di appropriatezza	I2 - % Drg Medici Dimessi da Reparti Chirurgici: Ordinari	I2 - % Drg Medici Dimessi da Reparti Chirurgici: Ordinari		<2017		2	2018	bimestrale	DMPO	Direttore UO Chirurgica	AZIENDA E UUOO Chirurgiche	12	NP
24	ORGANIZZAZIONE	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	**Ridurre i ricoveri brevi medici**	Gestire percorsi alternativi	I Ricoveri brevi medici spesso sono trasformabili in percorsi ambulatoriali complessi	I6 - % Ricoveri Ordinari Medici Brevi sul Totale dei Ricoveri	I6 - % Ricoveri Ordinari Medici Brevi sul Totale dei Ricoveri		<2017		2	2018	bimestrale	DMPO	Direttore UO Medica	AZIENDA e UUOO tutte	12	NP
27	ORGANIZZAZIONE	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	**Ridurre ricoveri ripetuti**	Revisione casistica	Il rispetto di standard di efficienza si accompagna ad un appropriato uso di risorse	I5 - % di Ricoveri Ripetuti entro 30 Giorni con stesso MDC	vedi scheda indicatore Regione "Ricoveri"		indicatore regionale		2	2018	bimestrale	DMPO	Direttori UUOO	AZIENDA	12	NP
54	ORGANIZZAZIONE	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	**Appropriato uso delle risorse**	Tasso di occupazione, Turn over, I. R. posti letto per Presidio	Il rispetto di standard di efficienza si accompagna ad un appropriato uso di risorse	Tasso di occupazione, Turn over, I. R. posti letto per Presidio	Tasso di occupazione, Turn over, I. R. posti letto per Presidio		mantenere		1	2018	bimestrale	DMPO	Direttore DMPO	AZIENDA	12	NP
54	ORGANIZZAZIONE	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	**Ridurre la degenza media preoperatoria**	proseguire a mantenere iniziative	Una degenza preoperatoria nei casi programmati tendente ad un giorno è indice di efficienza organizzativa	Degenza media preoperatoria nei casi programmati	Degenza media preoperatoria nei casi programmati		indicatore regionale		1	2018	bimestrale	DMPO	Direttori UUOO Chirurgiche	UUOO CHIRURGICHE	12	NP
24	ORGANIZZAZIONE	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	**Ridurre i ricoveri brevi**	Gestire percorsi alternativi	Il rispetto di standard di efficienza si accompagna ad un appropriato uso di risorse	I1 - % di casi ordinari con degenza di 2/3 giorni	vedi scheda indicatore regionale NOC		indicatore regionale		2	2018	bimestrale	DMPO	Direttori UUOO	AZIENDA	12	NP
54	ORGANIZZAZIONE	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	**Appropriatezza di codifica dei casi complicati**	controllo di appropriatezza	Il rispetto di standard di efficienza si accompagna ad un appropriato uso di risorse	I2 - % di casi complicati	vedi scheda indicatore regionale NOC		indicatore regionale		1	2018	bimestrale	DMPO	Direttori UUOO	AZIENDA	12	NP
54	ORGANIZZAZIONE	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	**Ridurre comportamenti opportunistici: selezione della casistica**	analisi della casistica	Il rispetto di standard di efficienza si accompagna ad un appropriato uso di risorse	I3 - Incidenza di un DRG sul mix dell'unità operativa	vedi scheda indicatore regionale NOC		indicatore regionale		1	2018	bimestrale	DMPO	Direttori UUOO	AZIENDA	12	NP
54	ORGANIZZAZIONE	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	**Appropriato uso delle risorse**	Revisione casistica	Frazionamento ricoveri	I6 - Numero di accessi per record di DH	vedi scheda indicatore regionale NOC		indicatore regionale		2	2018	bimestrale	DMPO	Direttori UUOO	AZIENDA	12	NP
54	ORGANIZZAZIONE	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	**Appropriato uso delle risorse**	Revisione casistica	Frazionamento ricoveri	I7 - % di procedure effettuate in ambulatorio sul totale procedure + ricoveri 0-1 g	vedi scheda indicatore regionale NOC		indicatore regionale		1	2018	bimestrale	DMPO	Direttori UUOO	AZIENDA	12	NP
54	ORGANIZZAZIONE	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	**Appropriato uso delle risorse**	Revisione casistica	Il rispetto di standard di efficienza si accompagna ad un appropriato uso di risorse	I8 - Importo medio per Reparto	vedi scheda indicatore regionale NOC		indicatore regionale		1	2018	bimestrale	DMPO	Direttori UUOO	AZIENDA	12	NP
54	ORGANIZZAZIONE	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	**Appropriato uso delle risorse**	Revisione casistica	Il rispetto di standard di efficienza si accompagna ad un appropriato uso di risorse	I9 - % di casi ordinari con degenza di 4/5 giorni (significativo dall'anno 2011)	vedi scheda indicatore regionale NOC		indicatore regionale		1	2018	bimestrale	DMPO	Direttori UUOO	AZIENDA	12	NP

Ospedale Maggiore — Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia — ASST Crema

2018-2020 PIANO INTEGRATO PER IL MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE
REPERTORIO OBIETTIVI AZIENDALI - OBIETTIVI DA ASSEGNARE ALLE UUOO -

ID OBIETTIVO	AMBITO	DIMENSIONE QUALITA' MISURATA AREA DI APPARTENENZA (1)-sub1	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub2	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub3	OBIETTIVO	AZIONI	rationale	Indicatore	Formula indicatore	fonte DOC RIFERIMENTO	STANDARD DI RIFERIMENTO/ RISULTATI ATTESI	RISULTATI	PRIORITA' (max 1-2-3-4-5 min)	TEMPI	PERIODICITA' MONITORAGGIO	RESPONSABILE MONITORAGGIO E CERTIFICATORE	RESPONSABILE DELL' OBIETTIVO	ambito applicazione-FUNZIONI COINVOLTE	DURATA PIMO	FREQUENZA flusso verso Regione
54	ORGANIZZAZIONE	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	**Appropriato uso delle risorse**	I4 - Tasso di Ospedalizzazione Standardizzato: per azienda sanitaria di residenza, standardizzato per età e sesso	Il rispetto di standard di efficienza si accompagna ad un appropriato uso di risorse	I4 - Tasso di Ospedalizzazione Standardizzato: per azienda sanitaria di residenza, standardizzato per età e sesso	vedi scheda indicatore Regione "Ricoveri"		indicatore regionale		1	2018	bimestrale	DMPO	Direttori UUOO	ASL	12	NP
54	ORGANIZZAZIONE	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	**Appropriatezza dei ricoveri**	I10 - Tasso di Ospedalizzazione di Ricoveri Ordinari (di 2 o più Giornate) attribuiti a DRG ad Alto Rischio Inappropriatezza	Il rispetto di standard di efficienza si accompagna ad un appropriato uso di risorse	I10 - Tasso di Ospedalizzazione di Ricoveri Ordinari (di 2 o più Giornate) attribuiti a DRG ad Alto Rischio Inappropriatezza	vedi scheda indicatore Regione "Ricoveri"		indicatore regionale		1	2018	bimestrale	DMPO	Direttori UUOO	AZIENDA	12	NP
55	ORGANIZZAZIONE	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	**Ridurre la degenza media preoperatoria**	Mantenere percorso prericovero	Il rispetto di standard di efficienza si accompagna ad un appropriato uso di risorse	I1 - Degenza Media Pre-operatoria	vedi scheda indicatore Regione "Ricoveri"		indicatore regionale		1	2018	bimestrale	DMPO	Direttori UUOO	AZIENDA	12	NP
15	ORGANIZZAZIONE	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	EFFICIENZA ECONOMICA	**Apprporiato uso delle risorse**	analisi report	Il rispetto di standard di efficienza si accompagna ad un appropriato uso di risorse	I9 - Analisi efficienza tecnica : metodo della frontiera stocastica sull'appropriatezza di ricoveri	vedi scheda indicatore regionale		indicatore regionale		3	2018	semestrale	DMPO	Direttori UUOO	AZIENDA	12	NP
61	ORGANIZZAZIONE	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D' USO RISORSE, UMANE, STRUTTURALI, TECNOLOGICHE	**Garantire la gestione in sicurezza delle attrezzature. 1**	Rendere disponibile a tutte le UU.OO. un piano di manutenzione della apparecchiature tecnologiche e/o attrezzature	Le UUOO devono conoscere lo stato di manutenzione delle apparecchiature in uso	1) Rendere disponibile a tutte le UU.OO. un piano di manutenzione delle apparecchiature tecnologiche e/o attrezzature.	Presenza SI/NO nelle UUOO		presenza del piano in ogni U.O.		1	2018	semesrale	Risk Manager	Ing.Clinica Uff Tecnico	Tutte le UU.OO.	12	NP
68	ORGANIZZAZIONE	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	**Migliorare i processi di interscambio di servizi e prestazioni tra e intra strutture sanitarie 1**	Monitoraggio della PO 14 Procedura Organizzativa per la gestione dei trasporti sanitaria (rev0/2012) a carico direttore e coordinatore del PS	Garantire sicurezza nei trasporti sanitari	1) Monitoraggio della PO14 "PROCEDURA ORGANIZZATIVA per la Gestione dei Trasporti Sanitari" (rev.0/2012) in tutta l'Azienda	Report monitoraggio		presenza del report di monitoraggio		1	2018	semestrale	Uff Qualità	Direttore e Coordinatore PS	Tutte le UU.OO.	12	NP
69	ORGANIZZAZIONE	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	**Garantire efficienza organizzativa evitando gli sprechi 1**	applicazione delle regole definite nel progetto della riorganizzazione del blocco operatorio	Garantire efficienza organizzativa in Blocco operatorio	1) Applicazione delle regole definite nel progetto della riorganizzazione del blocco operatorio	Indicatori Regolamento Blocco operatorio		report di valutazione e monitoraggio degl indicatori presenti nel regolamento		1	2018	semestrale	DMPO	Responsabile blocco operatorio	UU OO Chirurgiche	12	NP
70	ORGANIZZAZIONE	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	**Garantire efficienza organizzativa evitando gli sprechi 3**	Effettuare la revisione organizzativa dell' uso della sala angiografica	Garantire efficienza organizzativa	Effettuare la revisione organizzativa dell' uso della sala angiografica	Report		presenza di report di revisione organizzativa		1	2018	semestrale	DMPO	Direttore UO Radiologia	UO Radiologia	12	NP
70	ORGANIZZAZIONE	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	**Garantire efficienza organizzativa evitando gli sprechi 4**	Definire e pianificare le modalità di verifica dei servizi appaltati	Verificare che i fornitori eroghino i servizi richiesti	3) definizione e pianificazione della modalità di verifica dei servizi appaltati.	% di servizi conformi		report sul 100% della verifica dei servizi appaltati		1	2018	semestrale	Responsabile controllo atti	Responsabile del controllo atti	Tutte le UU.OO.	12	NP
70	ORGANIZZAZIONE	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	**Garantire efficienza organizzativa evitando gli sprechi 5**	Monitoraggio quadrimestrale rispetto standarda accreditamento	Assicurare risorse minime alle attività	4) adozione degli standard di dotazioni organiche alle UU.OO e Servizi (lo standard definito ha un range compreso tra quanto richiesto dall'accreditamento istituzionale e l'assegnato come da dotazioni organiche)	Assegnazione/accreditamento		>1		1	2018	semestrale	Uff Qualità	DMPO SITRA Uff Personale		12	NP
71	ORGANIZZAZIONE	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	**Garantire pari opportunità di accesso alle cure a tutti i cittadini 1**	Pubblicare i Tempi di attesa	L' accesso alle prestazioni erogate dalla struttura (ambulatoriali, di ricovero, liste d'attesa intervento, ecc) deve essere noto al cittadino	Pubblicare i Tempi di attesa	Liste di attesa di ricovero: % casi classe 1 operati entro 30 gg. (per tumori e prestazioni monitorate da regione)		presenza di liste di attesa di ricovero		1	2018	semestrale	DMPO	DMPO	Tutte le UU.OO.	12	NP
71	ORGANIZZAZIONE	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	**Garantire pari opportunità di accesso alle cure a tutti i cittadini 2**	Pubblicare la carta dei servizi revisionata.	Fornire informazioni al cittadino sui servizi erogati e sulle modalità di accesso	2) predisposta nuova revisione della Carta dei Servizi	Pubblicazione carte dei servizi		presenza di pubblicazione della nuova carta dei servizi		1	2018	semestrale	Uff Qualità	Resposabile Comunicazione	Tutte le UU.OO.	12	NP
71	ORGANIZZAZIONE	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA D' USO DEI REGIMI DI ASSISTENZA	**Garantire pari opportunità di accesso alle cure a tutti i cittadini 3**	Disponibilità di informazioni e di attività a protezione delle categorie protette: - anziano ultra sessantacinquenne con patologie croniche o psichiatriche, non autosufficiente e con barriere culturali/sociali · paziente oncologico, terminale	Protezione delle categorie protette: - anziano ultra sessantacinquenne con patologie croniche o psichiatriche, non autosufficiente e con barriere culturali/sociali · paziente oncologico, terminale	3) disponibilità delle informazioni e delle attività che riguardano le categorie protette (bambini, disabili, anziani, gravide...) Report delle categorie e dei percorsi protetti	Informazioni diaponibili/totale dei percorsi protetti		disponibilità di informazioni sul totale dei percorsi protetti		1	2018	semestrale	DMPO	DMPO URP	Tutte le UU.OO.	12	NP
31	ORGANIZZAZIONE	EMPOWERMENT	COINVOLGIMENTO CITTADINI E UTENTI	SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI	**Soddisfazione utenti**	Proseguire con iniziative orientate a promuovere la soddisfazione degli utenti	I6a - Customer satisfaction 1 : soddisfazione del paziente relativa all'assistenza del personale medico - valore medio della risposta	I6a - Customer satisfaction 1 : soddisfazione del paziente relativa all'assistenza del personale medico - val	vedi scheda indicatore regionale		indicatore regionale		1	2018	annuale	Regione Lombardia	URP	AZIENDA	12	NP
31	ORGANIZZAZIONE	EMPOWERMENT	COINVOLGIMENTO CITTADINI E UTENTI	SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI	**Soddisfazione utenti**	Proseguire con iniziative orientate a promuovere la soddisfazione degli utenti	I6b - Customer satisfaction 2 : soddisfazione del paziente relativa all'assistenza del personale infermieristico - valore medio della risposta	I6b - Customer satisfaction 2 : soddisfazione del paziente relativa all'assistenza del personale infermieristico - valore medio della risposta	vedi scheda indicatore regionale		indicatore regionale		1	2018	annuale	Regione Lombardia	URP	AZIENDA	12	NP
5	ORGANIZZAZIONE	EMPOWERMENT	UMANIZZAZIONE	ACCESSIBILITA' FISICA, VIVIBILITA' E COFORT DELLA STRUTTURA	**Garantire diritti e umanizzazione**	Progettare nuovi reparti con camere singole e doppie	Strutture con un buon livello alberghiero	Disponibilità di camere a uno e due letti	Numero di camere a uno e due letti rispettivamente sul totale delle camere		>10%		1	2018	annuale	DMPO	Direttore U Tecnico	UT -DMPO	12	NP
72	ORGANIZZAZIONE	EMPOWERMENT	COINVOLGIMENTO CITTADINI E UTENTI	PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI	**Garantire la partecipazione dei cittadini alla definizione dei percorsi organizzativi 1**	proseguire l'attività di coinvolgimento dei pazienti e famigliari nei processi educativi per la gestione domiciliare di farmaci, prevenzione cadute, lavaggio delle mani.	Gli utenti e familiari contribuiscono ai processi di cura e di sicurezza	1) sviluppare processi educativi a pazienti e famigliari per la gestione domiciliare di farmaci , prevenzione cadute, lavaggio delle mani	Presenza di informative distribuite sui tre contenuti		presenza di informative distribuite sui contenuti		1	2018	annuale	Uff Qualità	Direttori e Coordinatori UU.OO.	Tutte le UU.OO.	12	NP
72	ORGANIZZAZIONE	EMPOWERMENT	COINVOLGIMENTO CITTADINI E UTENTI	PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI	**Garantire la partecipazione dei cittadini alla definizione dei percorsi organizzativi 2**	Proseguire l'attività di rendere conformi le informative ai principi stabiliti nella procedura del consenso informato	Gli utenti e familiari contribuiscono ai processi di cura e di sicurezza	2) proseguire nel processo di acquisizione del Consenso informato al fine di garantire informazioni puntuali sulle cure	Percento di consensi mancanti in doc sanitaria		aumentare la % di informative conformi		1	2018	annuale	Uff Qualità	Direttori UU OO Chirurgiche	Dip Chirurgico + CH Vascolare	12	NP

ASST DI CREMA

Sistema Socio Sanitario
Ospedale Maggiore — Regione Lombardia — ASST Crema

2018-2020 PIANO INTEGRATO PER IL MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE
REPERTORIO OBIETTIVI AZIENDALI - OBIETTIVI DA ASSEGNARE ALLE UUOO -

ID OBIETTIVO	AMBITO	DIMENSIONE QUALITA' MISURATA AREA DI APPARTENENZA (1)-sub1	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub2	AREA DI APPARTENENZA (1)-sub3	OBIETTIVO	AZIONI	rationale	Indicatore	Formula indicatore	fonte-DOC RIFERIMENTO	STANDARD DI RIFERIMENTO/ RISULTATI ATTESI	RISULTATI	PRIORITA' (max 1-2-3-4-5 min)	TEMPI	PERIODICITA' MONITORAGGIO	RESPONSABILE MONITORAGGIO E CERTIFICATORE	RESPONSABILE DELL' OBIETTIVO	ambito applicazione-FUNZIONI COINVOLTE	DURATA PIMO	FREQUENZA flusso verso Regione
72	ORGANIZZAZIONE	EMPOWERMENT	COINVOLGIMENTO CITTADINI E UTENTI	PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI	**Garantire la partecipazione dei cittadini alla definizione dei percorsi organizzativi 3**	Proseguire l'attività sulle iniziative "Ospedale Aperto"	Gli utenti e familiari contribuiscono ai processi di cura e di sicurezza	3) mantenimento iniziativa "ospedale aperto"	Num specialità con amb aperti/totale specialità		95%		1	2018	annuale	Comunicazione	Resposabile Comunicazione	Tutte le UU.OO.	12	NP
72	ORGANIZZAZIONE	EMPOWERMENT	COINVOLGIMENTO CITTADINI E UTENTI	PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI	**Garantire la partecipazione dei cittadini alla definizione dei percorsi organizzativi 4**	Coinvolgere le associazione di cittadini nella definizione di PDTA e sui nuovi processi clinici	Gli utenti e familiari contribuiscono ai processi di cura e di sicurezza	4) coinvolgimento di associazioni e cittadini nella definizione di PDTA e nuovi processi clinici .	Pdta redatti con le associazioni		presenza di coinvolgimento delle associazione dei cittadini alla redazione di PDTA e/o nuovi processi clinici		2	2018	annuale	DMPO	responsabili di PDTA	Funzioni trasversali e UO Coinvolte	12	NP
73	STRUTTURA	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA,INNOVAZIONE TECNOLOGICA, STRUTTURALE. ICT	**Accreditamento e investimenti strutturali**	Completamento investimenti stutturali monoblocco (II e III Piano manica C, SPCD, Pediatria, Senologia, Pronto Soccorso)	Strutture con un buon livello alberghiero	Stato di avanzamento	Relazione SAL		Rispetto del piano di avanzamento		1	2018-2019-2020	annuale	Ufficio Tecnico	Direttore U Tecnico	AZIENDA	36	NP
73	STRUTTURA	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA,INNOVAZIONE TECNOLOGICA, STRUTTURALE. ICT	**Accreditamento e investimenti strutturali**	Riqualificazione energetica del monoblocco	Ridurre i costi	Stato di avanzamento	Relazione SAL		Rispetto del piano di avanzamento		1	2018-2019-2020	annuale	Ufficio Tecnico	Direttore U Tecnico	AZIENDA	36	NP
73	STRUTTURA	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA,INNOVAZIONE TECNOLOGICA, STRUTTURALE. ICT	**Accreditamento e investimenti strutturali**	Adeguamento impiantistico Unità Preparazione centralizzata Farmaci	Garantire sicurezza nella preparazione farmaci e rispettare norme internazionali	Stato di avanzamento	Relazione SAL		Rispetto del piano di avanzamento		1	2018-2019-2020	annuale	Ufficio Tecnico	Direttore U Tecnico	AZIENDA	36	NP
73	STRUTTURA	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA,INNOVAZIONE TECNOLOGICA, STRUTTURALE. ICT	**Accreditamento e investimenti strutturali**	Adeguamento impiantistico Anatomia Patologica	Garantire standard di igiene del lavoro	Stato di avanzamento	Relazione SAL		Rispetto del piano di avanzamento		1	2018-2019-2020	annuale	Ufficio Tecnico	Direttore U Tecnico	AZIENDA	36	NP
73	STRUTTURA	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA,INNOVAZIONE TECNOLOGICA, STRUTTURALE. ICT	**Accreditamento e investimenti strutturali**	Revisione servizi igienici del monoblocco, completamento accessori e ausili per sostegno alla deambulazione	Strutture con un buon livello alberghiero	Stato di avanzamento	Relazione SAL		Rispetto del piano di avanzamento		1	2018-2019-2020	annuale	Ufficio Tecnico	Direttore U Tecnico	AZIENDA	36	NP
74	TECNOLOGIE	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA,INNOVAZIONE TECNOLOGICA, STRUTTURALE. ICT	**Governo delle attrezzature**	Acquisti secondo il Piano Investimenti Tecnologie in ordine di priorità stabilita	Assicurare turn over tecnologico	Stato di avanzamento	Verbali HTA		Rispetto del piano di avanzamento		1	2018	annuale	DMPO	Responsabile Commissione HTA	AZIENDA	12	NP
74	ORGANIZZAZIONE	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA,INNOVAZIONE TECNOLOGICA, STRUTTURALE. ICT	**FARMACOVIGILANZA**	Sorveglianza reazioni avverse da farmaci	garantire uso sicuro di farmaci e dispositivi	N° di segnalazioni	N° di segnalazioni / tot. GG degenza		Rispetto del piano di avanzamento		1	2018	annuale	DMPO	Direttore Farmacia	AZIENDA	12	NP
74	ORGANIZZAZIONE	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA,INNOVAZIONE TECNOLOGICA, STRUTTURALE. ICT	**SICUREZZA DI USO DEI DISPOSITIVI MEDICI**	VALUTAZIONE DISPOSITIVI MEDICI	garantire uso sicuro di farmaci e dispositivi	N° attrezzature valutate	N° attrezzature valutate		100%		1	2018	semestrale	DMPO	Responsabile Dispositivi medici	AZIENDA	12	NP
74	ORGANIZZAZIONE	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA,INNOVAZIONE TECNOLOGICA, STRUTTURALE. ICT	**Aggiornamento prontuario aziendale**	AGGIORNARE IL PRONTUARIO	garantire uso sicuro di farmaci e dispositivi	REVISIONE PRONTUARIO SI - NO	REVISIONE PRONTUARIO SI - NO		si/no		1	2018	semestrale	DMPO	Direttore Farmacia	AZIENDA	12	NP
74	SISTEMI INFORMATIVI	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA,INNOVAZIONE TECNOLOGICA, STRUTTURALE. ICT	**Sistema informativo dell'Azienda: adeguamento**	Adeguamento SW: Liste di attesa, posti letto, consulenze, cartella clinica	Garantire funzionalità dei servizi	SI - NO	SI - NO		SI - NO		1	2018-2019-2020	semestrale	DMPO	Responsabile SIA	AZIENDA	36	NP
74	SISTEMI INFORMATIVI	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA,INNOVAZIONE TECNOLOGICA, STRUTTURALE. ICT	**Sistema informativo dell'Azienda: Disaster Recovery**	Piano Sicurezza dei sistemi informativi aziendali, back up web Mail	Garantire sicurezza	SI - NO	SI - NO		SI - NO		1	2018	semestrale	DMPO	Responsabile SIA	AZIENDA	12	NP
74	SISTEMI INFORMATIVI	EFFICIENZA	EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	APPROPRIATEZZA,INNOVAZIONE TECNOLOGICA, STRUTTURALE. ICT	**Sistema informativo dell'Azienda: continuità operativa**	Messa in sicurezza sala macchine , acquisto gruppo di continuità	Garantire sicurezza	SI - NO	SI - NO		SI - NO		1	2018	semestrale	DMPO	Direttore U Tecnico	AZIENDA	12	NP
75	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	**Presa in carico dell'assistito cronico complesso**	Attivazione Centrale Operativa	Assicurare la presa in carico dei cittadini cronici	Rispetto delle scadenze	Rispetto delle scadenze		Rispetto delle scadenze		1	2018-2019-2020	semestrale	DMPO	Responsabile Centrale servizi	AZIENDA	36	NP
75	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	**Patient Flow Management**	Medicina di Accettazione ed urgenza	Gestire il percorso del paziente nell' ospedale	Audit di verifica periodici	Audit di verifica periodici		Audit di verifica periodici		1	2018	semestrale	DMPO	Direttore Dip. Scienze Mediche	AZIENDA	12	NP
75	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	APPROPRIATEZZA PERCORSI ASSISTENZIALI	**Revisione delle seguenti Linee Guida cliniche: - Tromboembolie - Ictus - Sub Acuti - Dimissioni Protette - Area Ostetrico- Ginecologica - Processo Chirurgico - Sepsi**	Revisione delle seguenti Linee Guida cliniche: - Tromboembolie - Ictus - Sub Acuti - Dimissioni Protette - Area Ostetrico-Ginecologica - Processo Chirurgico	Eseguire prestazioni in linea con le più aggiornate indicazioni	Revisione SI / NO	Revisione SI / NO		Revisione SI / NO		1	2018	semestrale	DMPO	Responsabile Qualità	AZIENDA	12	NP
76	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	SICUREZZA DEI PROCESSI	**Sicurezza del processo in Sala Operatoria**	Revisione di tutto il processo ed elaborazione di protocollo / procedura	Garantire il processo sicuro della attività chirurgica	PROCEDURA SI /NO	PROCEDURA SI /NO		PROCEDURA SI /NO		1	2018	semestrale	DMPO	Direttore DMPO	AZIENDA	12	NP
RACC	ORGANIZZAZIONE	EFFICACIA	APPROPRIATEZZA PROCESSI ASSISTENZIALI	SICUREZZA DEI PROCESSI	**Gestire il Rischio clinico**	IMPLEMENTAZIONE E MONITORAGGIO RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI	Rispettare standard cogenti in tema di sicurezza dei processi	PROCEDURA per ogni Raccomandazione SI /NO	PROCEDURA per ogni Raccomandazione SI /NO		PROCEDURA per ogni Raccomandazione SI /NO		**1**	2018	semestrale	DMPO	Responsabile Qualità	AZIENDA	12	NP

ASST DI CREMA

Sistema Socio Sanitario
Ospedale Maggiore
Regione Lombardia
ASST Crema

DIREZIONE GENERALE
SISTEMA QUALITA' AZIENDALE

QUALITY REPORT 2018

DATI AL 31/12/2017

Stato di avanzamento del Programma integrato per il Miglioramento dell' organizzazione (PIMO)

ASST D

Risultati

28/03/2018

ASST DI CREMA

Il documento è stato curato per la Direzione Strategica da:
Roberto Sfogliarini, Quality Manager e Responsabile aziendale PIMO

Hanno collaborato:

L' Ufficio Qualità
I Referenti Qualità e Sicurezza della Azienda
I Direttori e Coordinatori delle UUOO ed i loro staff

Sommario

Introduzione 5
Risultati 7
R1 – Bacino di Utenza 9
R2 – Appropriatezza dei ricoveri 11
R3 – Esiti delle cure – PNE piano Nazionale Esiti 12
R4 – Network Regioni 14
R5 – Percorsi Diagnostico Terapeutici infarto-ictus-mammella-colon retto 15
R6 - Percorsi clinici – infarto miocardico acuto - scompenso 16
R7 - Percorsi clinici – ictus 17
R8 - Percorsi clinici – Tumore della Mammella 18
R9 – Percorsi clinici – Tumore del Colon Retto 19
R10 – Materno Infantile 20
R11 – Frattura del Femore - 22
R12 – Infezioni correlate alle pratiche assistenziali 23
R13 – Efficacia-performance 24
R14 – Indicatori NOC (Nucleo Controllo Regione) 25
R15 – Cadute 26
R16– Incident reporting 27
R17– Risk Management 2017 29
R18– Raccomandazioni Ministeriali 30
R19– Sinistri 31
R20 – Esito dei Controlli delle prestazioni (Nucleo Operativo controllo ATS) 32
R21 – Tempi di attesa 34
R22 – Autovalutazione percorsi clinici -check list 37
R23 – Certificazione ISO 9000:2015 38
R24 – Infortuni 39
R25 – Vaccinazioni: coperture vaccinali 40
R26 - Piano anticorruzione e trasparenza 41
R27 – Internal auditing 42
R28 – Economico Finanziario Gestionale 43
Allegati 44

ASST DI CREMA

ASST DI CREMA

INTRODUZIONE

In questo documento sono raccolti i risultati delle attività svolte dalla ASST di CREMA nell' ambito del miglioramento della qualità sia del processo di cura che dei processi gestionali aziendali e di supporto.

I Risultati degli indicatori sono riassunti nel **Cruscotto aziendale (allegato)**.
Dove possibile sono stati evidenziati i risultati per **PERCORSO CLINICO** riunendo indicatori presenti in Fonti diverse.

Ambiti:

1. **Qualità dei processi clinico-assistenziali:**
    a. Appropriatezza dei ricoveri
    b. Esiti delle cure PNE
        i. Indicatori clinici Network delle Regioni
    c. Percorsi diagnostico-terapeutici: Tumore al seno, colon-retto, infarto miocardico, Ictus cerebri
    d. Percorsi clinici:
        i. Percorsi clinici : IMA – scompenso
        ii. Percorsi clinici: Ictus
        iii. Percorsi clinici: tumore mammella
        iv. Percorsi clinici: tumore colon retto
        v. Frattura di femore
        vi. Materno Infantile
    e. Performance
    f. Controllo delle infezioni Correlate alle pratiche assistenziali
        i. Audit sepsi
    g. Cadute
    h. Progetti di Risk Management
    i. Sinistri
2. **Segnalazione spontanea di eventi avversi e near miss**
3. **Governo dei tempi di attesa** delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero
4. **Esito dei Controlli delle prestazioni (Nucleo Operativo di controllo ATS)**
5. **Standard regionali** - Autovalutazione
6. **Standard Regionali** - Valutazioni Esterne
7. **Ente di Certificazione ISO** - Valutazioni Esterne
8. **Indicatori regionali del Programma integrato per il Miglioramento dell' organizzazione**
9. **Esiti dei Riesami eseguiti dalle Direzioni delle Unità organizzative**
10.
11. **Audit interni:** i suggerimenti e le raccomandazioni per le Unità Operative espresse dai Team di verifica interna;
12. **Azioni preventive in materia di anticorruzione e trasparenza**
13. **Internal audit**
14. **Indicatori Economico finanziari**

Nota (i dati confidenziali non sono pubblicati);

Rappresentano l' esito del processo di miglioramento continuo dell' organizzazione che vede protagoniste tutte le funzioni aziendali.

Partendo dai risultati evidenziati nel Quality Report sono elaborate le principali macro aree di miglioramento presupposto per il Piano Integrato del Miglioramento dell' Organizzazione.

ASST DI CREMA

ASST DI CREMA

RISULTATI

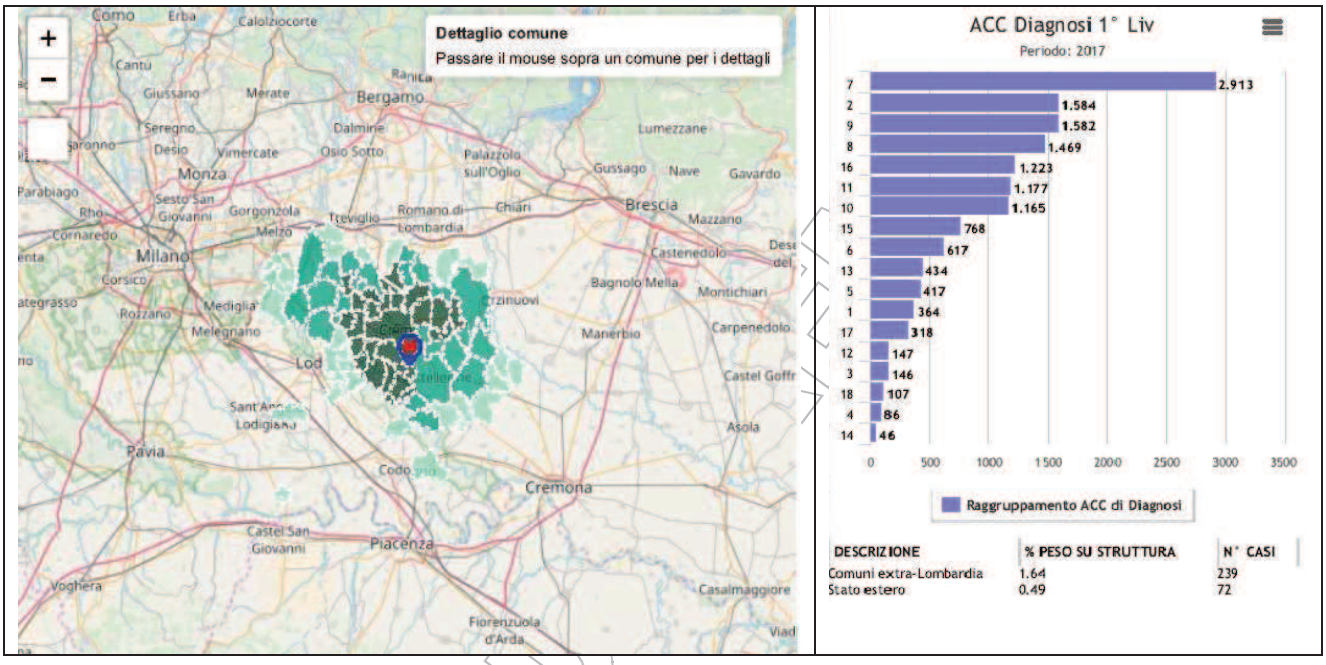
ASST DI CR

ASST DI CREMA

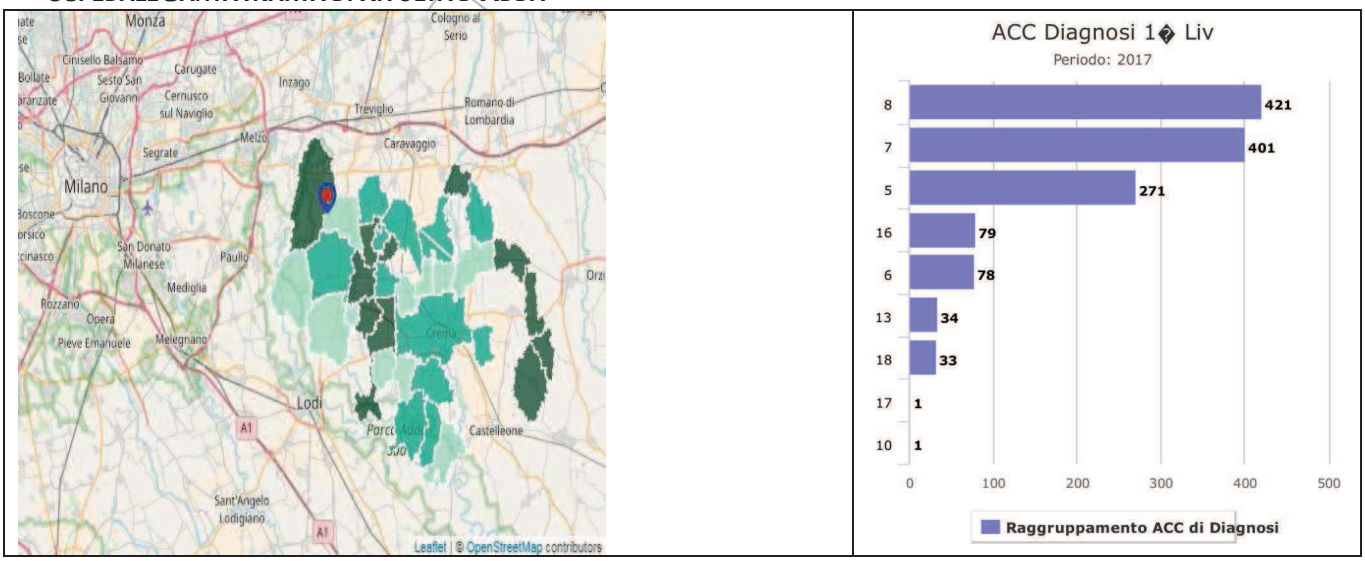
R1 – Bacino di Utenza

Nelle Figure seguenti è rappresentato il Bacino di utenza dei Presidi dell' ASST di CREMA: comuni di provenienza dei pazienti ricoverati e le patologie trattate in ordine decrescente (ACC)[1]

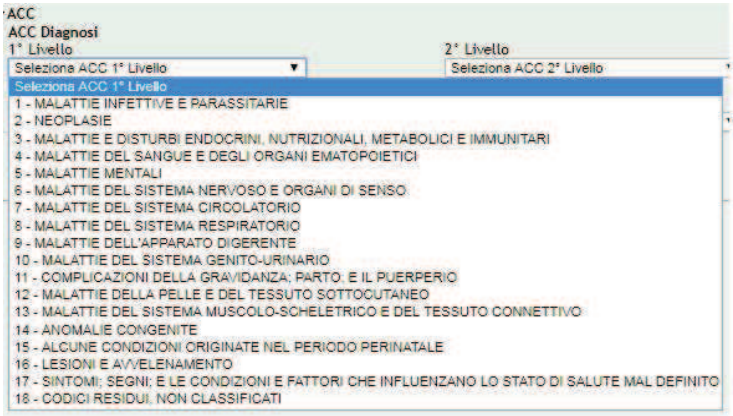
Ospedale Maggiore di Crema



Ospedale Santa Marta di Rivolta d'Adda



[1] Gli ACC (aggregati clinici di codici) sono stati sviluppati a partire dal 1993 dall'agenzia americana AHQR (Agency for Healthcare Quality and Research), con lo scopo di raggruppare i codici ICD-9-CM in un set ristretto di classi relativamente omogenee e di utilità per i ricercatori ed analisti di politica sanitaria.



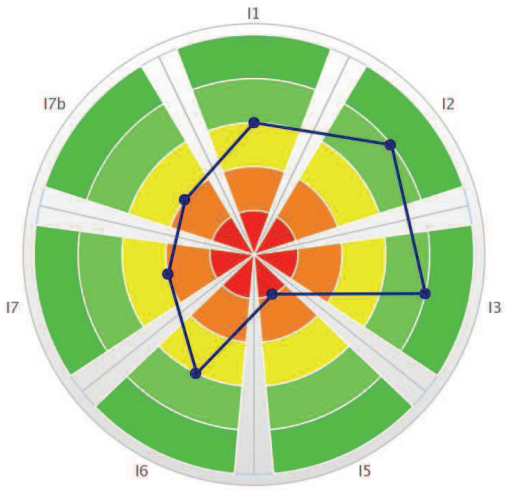
IN EVIDENZA
Elementi di successo
Il bacino di utenza dell' Ospedale per acuti di Crema si sviluppa nel raggio di circa 20 km dallo stesso; Il bacino di utenza dell' Ospedale di Rivolta d' Adda Riabilitazione è sovrapponibile ai bacino di utenza dell' H di Crema e corrisponde al Distretto di Crema che evidenzia la stretta relazione / continuità assistenziale fra acuti e riabilitazione specialistica;
Elementi di attenzione

ASST DI CREMA

R2 – APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI

Analisi Territoriale

030209-00 - OSPEDALE MAGGIORE - CREMA
Periodo: 2017



030209-00 - OSPEDALE MAGGIORE - CREMA

Periodo	Indicatore	Descrizione Indicatore	Valore	Valore regionale (mediana)	Minimo	20 Percentile	40 Percentile	60 Percentile	80 Percentile	Massimo	Fascia
2017	I1	Degenza Media Pre-operatoria	1,3	1,2	0,0	0,6	1,0	1,4	1,8	10,0	3
2017	I2	% Drg Medici Dimessi da Reparti Chirurgici: Ordinari	16,00%	20,80%	0,00%	7,50%	16,70%	23,60%	32,70%	83,80%	4
2017	I3	% Drg Medici Dimessi da Reparti Chirurgici: Day-hospital	2,40%	3,40%	0,00%	0,90%	2,80%	4,20%	12,20%	100,00%	4
2017	I5	% Ricoveri Ripetuti entro 30 Giorni con stesso MDC	3,80%	2,30%	0,00%	1,20%	2,00%	2,60%	3,20%	10,70%	1
2017	I6	% Ricoveri Ordinari Medici Brevi sul Totale dei Ricoveri	14,10%	14,60%	0,00%	9,00%	12,90%	16,40%	21,50%	100,00%	3
2017	I7	% Fratture del Femore Operate Entro 48h da ammissione	65,50%	76,60%	0,00%	56,60%	71,60%	81,40%	87,80%	100,00%	2
2017	I7b	% Fratture del Femore Operate Entro 48h da ammissione (assistiti >= 65 anni)	63,60%	76,80%	0,00%	54,70%	72,30%	80,60%	86,50%	100,00%	2

IN EVIDENZA

Elementi di successo

1. **Appropriatezza del setting chirurgico: bassa percentuale di ricoveri medici in reparti chirurgici**

Elementi di attenzione

1. **Ricoveri ripetuti entro 30 gg stesso MDC**
2. **Ricoveri ordinari medici brevi**
3. **Trattamento fratture femore entro 72 ore in miglioramento (vedi Scheda PNE)**
4. **Degenza media preoperatoria: il valore è comunque basso, tuttavia nei periodi precedenti era < 1,2 g;**

R3 – Esiti delle cure – PNE piano Nazionale Esiti

Nella tabella seguente sono evidenziati i risultati.

PNE - Esito Struttura
Periodo di Riferimento: 2017
Struttura: 030209-00 - OSPEDALE MAGGIORE - CREMA
Dati aggiornati al 31/12/2017

AREA CLINICA	ID INDICATORE	INDICATORE	VOLUME RICOVERI AREA	VOLUME RICOVERI SPECIFICI	NUMERATORE	DENOMINATORE	INDICATORE (VALORE)	PESO	STANDARD DI QUALITà
CARDIOCIRCOLATORIO	CARDIO1	Infarto miocardico acuto: mortalità a trenta giorni	1.710	.	30	375	8,00%	39,00%	2
CARDIOCIRCOLATORIO	CARDIO2	Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro due giorni	1.710	.	217	329	65,96%	24,00%	1
CARDIOCIRCOLATORIO	CARDIO3	Scompenso cardiaco congestivo: mortalità a trenta giorni	1.710	.	48	395	12,15%	19,00%	3
CARDIOCIRCOLATORIO	CARDIO6	Riparazione di aneurisma non rotto del aorta addominale: mortalità a trenta giorni	1.710	.	0	16	0,00%	19,00%	1
CHIRURGIA GENERALE	CHGEN1	Colecistectomie laparoscopiche: % ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	450	203	134	182	73,63%	50,00%	2
CHIRURGIA GENERALE	CHGEN2	Colecistectomie laparoscopiche: % interventi in reparti con volume di attività superiore a novanta interventi annui	450	203	206	207	99,52%	50,00%	2
GRAVIDANZA E PARTO	GRAV1	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	845	731	116	654	17,74%	80,00%	2
GRAVIDANZA E PARTO	GRAV2	Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	845	731	4	544	0,74%	10,00%	5
GRAVIDANZA E PARTO	GRAV3	Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	845	731	3	190	1,58%	10,00%	5
NERVOSO	NERVO1	Ictus ischemico: mortalità a trenta giorni	875	.	22	182	12,09%	100,00%	3
CHIRURGIA ONCOLOGICA	ONCO1	Interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	241	122	0	116	0,00%	33,00%	5
CHIRURGIA ONCOLOGICA	ONCO2	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno per tumore alla mammella	241	122	5	77	6,49%	17,00%	5
CHIRURGIA ONCOLOGICA	ONCO3	Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a trenta giorni	241	.	0	1	0,00%	17,00%	1
CHIRURGIA ONCOLOGICA	ONCO4	Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a trenta giorni	241	.	1	20	5,00%	8,00%	3
CHIRURGIA ONCOLOGICA	ONCO5	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a trenta giorni	241	.	2	58	3,45%	25,00%	3
OSTEOMUSCOLARE	OSTEO1	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro due giorni	869	.	106	187	56,68%	90,00%	3
OSTEOMUSCOLARE	OSTEO2	Frattura della tibia e perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	869	.	38	15	2,53	10,00%	2
RESPIRATORIO	RESPIRO1	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	1.075	.	15	195	7,69%	100,00%	3

Piano di Rientro

La tabella successiva evidenzia se la azienda sanitaria, a fronte dei risultati conseguiti, deve eseguire un piano di rientro ai sensi del decreto 6 giugno 2016.

PNE - Piano efficientamento - Strutture
Periodo di Riferimento: 2017
Dati aggiornati al 31/12/2017

STRUTTURA (CODICE)	STRUTTURA (DESCRIZIONE)	CARDIO CIRCOLATORIO	CHIRURGIA GENERALE	CHIRURGIA ONCOLOGICA	GRAVIDANZA E PARTO	NERVOSO	OSTEOMUSCOLARE	RESPIRATORIO
030209-00	OSPEDALE MAGGIORE - CREMA	28,19%	7,42%	3,97%	13,93%	14,43%	14,33%	17,72%
030215-00	OSPEDALE S. MARTA - RIVOLTA D'ADDA	39,47%			.	.	.	39,78%

ASST DI CREMA

In evidenza

Elementi di successo

1. La ASST non deve eseguire Piano di rientro
2. Area Cardiocircolatoria: valori ottimali

Elementi di attenzione

1. **Area gravidanza e parto**: la percentuale di complicanze del parto si situa in posizione intermedia rispetto al range delle strutture sanitarie;
2. Chirurgia oncologica: ONCO1 il numero di interventi di senologia è < 135; in crescita
3. Chirurgia Oncologica: Onco2 errore di assegnazione del codice:è verde
4. Mortalità a 30 gg per Ictus e BPCO: valori intermedi
5. Osteomuscolare: Tempestività interventi fratture femore migliorabile

R4 – Network Regioni

Indicatori previsti dalla Rete Network delle Regioni cui aderiscono alcune Regioni

Periodo	Indicatore	Descrizione Indicatore	Numeratore	Denominatore	Valore	Fascia	Valore Regionale	Fascia Regionale
2017	C10.4.2	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata	1,186	25	**47,44**	5	72,87	5
2017	C14.4	% di ricoveri medici oltresoglia ? 65 anni	261	4,06	**6,43**	5	5,46	5
2017	C2a.C	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG chirurgico	4,833	3,59	**1,35**	5	-0,06	3
2017	C2a.M	Indice di performance degenza media per acuti - ricoveri per DRG medico	2,857	6,433	**0,44**	4	0,37	4
2017	C4.4	% colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery e RO 0-1 gg	3	172	**1,74**	5	16,93	4
2017	C5.2	Percentuale di frattura del collo del femore operate entro 2 giorni	133	203	**65,52**	3	74,49	2
2017	C5.3	Percentuale di prostatectomie transuretrali	47	58	**81,03**	3	88,54	2
2017	C7.3	% episiotomia depurate (NTSV)	65	255	**25,49**	3	25,73	3
2017	C7.6	% di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	43	559	**7,69**	4	6,50	3
2017	C8a.13.2	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	26	494	**5,26**	4	5,17	4

In evidenza

Elementi di successo

Elementi di attenzione

1. Attesa media per tumore alla prostata
2. Ricoveri medici oltre soglia > 65 anni
3. Indice di performance della degenza media ricoveri chirurgici
4. Indice di performance della degenza media ricoveri medici
5. Colecistectomie laparoscopiche in day surgery o 0-1 g
6. Parti operativi (forcipe o ventosa)
7. Ricoveri ripetuti per patologie psichiatriche entro 7 gg

ASST di C

R5 – PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI INFARTO-ICTUS-MAMMELLA-COLON RETTO

Indicatori relativi ad alcuni percorsi monitorati da R. Lombardia

Obiettivi
Periodo: 2017 - Novembre
Data Elaborazione: 12/02/2018 19:07
Dettaglio indicatori per struttura

Ambito	Indicatore	Regione Lombardia	327 - ATS DELLA VAL PADANA	030209-00 - OSPEDALE MAGGIORE - CREMA
CARDIOLOGIA	IMA-OBJ1	59,79%	89,20%	97,14%
	IMA-OBJ2	79,76%	84,97%	94,33%
	IMA-OBJ3	68,38%	72,83%	69,77%
NEUROLOGIA	ICTUS-OBJ1	78,15%	81,95%	95,31%
	ICTUS-OBJ2	50,81%	77,32%	87,62%
	ICTUS-OBJ3	11,03%	10,78%	7,88%
	ICTUS-OBJ4	24,00%	28,09%	18,99%
ONCOLOGIA	BC-OBJ1	57,30%	67,11%	70,65%
	BC-OBJ10	67,70%	77,84%	80,25%
	BC-OBJ2	54,17%	50,22%	72,83%
	BC-OBJ3	80,42%	80,46%	78,57%
	BC-OBJ4	76,27%	82,50%	93,75%
	CRC-OBJ1	62,38%	68,56%	78,05%
	CRC-OBJ2	92,52%	91,55%	100,00%
	CRC-OBJ6	90,93%	92,90%	96,97%

Legenda indicatori

Codice indicatore	Descrizione indicatore
IMA-OBJ1	Percentuale di Schede di Rete STEMI compilate per casi di Infarto Miocardico Acuto tratto ST dimessi dalla azienda nei mesi di gennaio-febbraio, maggio-giugno, settembre-ottobre, indipendentemente dal reparto di dimissione
IMA-OBJ2	Percentuale di casi di Infarto Miocardico Acuto trattati con PTCA entro 48 ore dal ricovero
IMA-OBJ3	Percentuale di casi di Infarto Miocardico Acuto con tempo Door to Balloon entro i 90 minuti
ICTUS-OBJ1	Gestione dei ricoveri per Ictus presso la Stroke Unit aziendale o trasferiti in altra Stroke Unit regionale
ICTUS-OBJ2	Percentuale di Schede di Rete STROKE compilate per nuovi casi di Ictus dimessi dalla azienda nei mesi di gennaio-febbraio, maggio-giugno, settembre-ottobre, indipendentemente dal reparto di dimissione.
ICTUS-OBJ3	Questo indicatore calcola la proporzione di pazienti avviati ad un trattamento di fibrinolisi.
ICTUS-OBJ4	Ictus che effettuano un ricovero in riabilitazione entro 15 gg dalla data accettazione
BC-OBJ1	Percentuale di soggetti operati entro 60gg dalla data della mammografia
BC-OBJ10	Percentuale di soggetti operati entro 60gg dalla data della mammografia effettuata nei 12 mesi precedenti l'intervento chirurgico
BC-OBJ2	Percentuale di nuovi casi che effettuano una cito-istologia nei 40 giorni precedenti l'intervento chirurgico
BC-OBJ3	Percentuale di nuovi casi di tumore alla mammella sottoposti ad intervento utilizzando la tecnica del linfonodo sentinella
BC-OBJ4	Percentuale di casi sottoposti a tecnica chirurgica radicale che effettuano la ricostruzione della mammella
CRC-OBJ1	Percentuale di casi con trattamento chirurgico per tumore del colon entro 60 gg dall'endoscopia
CRC-OBJ2	Percentuale di casi con trattamento CHT/RT o chirurgico per tumore del retto/canale anale entro 60 gg dall'endoscopia
CRC-OBJ6	Percentuale di casi con trattamento chirurgico per tumore del colon entro 60 gg dall'endoscopia effettuata nei 12 mesi precedenti l'intervento chirurgico

IN EVIDENZA
Elementi di successo
Buono o ottimale posizionamento per gli indicatori relativi al percorso IMA, Ictus, tumore mammella e colon retto sempre pari o superiori ai valori di ATS e/o regionali
Elementi di attenzione
Ictus OBJ 4: Percento di pazienti in Riabilitazione da incrementare

R6 - PERCORSI CLINICI – INFARTO MIOCARDICO ACUTO - SCOMPENSO

Sono riuniti in questa scheda più indicatori presenti per l' Area Cardiovascolare in diversi sistemi di monitoraggio : PDTA Regione Lombardia, Piano Nazionale Esiti, Network regioni (ove presenti)

Obiettivi
Periodo: 2017 - Novembre
Data Elaborazione: 12/02/2018 19:07
Dettaglio indicatori per struttura

Ambito	Indicatore	Regione Lombardia	327 - ATS DELLA VAL PADANA	030209-00 - OSPEDALE MAGGIORE - CREMA
CARDIOLOGIA	IMA-OBJ1	59,79%	89,20%	97,14%
	IMA-OBJ2	79,76%	84,97%	94,33%
	IMA-OBJ3	68,38%	72,83%	69,77%

Legenda indicatori

Codice indicatore	Descrizione indicatore
IMA-OBJ1	Percentuale di Schede di Rete STEMI compilate per casi di Infarto Miocardico Acuto tratto ST dimessi dalla azienda nei mesi di gennaio-febbraio, maggio-giugno, settembre-ottobre, indipendentemente dal reparto di dimissione
IMA-OBJ2	Percentuale di casi di Infarto Miocardico Acuto trattati con PTCA entro 48 ore dal ricovero
IMA-OBJ3	Percentuale di casi di Infarto Miocardico Acuto con tempo Door to Balloon entro i 90 minuti

PNE - Esito Struttura
Periodo di Riferimento: 2017
Struttura: 030209-00 - OSPEDALE MAGGIORE - CREMA
Dati aggiornati al 31/12/2017

AREA CLINICA	ID INDICATORE	INDICATORE	VOLUME RICOVERI AREA	VOLUME RICOVERI SPECIFICI	NUMERATORE	DENOMINATORE	INDICATORE (VALORE)	PESO	STANDARD DI QUALITà
CARDIOCIRCOLATORIO	CARDIO1	Infarto miocardico acuto: mortalità a trenta giorni	1.710	.	30	375	8,00%	39,00%	2
CARDIOCIRCOLATORIO	CARDIO2	Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro due giorni	1.710	.	217	329	65,96%	24,00%	1
CARDIOCIRCOLATORIO	CARDIO3	Scompenso cardiaco congestivo: mortalità a trenta giorni	1.710	.	48	395	12,15%	19,00%	3
CARDIOCIRCOLATORIO	CARDIO6	Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a trenta giorni	1.710	.	0	18	0,00%	19,00%	1

IN EVIDENZA

Elementi di successo

1. L' **area Cardiocircolatoria** presenta valori ottimali rispetto agli indicatori Regionali e Nazionali

Elementi di attenzione

2. Mortalità a 30 gg per scompenso cardiaco

R7 - PERCORSI CLINICI – ICTUS

Sono riuniti in questa scheda più indicatori presenti per l' Area Cardiovascolare in diversi sistemi di monitoraggio : PDTA Regione Lombardia, Piano Nazionale Esiti, Network regioni (ove presenti)

Obiettivi
Periodo: 2017 - Novembre
Data Elaborazione: 12/02/2018 19:07
Dettaglio indicatori per struttura

Ambito	Indicatore	Regione Lombardia	327 - ATS DELLA VAL PADANA	030209-00 - OSPEDALE MAGGIORE - CREMA
NEUROLOGIA	ICTUS-OBJ1	78,15%	81,95%	95,31%
	ICTUS-OBJ2	50,81%	77,32%	87,62%
	ICTUS-OBJ3	11,03%	10,78%	7,88%
	ICTUS-OBJ4	24,00%	28,09%	18,99%

PNE - Esito Struttura
Periodo di Riferimento: 2017
Struttura: 030209-00 - OSPEDALE MAGGIORE - CREMA
Dati aggiornati al 31/12/2017

AREA CLINICA	ID INDICATORE	INDICATORE	VOLUME RICOVERI AREA	VOLUME RICOVERI SPECIFICI	NUMERATORE	DENOMINATORE	INDICATORE (VALORE)	PESO	STANDARD DI QUALITà
NERVOSO	NERVO1	Ictus ischemico: mortalità a trenta giorni	875	.	22	182	12,09%	100,00%	3

IN EVIDENZA

Elementi di successo

1. Tempestività dei trattamenti fibrinolitici
2. Tutti i pazienti con stroke sono ricoverati in S.U.: appropriatezza del ricovero nel setting StroKe Unit

Elementi di attenzione

1. incrementare la percentuale di pazienti in Riabilitazione entro 15 gg dall' evento;
2. Mortalità a 30 gg per ictus

ASST

R8 - Percorsi clinici – Tumore della Mammella

Sono riuniti in questa scheda più indicatori presenti per l' Area Cardiovascolare in diversi sistemi di monitoraggio : PDTA Regione Lombardia, Piano Nazionale Esiti, Network regioni (ove presenti)

Obiettivi
Periodo: 2017 - Novembre
Data Elaborazione: 12/02/2018 19:07
Dettaglio indicatori per struttura

Ambito	Indicatore	Regione Lombardia	327 - ATS DELLA VAL PADANA	030209-00 - OSPEDALE MAGGIORE - CREMA
ONCOLOGIA	BC-OBJ1	57,30%	67,11%	70,65%
	BC-OBJ10	67,70%	77,84%	80,25%
	BC-OBJ2	54,17%	50,22%	72,83%
	BC-OBJ3	80,42%	80,46%	78,57%
	BC-OBJ4	76,27%	82,50%	93,75%

PNE - Esito Struttura
Periodo di Riferimento: 2017
Struttura: 030209-00 - OSPEDALE MAGGIORE - CREMA
Dati aggiornati al 31/12/2017

AREA CLINICA	ID INDICATORE	INDICATORE	VOLUME RICOVERI AREA	VOLUME RICOVERI SPECIFICI	NUMERATORE	DENOMINATORE	INDICATORE(VALORE)	PESO	STANDARD DI QUALITÀ
CHIRURGIA ONCOLOGICA	ONCO1	Interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	241	122	0	116	0.00%	33.00%	0
CHIRURGIA ONCOLOGICA	ONCO2	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno per tumore alla mammella	241	122	5	77	6.49%	17.00%	5

In evidenza

Elementi di successo

1. L' **area Tumore della mammella (Breast cancer)** presenta valori buoni/ottimali rispetto agli indicatori Regionali e Nazionali in 6 indicatori su 7

Elementi di attenzione

1. Volumi < a 135 casi/anno

R9 – Percorsi clinici – Tumore del Colon Retto

Sono riuniti in questa scheda più indicatori presenti per l' Area Cardiovascolare in diversi sistemi di monitoraggio : PDTA Regione Lombardia, Piano Nazionale Esiti, Network regioni (ove presenti)

Obiettivi
Periodo: 2017 - Novembre
Data Elaborazione: 12/02/2018 19:07
Dettaglio indicatori per struttura

Ambito	Indicatore	Regione Lombardia	327 - ATS DELLA VAL PADANA	030209-00 - OSPEDALE MAGGIORE - CREMA
oncologia	CRC-OBJ1	62,38%	68,56%	78,05%
	CRC-OBJ2	92,52%	91,55%	100,00%
	CRC-OBJ6	90,93%	92,90%	96,97%

PNE - Esito Struttura
Periodo di Riferimento: 2017
Struttura: 030209-00 - OSPEDALE MAGGIORE - CREMA
Dati aggiornati al 31/12/2017

AREA CLINICA	ID INDICATORE	INDICATORE	VOLUME RICOVERI AREA	VOLUME RICOVERI SPECIFICI	NUMERATORE	DENOMINATORE	INDICATORE(VALORE)	PESO	STANDARD DI QUALITà
CHIRURGIA ONCOLOGICA	ONCO5	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a trenta giorni	241		2	58	3,45%	25,00%	3

ASST DI

In evidenza

Elementi di successo

1. L' **area Tumore del Colon Retto)** presenta valori buoni/ottimali rispetto agli indicatori Regionali e Nazionali in 3 indicatori su 4
2. Mortalità tumore colon: valore medi rispetto ai range nazionali

Elementi di attenzione

1. Mortalità tumore colon: valore medi rispetto ai range nazionali

R10 – MATERNO INFANTILE

Sono riuniti in questa scheda più indicatori presenti per l' Area Cardiovascolare in diversi sistemi di monitoraggio : PDTA Regione Lombardia, Piano Nazionale Esiti, Network regioni (ove presenti)

INDICATORI DI PERCORSO

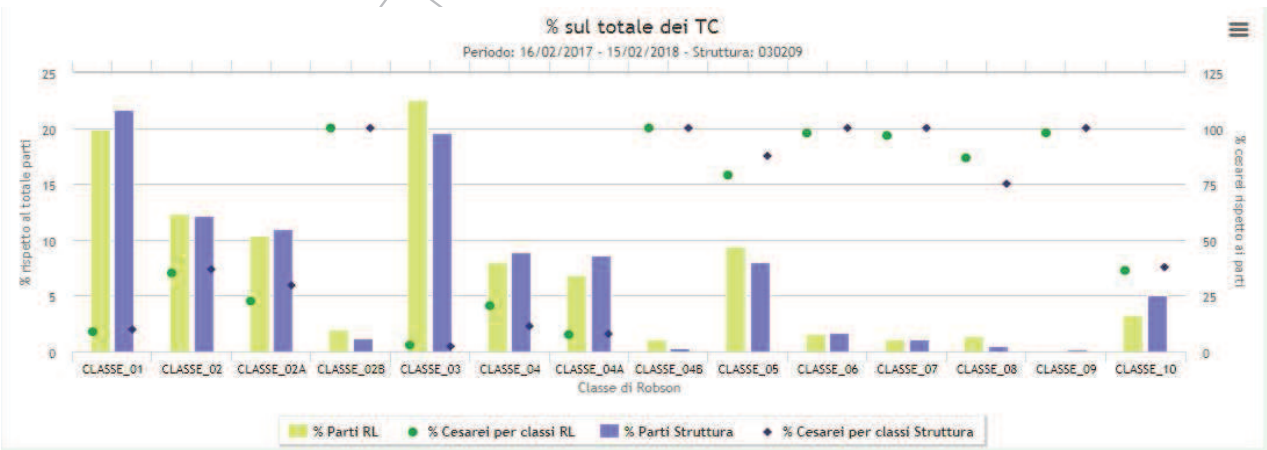
Dettaglio indicatori per struttura

Codice indicatore	Descrizione indicatore	indicatore	Regione Lombardia	327 - ATS DELLA VAL PADANA	726 - ASST DI CREMA	030209-00 - OSPEDALE MAGGIORE - CREMA	std
FISIO-OBJ1	Assistenza alla donna con gravidanza fisiologica	Travagli spontanei su Gravidanze fisiologiche	70,75%	68,33%	71,13%	71,13%	95%
FISIO-OBJ2	Assistenza al travaglio e parto fisiologici	N° parti-travagli fisiologici/N° travagli con insorgenza spontanea all'ammissione	73,23%	67,58%	69,20%	69,20%	95%
FISIO-OBJ3	Assistenza al neonato fisiologico	N° neonati fisiologici alla dimissione/N° gravidanze fisiologiche all'ammissione in ospedale	76,21%	80,56%	91,49%	91,49%	75%
FISIO-OBJ4	Assistenza in puerperio a donne con parto fisiologico	N° puerperi fisiologici / parti fisioogici	96,41%	96,98%	95,29%	95,29%	75%

INDICATORI DI PROCESSO

TAGLIO CESAREO PRIMARIO - ANNO 2017	
OSPEDALE DI CREMA	17,65%
REGIONE LOMBARDIA	RANGE 5,49-39,48
ITALIA	24,52

TAGLI CESAREI PER CLASSE DI ROBSON



Periodo: 16/02/2017 - 15/02/2018
Struttura: 030209 - OSPEDALE MAGGIORE - CREMA
Data Elaborazione: 18/02/2018 11:10

	NUMERO		NUMERO		% PARTI		% CESAREI	
Classi di Robson	Nr. Parti RL	Nr. Parti Struttura	Nr. Cesarei RL	Nr. Cesarei Struttura	% Parti RL	% Parti Struttura	% Cesarei RL per Classe	% Cesarei Struttura per Classe
CLASSE_01	17.788	194	1.572	19	19,86%	21,68%	8,84%	9,79%
CLASSE_02	11.105	109	3.900	40	12,40%	12,18%	35,12%	36,70%
CLASSE_02A	9.301	98	2.096	29	10,38%	10,95%	22,54%	29,59%
CLASSE_02B	1.804	11	1.804	11	2,01%	1,23%	100,00%	100,00%
CLASSE_03	20.151	175	574	4	22,50%	19,55%	2,85%	2,29%
CLASSE_04	7.147	80	1.464	9	7,98%	8,94%	20,48%	11,25%
CLASSE_04A	6.146	77	463	6	6,86%	8,60%	7,53%	7,79%
CLASSE_04B	1.001	3	1.001	3	1,12%	0,34%	100,00%	100,00%
CLASSE_05	8.420	72	6.648	63	9,40%	8,04%	78,95%	87,50%
CLASSE_06	1.414	15	1.382	15	1,58%	1,68%	97,74%	100,00%
CLASSE_07	1.008	10	974	10	1,13%	1,12%	96,63%	100,00%
CLASSE_08	1.255	4	1.087	3	1,40%	0,45%	86,61%	75,00%
CLASSE_09	92	2	90	2	0,10%	0,22%	97,83%	100,00%
CLASSE_10	2.894	45	1.049	17	3,23%	5,03%	36,25%	37,78%
ALTRO	50	.	11	.	0,06%	.	22,00%	.
	89.576	895	24.115	231			0,27	0,26

Classi aggregate di Robson
Ente: 726
Data inizio: 16/02/2017 - Data fine: 15/02/2018
Data Elaborazione: 18/02/2018 10:30

		CLASSI 1 e 3			CLASSI 2A e 4A			CLASSI 2B e 4B		
Ente	Struttura	Parti	Cesarei	% Cesarei su parti	Parti	Cesarei	% Cesarei su parti	Parti	Cesarei	% Cesarei su parti di tutti i gruppi
726 - ASST DI CREMA	030209-00 - OSPEDALE MAGGIORE - CREMA	369	23	6,23%	175	35	20,00%	14	14	2,51%

Ente	Periodo	Indicatore	Descrizione Indicatore	Numeratore	Denominatore	Valore	Fascia (Rif. Network)	Fascia (Rif. Regione)	Valore Regionale	Fascia Regionale
726 - ASST DI CREMA	2017	C7.3	% episiotomia depurate (NTSV)	65	255	25,49	3	1	25,68	3
727 - ASST DI CREMA	2017	C7.6	% di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	43	559	7,69	4	1	6,5	3

IN EVIDENZA

Elementi di successo

Indicatori di percorso del travaglio spontaneo fisiologico:
i valori sono ottimali in due casi e superiori al valore dell' ATS negli altri due indicatori;

Indicatori di processo:
Il Valore del tasso cesareo primario si situa ad un livello buono

Elementi di attenzione

Porre attenzione a:

- mantenere/migliorare lo standard per le classi 1,3 e 2A,4°
- parti operativi (uso di forcipe o ventosa)

R11 – FRATTURA DEL FEMORE -

L' indicatore relativo alla tempestività del trattamento delle fratture di femore entro 48 ore è considerato sia **dagli obiettivi Regionali, che dal Piano Nazionale Esiti che dal Network regioni.**

I valori obiettivo sono rispettivamente: **71% (regione), 60% e 60%.**
L' indicatore va considerato insieme al tasso di mortalità.

I Risultati della ASST di Crema sono i seguenti:

Percento di casi trattati entro 48h	**66%**
Mortalità intraospedaliera	**1,88%**
Mortalità a 30 gg	**2,88%** (Regione Lombardia Mediana 4,4% range 0,9-11,15)
Mortalità a 1 anno	**16,93%** (italia 18,26%)

ASST DI CREMA

IN EVIDENZA
Elementi di successo
1. **La percentuale di interventi entro 72 ore ha superato il target nazionale (60%)** 2. **I tassi di mortalità sono inferiori alla mediana regionale**
Elementi di attenzione
1. **La percentuale di interventi entro 48 ore ha superato il target nazionale (60%) e si sta allineando allo standard regionale**

R12 – INFEZIONI CORRELATE ALLE PRATICHE ASSISTENZIALI

codice fonte 1	ambito applicabilità	denominazione e riferimento di calcolo	2017 dicembre	STD 2017
Chirurgia sicura	UUOO CHIRURGICHE	Percento di pazienti che ricevono l' antibiotico entro 60 minuti dall' intervento	100%	95
Chirurgia sicura	UUOO CHIRURGICHE	Percento di pazienti che ricevono l'antibiotico corretto secondo le LG	70%	75
ICPA	AZIENDA	**Isolamenti di laboratorio:**		
ICPA	AZIENDA	Tasso di batteriemie da MRSA per 1000 ricoveri	1,11	nd
ICPA	AZIENDA	Tasso di batteriemie da MRSA per 10.000 gg di ricovero	1,49	nd
ICPA	AZIENDA	Percentuale di MRSA sul totale di isolam. da S.A.-emocolture	NR	nd
ICPA	AZIENDA	Trend resistenze antibiotiche degli Enterobatteri percento di isolamenti	34	nd
ICPA	AZIENDA	Trend resistenze antibiotiche di Pseudomonas percento di isolamenti	29	nd
ICPA	AZIENDA	Tasso di Sepsi grave e shock settico (per mille ricoveri)	1,32	nd
ICPA	AZIENDA	Tasso di mortalità per sepsi (AO e reparto)		nd
ICPA	RIANIMAZIONE	Tasso di Polmoniti /1000 gg ventilazione	10,7	
PDTA POLMONITI COMUNITARIE	AZIENDA	Mortalità intraospedaliera delle polmoniti	12,5	
PDTA POLMONITI COMUNITARIE	AZIENDA	Polmoniti: tasso di polmoniti ospedaliere	6	
PDTA POLMONITI COMUNITARIE	PNEUMOLOGIA	Polmoniti: Trattamento antibiotico entro 8 ore dall'ingresso in Ospedale: % di pazienti	82	80
PDTA POLMONITI COMUNITARIE	PNEUMOLOGIA	Polmoniti: Percento di pazienti trattati con l' antibiotico o l' associazione indicata nelle LG	ND	
ICPA	DIALISI	Dialisi: Tasso infezioni/anno del catetere permanente	1,14	<
ICPA	DIALISI	Dialisi: Tasso infezioni FAV nativa - Tasso grezzo di infezioni	0,14	<
ICPA	DIALISI	Dialisi: Tasso infezioni FAV nativa -Tasso infezioni per anno di osservazione	0,14	<
ICPA	DIALISI	Dialisi: Tasso infezione FAV protesica	0	<
ICPA	AZIENDA	Prevenzione Legionellosi. % isolamenti sul totale campionamenti	0,53%	10
ICPA	AZIENDA	**Sorveglianza lavaggio delle mani:**		
ICPA	AZIENDA	Compliance complessiva	84,69	
ICPA	AZIENDA	Compliance medici	79,58	
ICPA	AZIENDA	Compliance infermieri	87,3	
ICPA	AZIENDA	Compliance aree ad alto rischio (procedure e tempi di lavaggio)	88,28	
ICPA	RIANIMAZIONE	Compliance infermieri T.I.	100	
ICPA	RIANIMAZIONE	Compliance medici T.I.	100	
ICPA	AZIENDA	*Monitoraggio indiretto dell'adesione all'igiene delle mani:* consumo di prodotto a base alcolica per la frizione delle mani in Litri per 1000 giorni-paziente>20	ND	20
ICPA	AZIENDA	Compliance al Framework WHO Progetto "Clean care is safer care"	415	>400
	AZIENDA	**FARMACI:** Prevenzione del rischio correlato all'utilizzo delle soluzioni concentrate di potassio	100	100

ASST DI CREMA

La relazione annuale completa è allegata al presente report.

IN EVIDENZA

Elementi di successo

Presenza di un Piano Infezioni monitorato
Esistenza sistematica di un sistema di verifica e controllo
Attivate azioni di controllo con le strutture del territorio

Elementi di attenzione

Incremento delle antibioticoresistenze

R13 – EFFICACIA-PERFORMANCE

DISCIPLINA	DIVISIONE	DIMISSIONI VOLONTARIE	TRASFERIMENTI TRA STRUTTURE	RICOVERI RIPETUTI	RITORNI IN SALA OPERATORIA	MORTALITÀ TOTALE
08 - CARDIOLOGIA	0801 - CARDIOLOGIA 01	0.27%	0.07%	16.89%	0.61%	1.83%
09 - CHIRURGIA GENERALE	0902 - CHIRURGIA 02	0.00%	0.18%	4.38%	2.18%	1.91%
26 - MEDICINA GENERALE	2601 - MEDICINA 01	0.20%	0.20%	12.18%	0.00%	18.27%
32 - NEUROLOGIA	3201 - NEUROLOGIA 01	1.84%	0.00%	6.31%	12.50%	11.30%
36 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	3601 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA 01	0.66%	0.55%	3.28%	0.93%	1.20%
43 - UROLOGIA	4301 - UROLOGIA 01	0.52%	0.00%	15.21%	2.34%	0.87%
64 - ONCOLOGIA	6401 - ONCOLOGIA 01	0.22%	0.88%	22.79%	2.56%	25.88%

IN EVIDENZA

Elementi di successo

1. Basso tasso di Ricoveri ripetuti: Chirurgia Generale
2. Basso tasso ritorni in sala operatoria: Cardiologa

Elementi di attenzione

1. Ricoveri ripetuti in Cardiologia e Medicina
2. Ritorni sala operatoria: Urologia
3. Mortalità: Neurologia

ASST DI CREMA

R14 – Indicatori NOC (Nucleo Controllo Regione)

Indicatore	Sigla	Descrizione	
NOC_I1	%_2-3die	%di casi ordinari con degenza di 2/3 giorni	
NOC_I2	%_CC	% di casi complicati	
NOC_I3	mix_osp	Incidenza di un DRG sul mix dell'unità operativa	
NOC_I4	%_ripe_MDC	% di Ricoveri ripetuti per la stessa MDC ed all'interno dello stesso ospedale	
NOC_I5	%_ripe	% di Ricoveri ripetuti all'interno dello stesso ospedale	
NOC_I6	acc_dh	Numero di accessi per record di DH	
NOC_I7	%_amb	% di procedure effettuate in ambulatorio	
NOC_I8	?_imp_rep	Importo medio per Reparto	
NOC_I9	%_4-5die	%di casi ordinari con degenza di 4/5 giorni	

In evidenza
Elementi di successo
Tutti gli indicatori NOC sono posizionati in fascia ottimale
Elementi di attenzione
//

ASST DI CREMA

R15 – CADUTE

Il tasso di cadute si mantiene costantemente al di sotto della media regionale.

Il valore assoluto di pazienti caduti è in diminuzione negli anni.

Lesioni subite:

prognosi severa (fra 21 e 39 gg) :	**2/225**
prognosi grave	0
morte	0

Benchmark Regione Lombardia: Tasso Cadute Pazienti (ogni 100 giornate di degenza) (2015): **0,1734**

Tabella "TASSO di cadute per 100 gg degenza: confronto Tasso Aziendale e UU.OO."
ANNO 2017: UU.OO. Con TASSO DI CADUTE PAZIENTI MAGGIORI DELLA MEDIA AZIENDALE

	tasso UO 2015	tasso UO 2016	tasso UO 2017	outlook
Ch. Generale e Vascolare	0,06	0,09	0,04	positivo
Day hospital chirurgico	0,00	0,00	0,00	positivo
Day hospital oncologico	0,00	0,00	0,00	positivo
Cardiologia	0,09	0,10	0,10	positivo
Gastroenterologia	0,11	0,14	0,02	positivo
Centro Cure sub Acute Soncino	0,20	0,29	0,22	negativo elevato
Medicina Generale	0,19	0,20	0,19	stabile ma negativo elevato
Neurologia-Nefrologia	0,31	0,39	0,24	stabile ma negativo elevato
Oncologia	0,02	0,09	0,05	positivo
Ortopedia	0,22	0,19	0,27	negativo
Orl/Oft	0,14	0,23	0,11	positivo
Ostetricia-Ginecologia	0,02	0,02	0,07	positivo
Pnl	0,40	0,17	0,21	negativo
Pronto Soccorso	0,00	0,00	0,00	positivo
Psichiatria/CRA	0,04	0,03	0,03	positivo
NPIA			non calcolabile	
Rianimazione	0,00	0,00	0,00	positivo
Urologia	0,08	0,05	0,25	negativo
Pediatria	0,00	0,00	0,00	positivo
Riab delle Dipendenze	0,08	0,03	0,03	positivo
Riab Cardiologica	0,16	0,18	0,20	negativo
Riab Respiratoria	0,33	0,36	0,20	negativo
Riab Neuromotoria	0,17	0,26	0,11	positivo
TASSO AZIENDA	**0,15**	**0,17**	**0,16**	

Cadute/anni	2015	2016	2017
Numero	229	225	196

IN EVIDENZA

Elementi di successo

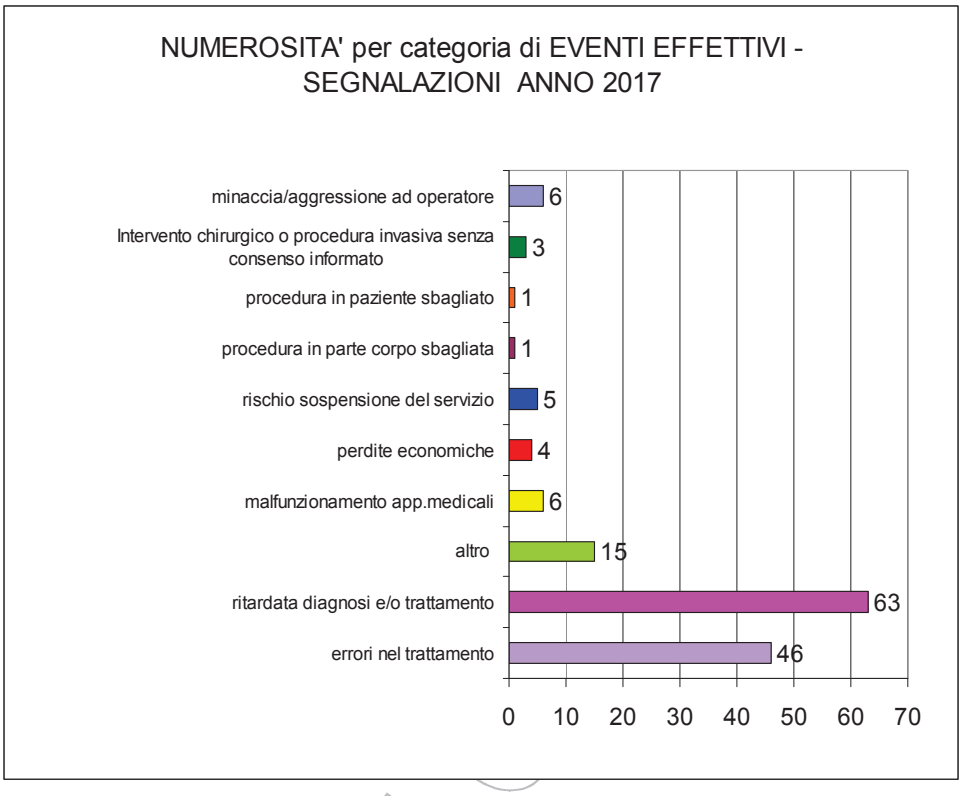
1. Il numero assoluto di cadute è in riduzione
2. Il tasso di cadute per 100 gg di ricovero è inferiore alla media regionale

Elementi di attenzione

1. **In alcuni reparti il tasso rimane costante**

ASST DI CREMA

R16– INCIDENT REPORTING



Aree e processi coinvolti nella causazione delle segnalazioni spontanee (eventi avversi e near miss)	2015		2016		2017	
	num	%		%	n	%
Processo identificazione del paziente e del farmaco	58	30,21%	28	14,89%	27	18,00%
Comunicazione fra membri dello staff	16	8,33%	43	22,87%	18	12,00%
Continuità delle cure	11	5,73%	12	6,38%	15	10,00%
Processo di pianificazione delle cure	17	8,85%	12	6,38%	15	10,00%
Processo di osservazione del paziente	7	3,65%	6	3,19%	12	8,00%
Supervisione dello staff (3)	10	5,21%	3	1,60%	11	7,33%
Processo di prescrizione e somministrazione del farmaco	17	8,85%	20	10,64%	9	6,00%
Processo di valutazione clinica (2)	14	7,29%	23	12,23%	8	5,33%
Sistemi e processi di sicurezza	3	1,56%	9	4,79%	8	5,33%
altro	13	6,77%	6	3,19%	7	4,67%
Comunicazione con pazienti e familiari	8	4,17%	10	5,32%	5	3,33%
Gestione/mantenimento dell' equipaggiamento delle strutture	6	3,13%	3	1,60%	5	3,33%
Adeguatezza del supporto tecnologico	5	2,60%	3	1,60%	5	3,33%
Valutazione competenze/credenziali	1	0,52%		0,00%	4	2,67%
Gestione logistica presidi sanitari e forniture di materiali (5)	2	1,04%	1	0,53%	1	0,67%
Gestione delle cure (complic)	2	1,04%	6	3,19%		
Orientamento e training dello staff		0,00%	1	0,53%		
Ambiente fisico (4)		0,00%	1	0,53%		
Complicanze post operatorie		0,00%	1	0,53%		
Processo di valutazione comportamentale (1)	2	1,04%		0,00%		
Disponibilità di informazioni		0,00%		0,00%		
Dotazioni del personale		0,00%		0,00%		
totale	**192**	100,00%	**188**	100,00%	**150**	100,00%

(1) include il processo di valutazione del rischio del paziente di procurare danni a se ed altri

(2) include ricerca di contrabbando

(3) include supervisione di personale in training

(4) include forniture - luci , utilities-distrazioni

(5) include selezione e fornitura, stoccaggio, ordering e trascrizioni, preparazione e distribuzione, amministrazione

IN EVIDENZA
Elementi di successo
1. Il sistema di segnalazione di eventi è consolidato e l'organizzazione dimostra una generale cultura e sensibilità nel rilevare eventi avversi ed utilizzare lo strumento quale miglioramento soprattutto ai fini della sicurezza;
Elementi di attenzione

ASST DI CREMA

R17– RISK MANAGEMENT 2017

PROGETTO 1:

PIANO DI PREVENZIONE E GOVERNO DEL RISCHIO IN AREA OSTETRICA

PROGETTO 2:

MIGLIORARE LA SICUREZZA DELLE INFRASTRUTTURE ATTRAVERSO UN APPROCCIO PROATTIVO E INTEGRATO

PROGETTO 3:

RISCHIO NELL'UTILIZZO DEI FARMACI: APPLICAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE N. 17 PER LA RICONCILIAZIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA

RISULTATI:

RELAZIONE CONCLUSIVA ANNUALE Piano di Risk Management 2017, approvata con Delibera N. 488 del 28/12/2017 con Obiettivi raggiunti

ASST DI CREMA

IN EVIDENZA
Elementi di successo
Sistema implementato, sistematicamente , risultati molto complianti
Elementi di attenzione

R18– RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI

Stato di avanzamento della implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali

	Raccomandazione	N. STD	% RAGG STD	E. M.	% RAGG. E. M.	OBJ STD
1	Raccomandazione sul corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio – KCl – 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) 95%	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) 73.33%	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 dei 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		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% degli std

R19– SINISTRI

Categoria di Sinistri 2017 trattati nel Comitato Valutazione Sinistri

evento	N° casi
Errore diagnostico	10
Errore chirurgico	5
Errore terapeutico	2
Errore procedura invasiva	1
infezione	2
Danneggiamento cose	2
Infortunio sul lavoro	1
Malfunzionamento dispositivi medicali	2

Tasso di incidenza dei sinistri – anno 2017

Ambito di Applicabilità	DENOMINAZIONE E RIFERIMENTO DI CALCOLO	2017
CHIRURGIA	Tasso sinistri Area Chirurgia per 10.000 gg di ricovero	3,56
ORTOPEDIA	Tasso sinistri Area Ortopedica per 10.000 gg di ricovero	6,13
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	Tasso sinistri Area Ostetrico-Ginecologica per 10.000 gg di ricovero	3,74
PRONTO SOCCORSO	Tasso sinistri Pronto Soccorso per accessi	0,15
PEDIATRIA	Tasso sinistri Area Pediatria per 10.000 gg di ricovero	3,06
NEUROLOGIA	Tasso sinistri Area Neurologia per 10.000 gg di ricovero	1,09
CHIRURGIA PLASTICA	Tasso sinistri Area Ambulatoriale Chirurgia Plastica per 10.000 prestazioni	0,63
OCULISTICA	Tasso sinistri Area Oculistica per 10.000 gg di ricovero+BIC	2,68
ANATOMIA PATOLOGICA	Tasso sinistri Area Anatomia Patologica per 10.000 gg di ricovero	0,49
NPIA	Tasso sinistri Area UONPIA per 10.000 prestazioni	0,24
OTORINOLARINGOIATRIA	Tasso sinistri Area Otorinolaringoiatria per 10.000 gg di ricovero	2,73
RADIOLOGIA	Tasso sinistri Area Radiologia per 10.000 gg di ricovero	0,27
MEDICINA	Tasso sinistri Area Medicina per 10.000 gg di ricovero	0,67

IN EVIDENZA

Elementi di successo

Risultati inferiori alla media Regionale;
i sinistri effettivamente risarciti sono significativamente inferiori alle richieste di risarcimento;

Elementi di attenzione

- La comunicazione ed il passaggio di consegne fra i professionisti deve essere improntata a maggiore completezza ed essere più incisiva e orientata 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 e adeguata rappresentazione dei rischi.

ASST DI CREMA

R20 – Esito dei Controlli delle prestazioni (Nucleo Operativo controllo ATS)

RICOVERI

La tabella seguente mostra la percentuale di decurtazione operata a seguito dei controlli:

CREMA	2017
cartelle controllate	1.034
valore prestazioni iniziale	4.114.892
valore record contestato	237.900
valore record contestati accettati (decurtazione vera)	**36.308**
maggiore valorizzazione ambulatoriale	
valore produzione del periodo	
valore contestato dai NOC:% del valore della produzione	5,8
valore accettato: %del valore dei record contestati	15,3
valore accettato: % del valore del campione	**0,88**

RIVOLTA	2017
cartelle controllate	100
valore prestazioni	734.984,00
valore record contestato	
valore record contestati accettati (decurtazione vera)	**3.153,00**
valore contestato dai NOC:% del valore della produzione	0,0
valore accettato: %del valore dei record contestati	0,0
valore accettato: % del valore del campione	**0,43**

SONCINO	1/2017
cartelle controllate	26
valore prestazioni	256.880,00
valore record contestato	
valore record contestati accettati (decurtazione vera)	**8.829,00**
valore contestato dai NOC:% del valore della produzione	0,0
valore accettato: % del valore dei record contestati	0,0
valore accettato: % del valore del campione	**3,44**

In evidenza

Elementi di successo

1. La percentuale di decurtazioni operate dai NOC è ampiamente < al valore del 5% posto come limite regionale;

Elementi di attenzione

Le Cure Sub Acute evidenziano scostamento superiore alla media aziendale

ASST DI CREMA

AMBULATORIALE

2017- ESITO DEI CONTROLLI NOC DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI	
ATTIVITA' AMBULATORIALE SEMPLICE	**TOTALE**
valore prestazioni ambulatoriali periodo (meno BIC-MAC)	2.550.392,00
valore record decurtati dopo confronto con ASST (decurtazione vera)	19.347,34
valore decurtazione: % del valore della produzione	**0,76**
ATTIVITA' AMBULATORIALE COMPLESSA (MAC E BIC)	
valore prestazioni del periodo	1.176.485,22
valore del campione esaminato dai NOC	1.176.485,22
valore record decurtati dopo confronto con ASST (decurtazione vera)	25.481,00
valore decurtazione: % del valore della produzione	**2,17**

IN EVIDENZA
Elementi di successo
1. La percentuale di decurtazioni operate dai NOC è ampiamente < al valore del 5% posto come limite regionale;
Elementi di attenzione

ASST DI CREMA

R21 – TEMPI DI ATTESA

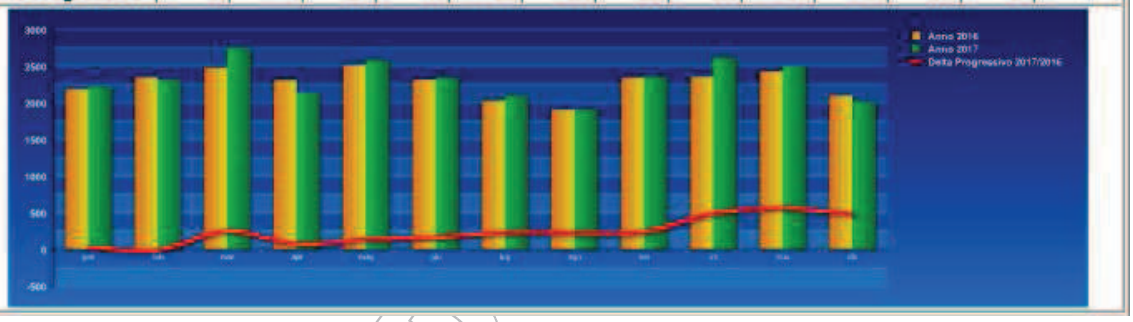
PRESTAZIONI AMBULATORIALI

VOLUMI: Le prestazioni ambulatoriali erogate dalla ASST di Crema sono in costante incremento (Fig1).

Il rispetto dei tempi di attesa è complessivamente migliorato nel secondo semestre 2017 – (Fig 2 - caselle verdi e bianche)
Le Prestazioni **critiche** sono indicate nella Tabella 1.

Fig 1 – Andamento prestazioni ambulatoriali erogate negli anni 2016-2017

	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic	totale
Anno 2016	2.182	2.342	2.470	2.306	2.509	2.308	2.022	1.902	2.338	2.352	2.421	2.092	**27.244**
Anno 2017	2.213	2.307	2.728	2.130	2.569	2.338	2.086	1.900	2.351	2.604	2.493	2.009	**27.728**
Delta Mese	31	-35	258	-176	60	30	64	-2	13	252	72	-83	**484**
Delta Progressivo	31	-4	254	78	138	168	232	230	243	495	567	484	



Prestazioni con elevati volumi di richieste ed i cui tempi di attesa risultano critici nel corso dell' anno:

Tabella 1 **Prestazione**	**Percento di prestazioni entro lo standard- 2° sem anno 2017 (valore ottimale 95%)**
Mammografia bilaterale	55-79%
Ecografia della mammella bilaterale	62-79%
Ecografia dell' addome superiore	76-90%
Risonanza magnetica del cervello con e senza contrasto	68-81%
Visita neurologica	61-94%
Visita ginecologica	28-42%
Visita dermatologica	39-48%
Visita endocrinologica-diabetologica	74-78%
Visita gastroenterologica	62-80%
Visita Fisiatrica	84-93%
Visita ortopedica	57-71%
Visita ORL	50-58%
Visita Pneumologica	62-75%
Visita Urologica	68-74%
Visita Oculistica	25-49%

Nella **Fig 2** sottostante è rappresentata la percentuale di cittadini che ha ricevuto le prestazioni nel rispetto dei tempi di attesa standard.

Fig 2 -Monitoraggio ex post (flusso 28/San): monitoraggio eseguito su tutte le prestazioni registrate.

descrizione	std	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic
Intervento di cataratta con o senza impianto di lente	180	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Esofagogastroduodenoscopia [egd] - endoscopia dell' intestino tenue	60	-	100	100	100	-	-	-	100	-	100	-	100
Colonscopia con endoscopio flessibile	60	100	100	-	-	-	-	-	-	-	100	-	100
Tomografia computerizzata (tc) del capo - tc del cranio [sella turcica, orbite] / tc dell' encefalo	60	100	100	96	80	100	78	79	76	100	95	97	86
Tomografia computerizzata (tc) del capo, senza e con contrasto - tc del cranio [sella turcica, orbite] / tc dell' encefalo	60	100	97	97	80	96	80	71	100	100	100	100	89
Mammografia bilaterale - (2 proiezioni)	60	89	94	95	86	76	76	56	94	92	78	96	79
Diagnostica ecografica del capo e del collo / Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi	60	87	96	92	84	84	72	78	85	83	80	89	85
Ecodopplergrafia cardiaca	60	92	92	93	91	91	85	87	90	86	95	96	96
Ecografia della mammella - bilaterale	60	59	72	75	77	62	61	64	62	58	79	57	72
Eco(color)doppler dei tronchi sovraaortici	60	81	77	95	96	71	68	81	81	85	93	92	93
Ecografia dell' addome superiore	60	75	82	78	81	76	74	78	90	91	87	84	76
Ecografia dell' addome inferiore	60	92	90	75	87	86	76	84	91	85	83	85	93
Ecografia addome completo	60	84	85	89	86	87	81	86	78	86	90	89	95
Eco(color)dopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuale, arteriosa o venosa	60	77	71	93	95	72	90	93	83	83	94	93	89
Ecografia ostetrica	60	100	85	92	83	79	64	94	90	91	92	85	86
Risonanza magnetica nucleare (rm) del cervello e del tronco encefalico	60	100	88	84	77	93	96	100	100	91	96	95	82
Risonanza magnetica nucleare (rm) del cervello e del tronco encefalico, senza e con contrasto	60	100	92	81	84	64	79	76	81	71	68	71	79
Risonanza magnetica nucleare (rm) muscoloscheletrica di [spalla, braccio], [gomito, avambraccio], [polso, mano], [bacino], [articolazione coxo-femorale, femore], [ginocchio, gamba], [caviglia, piede]	60	100	100	89	97	95	100	95	100	90	80	81	94
Visita Neurologica - Prima Visita	30	77	85	86	77	67	76	57	79	78	94	84	81
Visita Ginecologica - Prima Visita	30	36	33	35	48	46	46	29	42	38	35	43	37
Spirometria semplice	60	75	83	86	37	100	80	86	100	100	80	100	100
Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro	60	93	97	96	96	95	88	93	97	85	97	96	97
Elettrocardiogramma dinamico - dispositivi analogici (holter)	60	93	96	94	93	87	82	90	77	81	94	97	96
Visita Cardiologica - Prima Visita + ECG	30	94	88	90	75	79	90	86	91	84	90	82	67
Visita di Chirurgia Vascolare - Prima Visita	30	95	97	97	100	96	96	98	93	94	97	97	100
Visita Dermatologica - Prima Visita	30	79	86	55	53	50	49	46	45	46	45	51	46
Visita Endocrinologica - Prima Visita	30	82	78	85	77	82	80	76	78	78	74	78	78
Visita Gastroenterologica - Prima Visita	30	79	68	67	71	71	50	78	80	51	62	65	69
Visita Fisiatrica - Prima Visita	30	47	57	68	80	55	66	84	92	87	93	78	80
Visita Oncologica/OncoEmatologica - Prima Visita	30	100	100	100	100	97	100	97	100	100	97	97	100
Visita Ortopedica - Prima Visita	30	58	63	65	63	61	61	50	57	71	72	63	63
Visita ORL - Prima Visita	30	69	69	56	58	51	59	91	55	55	58	52	50
Visita Pneumologica - Prima Visita	30	66	79	75	71	66	78	71	62	54	75	63	67
Visita Urologica - Prima Visita	30	56	73	69	91	91	69	71	72	56	86	79	88
Esame complessivo dell'occhio. Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo	30	77	79	58	62	57	58	46	49	47	53	52	43

Fig. 3 Monitoraggio mensile ex- ante: Percento di prestazioni erogate entro lo standard – Anno 2017

Tabella 2: Rispetto del tempo massimo regionale nei 4 trimestri 2017 – Rilevazione ex ante.

PERIODO	PRESTAZIONI (escluso P)	ENTRO T MAX	FUORI TAMAX	% ENTRO T MAX
1 trim 2017	8.970	8.559	411	95,42
2 trim 2017	9.159	8.959	200	97,82
3 trim 2017	8.849	8.617	232	97,38
4 trim 2017	9.084	8.845	239	97,37
totale 2017	36.062	34.980	1.082	97,00

PRESTAZIONI DI RICOVERO E CHIRURGICHE

1. Cataratta: rispettato lo standard nel 100% dei casi

IN EVIDENZA

Elementi di successo

1. Costante aumento delle prestazioni ambulatoriali
2. Miglioramento dei tempi di attesa nel secondo semestre 2017
3. lo standard è rispettato in 19 prestazioni su 35
4. Tempo di attesa per intervento di cataratta < allo standard nel 100% dei casi

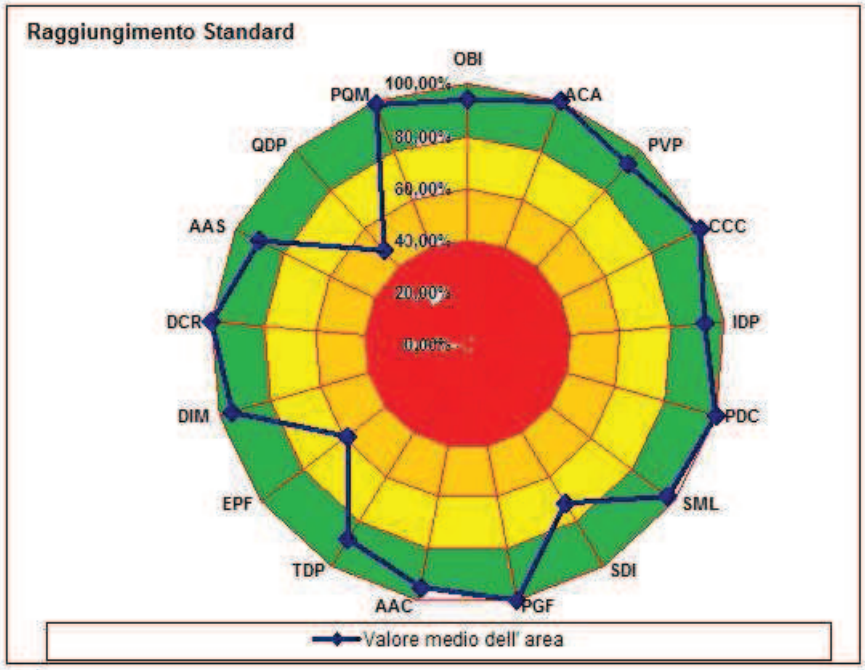
Elementi di attenzione

1. Prestazioni critiche (in nessun punto di erogazione è rispettato lo standard per almeno 6 mesi/anno):
   a) visita oculistica
   b) visita otorinolaringoiatrica
   c) visita ortopedica
   d) visita dermatologica
   e) visita gastroenterologia
   f) visita ginecologica
   g) visita urologica
   h) Risonanza magnetica con contrasto
   i) Mammografia bilaterale

ASST DI CREMA

R22 – AUTOVALUTAZIONE PERCORSI CLINICI -CHECK LIST

Risultati della autovalutazione degli standard del Sistema di Valutazione di Regione Lombardia



Aree di Miglioramento

OBI SICUREZZA	Obiettivi Internazionali di Sicurezza
ACA	Accesso ai servizi di cura e assistenza
PVP	Processo di valutazione del paziente
CCC	Coordinamento e continuità delle cure
IDP	Informazione e Diritti del paziente
PDC	Processo di Cura
SML	Servizi di medicina di laboratorio
SDI	Servizi di diagnostica per immagini
PGF	Processo di gestione del farmaco
AAC	Assistenza anestesiologica e chirurgica
TDP	Trasferimento del paziente
EPF	Educazione dei pazienti e famigliari
DIM	Dimissioni
DCR	Documentazione clinico - riabilitativa
AAS	Acquisizione attrezzature e supervisione dei contratti
QDP	Qualificazione del personale
PQM	Processo di gestione del miglioramento dell'organizzazione

IN EVIDENZA
Elementi di successo
14 aree hanno standard > del 90%
Elementi di attenzione
Migliorare: Educazione del paziente e dei famigliari;

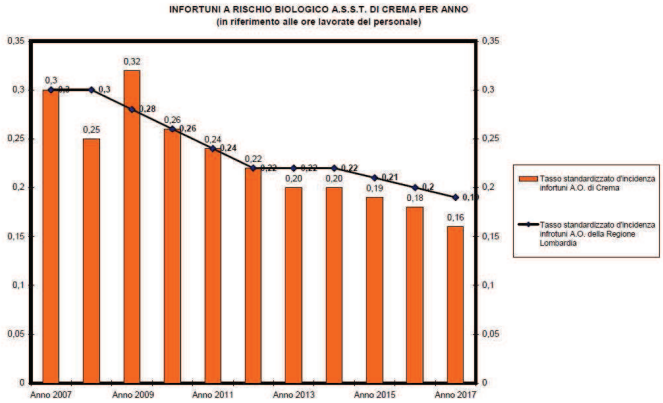
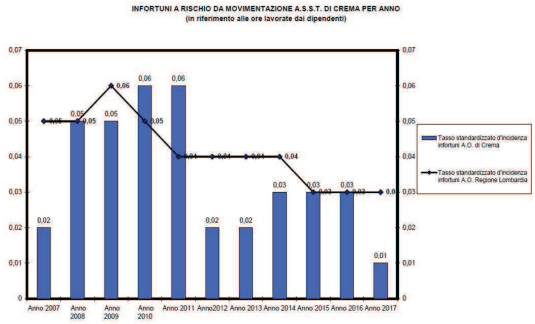
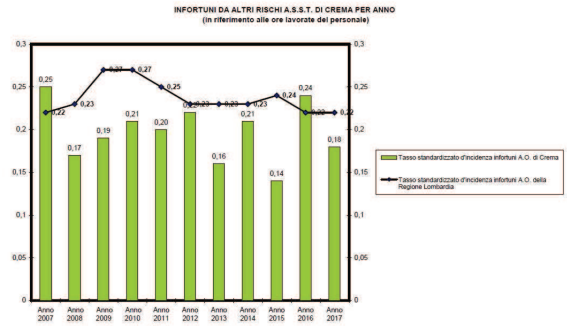
R23 – Certificazione ISO 9000:2015

Tutte le UUOO sono state certificate con la nuova norma ISO 9001:2015

In evidenza
Elementi di successo
Tutte le UUOO sono certificate con la nuova Norma 9001:2015
Elementi di attenzione

ASST DI CREMA

R24 – INFORTUNI

INFORTUNI BIOLOGICI	
	
INFORTUNIO DA MOVIMENTAZIONE	**ALTRI RISCHI**
	

IN EVIDENZA
Elementi di successo
Tasso di infortuni in riduzione e sempre inferiore al valore medio regionale in tutti gli ambiti;
Elementi di attenzione
//

R25 – VACCINAZIONI: COPERTURE VACCINALI

COPERTURE VACCINALI OBIETTIVI 2017	COORTE NATI 2015 (Grezzo)	COORTE NATI 2015 (Pulito)	COORTE NATI 2011 (Grezzo)	COORTE NATI 2011 (Pulito)	COORTE NATI 2004 (Grezzo)	COORTE NATI 2004 (Pulito)	OVER 65 ANNI
ESAVALENTE 3^ dose (≥ 95%)	95,19%	96,98%					
MPR 1^ dose (≥ 95%)	93,48%	95,24%					
MPR 2^ dose (≥ 95%)			89,28%	92,71%			
PNEUMOCOCCO 3^ dose (≥ 85%)	95,41%	97,20%					
MENINGOCOCCO C (≥ 85%)	92,00%	93,73%					
DIFTO-TETANO-PERTOSSE-POLIO 4^ dose (≥ 95%)			90,47%	93,95%			
HPV 2^ dose (≥ 80%)					79,40%	80,97%	
ANTINFLUENZALE (≥ 75%)							????

dato al 31/12/2017

Note:

- Il dato pulito è stato ricavato togliendo dal numero dei residenti quanti nel software risultano "fuori ASL" e "non rintracciabili". Non sono state invece verificate altre situazioni risultanti dal software, quali ad esempio "mancanza di certificazione" e "inadempienti", che potrebbero incrementare ulteriormente la copertura.

- Per quanto riguarda la coorte del 2011 si segnala che sono ancora in corso i solleciti agli inadempienti

- I dati relativi al vaccino antinfluenzale non sono da noi ricavabili dal software utilizzato per l'inserimento dei vaccinati e siamo in attesa che ci vengano inviati dall'ATS

ASST

IN EVIDENZA
Elementi di successo
Tassi di copertura in linea con l' obiettivo e spesso superiori
Elementi di attenzione

R26 - PIANO ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

ANTICORRUZIONE

AREE SOTTOPOSTE A CONTROLLO	**N° 23**
MISURE DI PREVENZIONE: INDICATORI UTILIZZATI	**N° 106**
TOTALE COMPLESSIVO RAGGIUNGIMENTO	**96%**
AREE CON RISULTATO < AL 100%:	**N° 2**

NUOVI AMBITI SOTTOPOSTI A CONTROLLI:
Processi della attività di Medicina Legale (Commissioni Invalidità Civile, Patenti)
Processo della Attività di Libera Professione Intramoenia: aggiunta nuova misura di prevenzione (verifica dei volumi)

TRASPARENZA

INDICATORI UTILIZZATI	**N° 178**
UU.OO. COINVOLTE:	**N° 13**
TOTALE COMPLESSIVO RAGGIUNGIMENTO	**100%**

IN EVIDENZA
Elementi di successo
Sistema implementato, sistematicamente , risultati molto complianti
Elementi di attenzione

ASST DI CREMA

R27 – INTERNAL AUDITING

AUDIT ESEGUITI **N° 1**

AREE AUDITATE: **N° 1 (Servizio Lavanolo)**

ELENCO: **U.O. Acquisti**

RISULTATI
Pur in presenza di una sostanziale positività dei controlli posti in essere, che permettono una costante verifica degli aspetti quantitativi e qualitativi degli adempimenti a carico della ditta fornitrice, si è rilevata l'assenza di procedure formalizzate relative all'attività di controllo della fase di esecuzione del servizio.

Punti di miglioramento
Formalizzare le varie azioni di controllo già poste in essere in procedure che ne definiscano compiutamente i soggetti responsabili, le tempistiche e gli elementi oggetto di controllo.

IN EVIDENZA
Elementi di successo
Elementi di attenzione
In funzione del futuro probabile cambio del soggetto fornitore del servizio , approfittare dell'esperienza maturata per affrontare con quest'ultimo fin da subito la definizione di quegli aspetti che sono risultati più problematici.

ASST DI CREMA

R28 – Economico Finanziario Gestionale

Costo personale/produzione lorda:	**70,64 %**
Spesa per beni e servizi/produzione lorda:	**57,11%**
Costi: Personale, beni e servizi, altri costi / Valore della Produzione da Bilancio:	**133,83%**

In evidenza
Elementi di successo
Produzione lorda in incremento Sotto controllo la spesa per beni e servizi
Elementi di attenzione
Eccesso di spesa del personale: trattasi di eccesso relativo in quanto il limite consentito è stato ridotto da RL in corso d'anno per allineamento a parametri di rientro nazionali;

ASST DI CREMA

ALLEGATI

1 -Cruscotto Aziendale

I seguenti allegati costituiscono riferimento ai risultati inseriti nel presente documento

-Relazione Annuale Piano Risk Management

-Relazione Annuale Piano di Prevenzione e controllo delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali;

-Relazione Annuale Piano Anticorruzione e trasparenza;

-Relazione Annuale Internal Auditing

ASST DI CREMA