



Ospedale
Maggiore

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Crema

VERBALE DI DELIBERAZIONE n. 126

U.O. Risk Management

Responsabile del procedimento: Italo Cecchinelli

VERBALE DI DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Il giorno 29 Marzo 2018 presso la sede legale, il Direttore Generale Dott. Luigi Ablondi ha adottato la seguente deliberazione

OGGETTO: PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT . ANNO 2018

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 30/03/2018 al 13/04/2018

f.to Il Direttore Amministrativo
Dott. Guido Avaldi

Crema, 30/03/2018

IL DIRETTORE GENERALE

Richiamati i provvedimenti con i quali la Direzione Generale Salute di Regione Lombardia ha definito la strategia, le modalità operative e le linee di intervento finalizzate ad implementare la funzione di Risk Management nelle aziende sanitarie lombarde (Circolare n. 46/SAN/2004, *Indirizzi sulla gestione del rischio sanitario*, e successivi aggiornamenti);

Richiamate in particolare le Linee Guida relative alla programmazione delle attività di Risk Management per l'anno 2018, di cui alla nota prot. G1.2017.0038696 del 21/12/2017;

Dato atto che le Linee Guida regionali per l'anno 2018 prevedono, tra i vari adempimenti, la definizione, approvazione ed adozione del Piano annuale di Risk Management aziendale, con individuazione di specifici progetti operativi (minimo due e massimo cinque), entro il termine del 30/03/2018;

Preso atto che il Gruppo di Coordinamento per le attività di Gestione del Rischio ha predisposto e proposto il Piano Annuale di Risk Management per l'anno 2018, presentandolo come integrazione e specifica declinazione annuale del Piano Qualità e Sicurezza aziendale per il triennio 2017/2019 ed integrato con il Piano di Miglioramento dell'Organizzazione Aziendale (P.I.M.O.);

Visto che il Piano di Risk Management 2018, così predisposto dal Gruppo di Coordinamento per la Gestione del Rischio, esplicita:

- la strategia che si intende perseguire, con evidenza della relazione tra l'andamento del rischio e della sinistrosità dell'ultimo triennio e le linee di intervento individuate;
- gli obiettivi strategici, le azioni di miglioramento e i risultati attesi;
- i progetti operativi da attuare in corso d'anno, con relativi step metodologici, cronoprogramma ed output attesi;
- gli eventi formativi aziendali programmati in tema di risk management e sicurezza;

Ritenuto di approvare ed adottare il Piano Annuale di Risk Management dell'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale di Crema per l'anno 2018, allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale;

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 e adottare il Piano Annuale di Risk Management 2018, allegato alla presente quale parte integrante e sostanziale;

- di prendere atto che il suddetto Piano è stato predisposto come integrazione e specifica declinazione annuale del Piano Qualità e Sicurezza aziendale per il triennio 2017/2019 ed integrato con il Piano di Miglioramento dell'Organizzazione Aziendale (P.I.M.O.);
- di prendere altresì atto che il Piano Annuale di Risk Management 2018 è stato sviluppato in conformità alle Linee Guida relative alla programmazione delle attività di Risk Management per l'anno in corso, di cui alla nota prot. G1.2017.0038696 del 21/12/2017, esplicitando:
 - la strategia che l'Azienda intende perseguire, con evidenza della relazione tra l'andamento del rischio e della sinistrosità dell'ultimo triennio e le linee di intervento individuate;
 - gli obiettivi strategici, le azioni di miglioramento e i risultati attesi;
 - i progetti operativi da attuare in corso d'anno, con relativi step metodologici, cronoprogramma ed output attesi;
 - gli eventi formativi aziendali programmati in tema di risk management e sicurezza;
- di trasmettere il presente provvedimento alla Direzione Generale Welfare della Regione Lombardia - Struttura Fattori Produttivi in formato elettronico via e-mail all'indirizzo rischiosanita@regione.lombardia.it, entro il termine del 30/03/2018.

Letto, confermato e sottoscritto:

- f.to Il Direttore Generale
dott. Luigi Ablondi
- f.to Il Direttore Amministrativo
dott. Guido Avaldi
- f.to Il Direttore Sanitario
dott.ssa Ermanna Derelli
- f.to Il Direttore Sociosanitario
dott.ssa Maria Gloria Mencatelli



PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT

P.A.R.M. 2018

Piano Annuale di Settore del Piano Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione PIMO 2018

Documento elaborato da:
Quality Manager
e Clinical Risk Manager (Sfogliarini Roberto)
Risk Manager (Cecchinelli Italo)
Ufficio Qualità (Orsi Adriano)
Marzo 2018

Validato da:
Quality Manager
e Responsabile Aziendale PIMO (Sfogliarini Roberto)

Approvato da
Direzione Generale
Delibera n. 126 del 29/03/2018

Sommario

| | |
|---|----|
| 1. Strategie..... | 3 |
| Sistema di Gestione Aziendale Qualità e Sicurezza..... | 4 |
| Il Gruppo di Coordinamento della attività di gestione del rischio | 4 |
| Comitato Valutazione Sinistri (CVS)..... | 4 |
| Ascolto e Mediazione dei conflitti | 5 |
| 2. Obiettivi generali..... | 5 |
| 3. Linee di intervento per il miglioramento delle aree a rischio..... | 5 |
| Dall'analisi dei risultati alla definizione delle aree critiche..... | 5 |
| Trend eventi avversi e near miss | 5 |
| Trend segnalazioni delle Cadute | 7 |
| 4. Analisi della sinistrosità | 10 |
| 5. Raccomandazioni Ministeriali : stato di avanzamento | 12 |
| 6. Ambiti di Attività e Progetti specifici previsti per la sicurezza del paziente nel 2018..... | 13 |
| 7. Formazione | 15 |
| 8. Allegati | 17 |

1. Strategie

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

Prosegue il lavoro svolto in questi anni: si è passati dalla gestione del rischio alla gestione della sicurezza dei pazienti attraverso un approccio sistematico ai processi di cura.

Nell'anno 2018 si proseguirà nella pianificazione e realizzazione delle attività previste dai diversi piani di azione elaborati dalle funzioni organizzative aziendali e ricondotti, con un approccio integrato, nel PIMO (Piano Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione).

Il Piano Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione è uno strumento per *favorire il collegamento degli strumenti istituzionali di programmazione e gestione, ... sintetizzando le diverse aree e gli ambiti di interesse, a vantaggio della coerenza della decisione strategica nella programmazione pluriennale e annuale delle attività, attraverso la visione sistemica ed integrata dell'organizzazione* (DGR n. IX/1185 del 20.12.2013). La ASST di Crema è da tempo strutturata verso questo percorso di gestione del miglioramento; nel corso del 2017 ha monitorato l'avanzamento del PIMO sia ad uno step intermedio (settembre 2017) che nel febbraio 2018.

Sono quindi disponibili informazioni utili alla predisposizione del Piano di Risk Management 2018.

In linea con i requisiti previsti nel DM n. 70 del 2 aprile 2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" l'ASST dispone di:

- un consolidato Sistema di segnalazione degli eventi avversi e near miss (Incident Reporting);
- Gestione del Rischio Clinico;
- Identificazione del paziente, lista di controllo operatoria (Check-list di sala operatoria) e Scheda unica di terapia;
- Sistemi di raccolta delle infezioni correlate all'assistenza, sorveglianza microbiologica, adozione delle procedure che garantiscono l'adeguatezza e l'efficienza dell'attività di sanificazione, disinfezione e sterilizzazione, protocolli per la profilassi antibiotica e procedura per il lavaggio delle mani.

Gli obiettivi di miglioramento trovano una fase di discussione e condivisione tra la Direzione Strategica e i livelli direzionali delle strutture di Staff, dei Dipartimenti e delle singole Unità Operative, in occasione del processo annuale di budget. Prosegue nel corso dell'anno 2018 la implementazione della integrazione dei Processi del Polo Ospedaliero e del Polo Territoriale.

Sistema di Gestione Aziendale Qualità e Sicurezza

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

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

La cultura aziendale sulla gestione del miglioramento ha un grado di maturazione tale da permettere il passaggio dalla gestione del rischio alla gestione della sicurezza dei pazienti: fondamentale la sinergia che deve consolidarsi tra i referenti qualità e sicurezza e i direttori e coordinatori delle UU.OO. e dei Dipartimenti.

Il Gruppo di Coordinamento della attività di gestione del rischio

L'attività del Gruppo di Coordinamento è il momento operativo per la integrazione tra le varie aree ed ambiti di rischio in ogni settore: rischio clinico, rischio per la sicurezza e la salute dei lavoratori, rischio tecnologico e strutturale, sicurezza dei dati.

Nel corso dell'anno 2018 continuerà l'attività della gestione coordinata dei rischi aziendali, con particolare attenzione sia all'analisi dei sinistri, degli eventi avversi e dei near miss registrati - al fine di individuarne le cause -, sia all'implementazione delle conseguenti azioni di miglioramento individuate, al loro monitoraggio e alla verifica dell'efficacia dei risultati raggiunti. Tra i diversi ambiti considerati, anche grazie alla presenza nel Gruppo di Coordinamento del responsabile aziendale della farmacovigilanza e del dispositivo-vigilanza, vi è la gestione delle ADR, così come introdotta anche dalla normativa europea.

Comitato Valutazione Sinistri (CVS)

L'attività del CVS nell'anno 2018 proseguirà implementando una sempre più puntuale analisi del contenzioso, in sinergia e collaborazione tra ASST, Broker e Compagnia Assicurativa. La componente clinica è regolarmente coinvolta nella valutazione delle richieste di risarcimento, al fine di sostenere lo sviluppo della cultura della sicurezza e *l'apprendimento dall'errore*, passando anche attraverso la conoscenza della *dimensione medico legale* dell'attività professionale e dell'evoluzione giurisprudenziale in materia di responsabilità sanitaria. L'analisi delle richieste di risarcimento danni (sia in termini di frequenza che di esborso economico) ha rappresentato e rappresenta uno degli elementi in ingresso da cui trarre raccomandazioni utili al miglioramento dell'attività e dell'organizzazione.

In accordo a quanto previsto dalle Linee Guida per l'attività di Risk Management, al fine di perseguire l'obiettivo di rendere coerente ed efficiente il processo di gestione del contenzioso, il responsabile del CVS partecipa attivamente al Raggruppamento Legale - Medico Legale del proprio ambito territoriale.

Ascolto e Mediazione dei conflitti

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

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

2. Obiettivi generali

Le linee strategiche e le linee di intervento, gli obiettivi e i progetti operativi del PARM 2018 sono redatti alla luce dei risultati emersi nell'anno 2017 in relazione:

- 1) all'andamento del rischio,
- 2) alla sinistrosità dell'Azienda,
- 3) alle indicazioni previste nelle Linee Guida Attività di Risk Management anno 2018 di Regione Lombardia - Direzione Generale Sanità, come di seguito dettagliato.

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

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

Dall'analisi dei risultati alla definizione delle aree critiche.

Per la elaborazione del Piano di Risk Management sono stati analizzati i risultati provenienti dalle diverse fonti informative presenti in Azienda: segnalazioni spontanee (Incident Reporting), sinistri, reclami, customer satisfaction e check list di autovalutazione regionale nonché dalle fonti esterne regionali e del Ministero della Salute.

Trend eventi avversi e near miss

Nella **tabella n. 1** sono messi/e a confronto le segnalazioni spontanee e i near miss degli anni 2015/2017 suddivisi per categorie di eventi individuati in coerenza con gli esempi disponibili in letteratura e con il "Protocollo Monitoraggio Eventi Sentinella, Ministero della Salute anno 2009", raccolti nel documento interno "**Lista eventi sentinella e categorie eventi per incident reporting**" **Rev. 04 del 20.5.2010.**

Si riassumono di seguito i risultati delle principali fonti disponibili:

A- SEGNALAZIONI SPONTANEE – tabella n. 1

| Categorie delle segnalazioni spontanee (eventi e "near miss") | Anno | Anno | Anno |
|--|------------|------------|------------|
| | 2015 | 2016 | 2017 |
| TOTALE SEGNALAZIONI | 421 | 413 | 361 |
| CADUTE (segnalazioni) TOTALE | 229 | 225 | 196 |
| EVENTI NEAR MISS (segnalazioni) (escl. cadute effettive) | 7 | 3 | 15 |
| EVENTI (segnalazioni) (escl. cadute effettive) | 185 | 185 | 150 |
| TOTALE | 192 | 188 | 165 |
| Errori nel trattamento | 63 | 71 | 46 |
| Ritardata diagnosi e/o trattamento | 49 | 65 | 63 |
| Malfunzionamento apparecchiature medicali | 2 | 7 | 6 |
| Perdite economiche | 2 | 5 | 4 |
| Procedura in parte del corpo sbagliata | 1 | 1 | |
| Procedura in pz sbagliato | 34 | 0 | 1 |
| Reazione trasfusionale ABO | 0 | 0 | |
| Complicanze post operatorie | 1 | 1 | |
| Fuga di paziente | 1 | 3 | |
| Rischio di sospensione del servizio | 0 | 4 | 5 |
| Quasi caduta | 4 | 1 | |
| intervento senza consenso informato | 4 | 1 | 3 |
| Infezioni ospedaliere | | 1 | |
| Errata procedura in paziente corretto | 1 | | |
| Minaccia / Aggressione ad operatore | | | 6 |
| Altro | 30 | 28 | 15 |
| Eventi Sentinella di cui alcuni coincidenti con le segnalazioni | | | |
| E.S. N°1 "Procedura in paziente sbagliato" | | | |
| E.S. N°16 "Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente" | 0 | | |
| E.S. N° 10 "Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale" | 0 | | |
| E.S. N°2 " Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)" | | | 1 |

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

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

Tabella n. 2

| 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 | | | | | | |

L'analisi della casistica delle segnalazioni spontanee dell'ultimo anno evidenzia una significativa **riduzione di eventi a carico del processo di comunicazione fra membri dello staff**, che tuttavia rimangono al secondo posto e, sommati agli eventi relativi al **processo di identificazione del paziente e del farmaco** (primo posto con un trend costante) rappresentano il 30% degli errori.

Attenzione quindi al **processo di identificazione del paziente e del farmaco, alla comunicazione tra membri dello staff e alla completezza ed efficacia della gestione delle informazioni relative alla continuità di cura e al processo di pianificazione delle cure.**

Trend segnalazioni delle Cadute

Il tasso di segnalazione delle cadute (si veda **tabella n. 3**) si rileva essere ancora in riduzione. Per quanto riguarda l'evento "cadute" oltre a proseguire la verifica della presenza della scheda di valutazione e rivalutazione del rischio all'interno delle cartelle cliniche, è stata attuata una attenta valutazione dell'efficacia delle azioni messe in atto a seguito della valutazione del rischio caduta, in particolare in quelle UU.OO. dove l'evento aveva un'alta frequenza o un elevato rischio di danno grave

per il paziente. Di pari passo è stato mantenuto attivo il processo di pianificazione delle manutenzioni delle strutture (posizionamento ausili alla deambulazione, superamento di barriere, ecc.).

Le segnalazioni di cadute sono sostanzialmente sovrapponibili all'andamento dell'anno precedente.

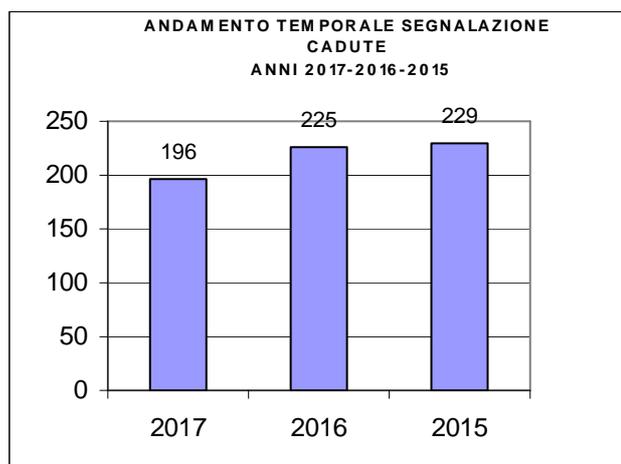
Il tasso aziendale è costante e si mantiene ad un livello sovrapponibile alla media regionale.

Si evidenzia un incremento significativo delle cadute in **Ortopedia ed Urologia**. Restano alti i tassi in **Sub Acute, Neurologia, PNL, Riab Cardiologica e Respiratoria**.

Nel corso del corrente anno, saranno pianificate ed intraprese le necessarie ed opportune azioni di miglioramento (Gruppo **GAD**).

Tabella n. 3

| 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 > media |
| Neurologia-Nefrologia | 0,31 | 0,39 | 0,24 | stabile ma negativo |
| 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 | |

GRAFICO 1 – Andamento delle segnalazione di cadute negli anni 2015/2017

Nella Tab. 4 sono descritte le caratteristiche dei pazienti caduti, ed in particolare si da evidenza del danno subito. Nell'anno 2017 vi sono stati due casi con **danno grave** che sono riconducibili ad aspetti attinenti la struttura e le infrastrutture; su questi temi già nel PARM 2017 è stato svolto un progetto specifico (sui Rischi Infrastrutturali) che ha esitato in alcune azioni di miglioramento che saranno attuate e monitorate nel corso del 2018 in quanto inserite negli obiettivi di budget delle UUOO.

Tabella 4**Anno 2017: distribuzione per sesso, età, momento della caduta e danno conseguito**

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

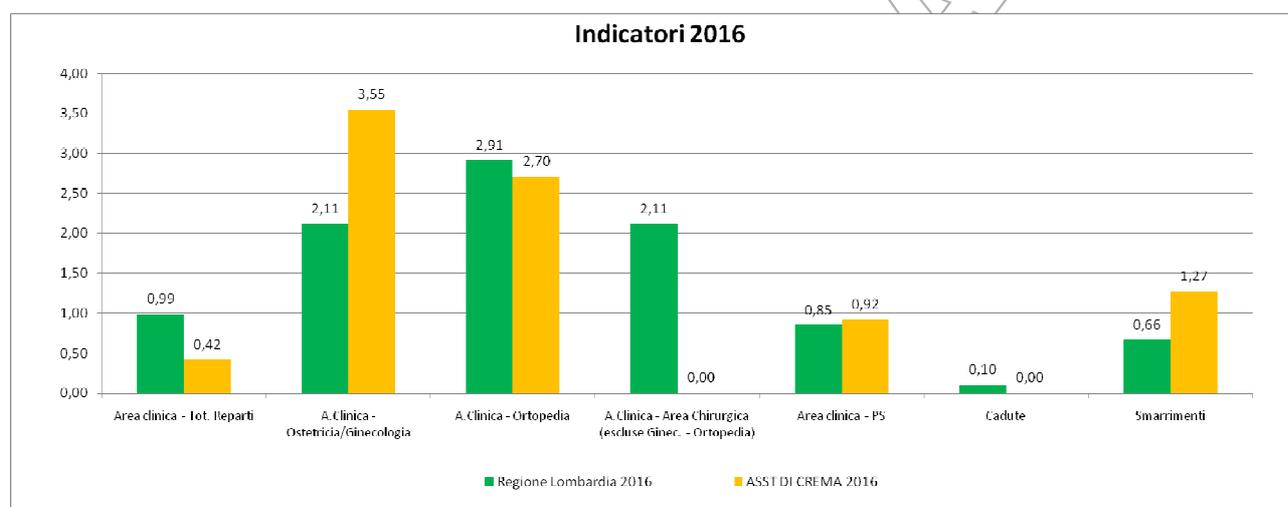
Anno 2016: distribuzione per sesso, età, momento della caduta e danno conseguito

| N° CADUTE | Sesso | | Momento della giornata | | | Danno | | | | | | Età | | | |
|-----------|---------|---------|------------------------|------------|-------|---------|-------|----------|--------|-------|---------|-----|-------|-------|-----|
| | Femmina | Maschio | Mattino | Pomeriggio | Notte | Nessuno | Lieve | Moderato | Severo | Grave | Decesso | <65 | 65-74 | 75-84 | >84 |
| 222 | 94 | 128 | 78 | 61 | 83 | 139 | 70 | 12 | 1 | 0 | 0 | 35 | 46 | 91 | 50 |
| | | | | | | 62.61 | 31.53 | 5.40 | 0.04 | 0 | 0 | | | | |

4. Analisi della sinistrosità

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

Di seguito si evidenzia il sistema di indicatori di Risk Management relativo alle richieste di risarcimento pervenute nell'anno 2016 (ultimo dato ad oggi disponibile) relativi agli eventi accaduti nell'ultimo triennio (2014-15-16) rapportati, per la maggior parte degli indicatori, alle giornate di degenza. Il risultato aziendale è rappresentato con un grafico che evidenzia il raffronto con la media regionale.



A fronte dell'analisi di questi dati sono state implementate azioni correttive e preventive volte alla riduzione degli eventi avversi. Analizzando i dati del grafico soprariportato è emerso che l'area che richiede ancora maggiore attenzione è l'area clinica / Ostetricia-Ginecologia, in cui è evidente un incremento rispetto alla media regionale. Si è pertanto deciso di riproporre un progetto operativo finalizzato alla riduzione e gestione del rischio in area Ostetrico-Ginecologica.

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 | 2,98 |
| 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; in particolare i sinistri effettivamente risarciti sono significativamente inferiori; |
| Elementi di attenzione |
| <ul style="list-style-type: none"> - 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. |

5. Raccomandazioni Ministeriali : stato di avanzamento

Lo stato di avanzamento è descritto nella tabella 6.

Tab. 6 Stato di implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali alla data del 31/12/2017

| | <i>Raccomandazione</i> | 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 AB0 | 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 "LOOK ALIKE/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 |

Legenda: 100% = Raccomandazione a regime.

6. Ambiti di Attività e Progetti specifici previsti per la sicurezza del paziente nel 2018

La pianificazione dell'attività di risk management per l'anno 2018 è articolata sia per ambiti di attività, sia attraverso lo sviluppo di **due progetti specifici**, scelti in coerenza sia con le aree maggiormente rappresentate dalle diverse fonti aziendali che con le Linee Guida Regionali:

- **Sicurezza nel percorso nascita**
- **Sicurezza del percorso del farmaco (Raccomandazione Ministeriale 17)**

Le iniziative **complessivamente** poste in essere in accordo agli obiettivi 2018 espressi nelle Linee Guida riguarderanno le aree qui di seguito indicate.

- 1) **RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI:** proseguirà l'attività di completamento e revisione della implementazione, a livello aziendale, dell'applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali, come da tabella già riportata.
- 2) **AREA TRAVAGLIO / PARTO:** proseguiranno le attività previste dalle Linee Guida, in particolare proseguirà il "progetto Trigger", l'identificazione e gestione precoce dei segnali di allerta materno-fetali, il rafforzamento del collegamento Ospedale - Territorio. In particolare, per un ulteriore impulso all'attività di prevenzione in quest'ambito, anche a seguito dell'analisi della sinistrosità aziendale, è stato predisposto un progetto specifico relativo all'area Travaglio / Parto.
- 3) **AREA INFEZIONI**
 - **SEPSI:** In continuità con il percorso regionale di lotta alla SEPSI, sotto la regia del CIO aziendale, saranno effettuati audit strutturati per verificare l'efficace applicazione dei "protocolli SEPSI" attivi in azienda.
 - **PREVENZIONE DELLE INFEZIONI NELLA RETE OSPEDALE- STRUTTURE SOCIO-ASSISTENZIALI (RSA, Cure Intermedie, IDR, SubAcuti):** le iniziative sono orientate a condividere protocolli di isolamento, indicazione, profili di cura e trattamento delle principali infezioni del paziente anziano peculiari delle popolazione ospite delle strutture del territorio, protocolli di gestione del cittadino nei diversi setting assistenziali per selezionare le appropriate necessità di ricovero nell'ospedale per acuti, protocolli di isolamento dei pazienti con germi multi resistenti;
- 4) **SICUREZZA DEL PAZIENTE IN SALA OPERATORIA:** prosegue l'attenzione a questa tematica; in particolare - anche a fronte delle specifiche Raccomandazioni Ministeriali - sarà attuato un costante controllo dell'effettiva applicazione della Check-list in Sala Operatoria, abbinato al proseguimento della formazione specifica in questo ambito. Saranno, in particolare implementati percorsi di miglioramento relativi ai seguenti aspetti: profilassi antibiotica, dress code, igiene delle mani e analisi del percorso dello strumentario chirurgico.
- 5) **RISCHIO NELL'UTILIZZO DEI FARMACI:** si conferma l'impegno prioritario in questo ambito anche per il 2018; sul fronte Farmacovigilanza sarà approfondito il tema "interazioni farmacologiche nelle politerapie"; inoltre sarà implementato il percorso di attuazione della

Raccomandazione N. 17 sulla riconciliazione farmacologia; si porrà' anche attenzione alla continuità di applicazione della Raccomandazione 14 sui farmaci antineoplastici, da tempo a regime in Azienda.

6) **PROGETTI SPECIFICI**

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,

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

PROGETTO - 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.

Pertanto è stato condiviso ed elaborato il Progetto specifico di cui alla Scheda N. 2 qui allegata.

PROGETTO - Scheda n° 3: "PIANO DI PREVENZIONE E GOVERNO DEL RISCHIO DA INFEZIONE NELLE STRUTTURE SOCIO-SANITARIE DELLA ASST"

In accordo con le valutazioni espresse dal Comitato Infezioni Ospedaliere del 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 qui allegata.

7. Formazione

Nell'ambito del Piano di Formazione Aziendale (PFA) per l'anno 2017 sono stati inclusi diversi interventi formativi coerenti con gli obiettivi espressi nelle Linee Guida di Risk Management per il 2017. Essi sono qui di seguito indicati e saranno rendicontati a fine anno mediante le relative schede allegate alle Linee Guida.

Formazione prevista dal piano formativo di Eupolis.

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

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

| Codice | Titolo dell'evento | Area di competenza / Modalità |
|---------|--|---------------------------------|
| 2018170 | "ADDETTO PREVENZIONE INCENDIO RISCHIO ELEVATO" | ATTIVITA' FORMATIVA TRASVERSALE |
| 2018146 | "APPLICAZIONE PROCEDURE OPERATIVE DI EMERGENZA ED EVACUAZIONE ASST CREMA | ATTIVITA' FORMATIVA TRASVERSALE |
| 2018178 | "CORSO DIRIGENTI : SICUREZZA,QUALITA', AMBIENTE" - ANNO 2018 | ATTIVITA' FORMATIVA TRASVERSALE |
| 2018308 | "IL D.LGS.N. 81/08 LA FORMAZIONE GENERALE E SPECIFICA DEI LAVORATORI - ASST CREMA " (corso in aula) | ATTIVITA' FORMATIVA TRASVERSALE |
| 2018108 | "IL RISCHIO IN SALA OPERATORIA" | ATTIVITA' FORMATIVA TRASVERSALE |
| 2018135 | "LA MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI PREVENZIONE DELLE RACHIALGIE NEGLI OPERATORI SANITARI" | ATTIVITA' FORMATIVA TRASVERSALE |
| 2018172 | "RETRAINING MOVIMENTAZIONE MANUALE PAZIENTI IN ASST CREMA | ATTIVITA' FORMATIVA TRASVERSALE |
| 2018340 | LA RADIOPROTEZIONE - CORSO OPERATORI SANITARI | ATTIVITA' FORMATIVA TRASVERSALE |
| 2018169 | RACCOMANDAZIONI PER LA SICUREZZA IN SALA OPERATORIA- PREVENZIONE INCENDI ED UTILIZZO SICURO DI APPARECCHIATURE E STRUMENTI | ATTIVITA' FORMATIVA TRASVERSALE |
| 2018198 | "FORMALDEIDE: UTILIZZO IN SICUREZZA" | DIPARTIMENTO SCIENZE MEDICHE |
| 2018200 | IL RISCHIO CHIMICO NEL SERVIZIO DI ANATOMIA PATOLOGICA DELL'ASST-CREMA | DIPARTIMENTO SCIENZE MEDICHE |
| 2018196 | REVISIONE E AGGIORNAMENTO ELENCO SOSTANZE CHIMICHE DEL SERVIZIO DI ANATOMIA PATOLOGICA | DIPARTIMENTO SCIENZE MEDICHE |
| 2018266 | "B.L.S.D. Basic Life Support Defibrillation" | ATTIVITA' FORMATIVA TRASVERSALE |
| 2018001 | "P.B.L.S.D. (Paediatric Basic Life Support Defibrillation) " | ATTIVITA' FORMATIVA TRASVERSALE |

| Codice | Titolo dell'evento | Area di competenza / Modalità |
|---------|--|---|
| 2018163 | "PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA: IL LAVAGGIO DELLE MANI" | ATTIVITA' FORMATIVA TRASVERSALE |
| 2018113 | "Retraining P.B.L.S.D. - Paediatric Basic Life Support Defibrillation " | ATTIVITA' FORMATIVA TRASVERSALE |
| 2018327 | CORSO AREA RADIOLOGICA PER MEDICI RADIOLOGI, TRSM, FISWICI SANITARI | ATTIVITA' FORMATIVA TRASVERSALE |
| 2018137 | MONITORAGGIO INFEZIONI DEGLI ACCESSI VASCOLARI PER EMODIALISI 2018 | DIPARTIMENTO CARDIOCEREBROVASCOLARE |
| 2018247 | " LA VENTILAZIONE MECCANICA NON INVASIVA E L' OSSIGENOTERAPIA NEL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE CON INSUFFICIENZA RESPIRATORIA ACUTA E ACUTA SU CRONICA | DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE |
| 2018040 | GRUPPO OPERATIVO DEL CIO | DIPARTIMENTO DIREZIONE MEDICA E AMM.VA DI PRESIDIO |
| 2018038 | GRUPPO OPERATIVO DELLE ICA | DIPARTIMENTO DIREZIONE MEDICA E AMM.VA DI PRESIDIO |
| 2018035 | PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (CIO) | DIPARTIMENTO DIREZIONE MEDICA E AMM.VA DI PRESIDIO |
| 2018213 | "AGGIORNAMENTO IN TEMA DI SICUREZZA E RESPONSABILITA' DELL'INFERMIERE IN SALA OPERATORIA" | DIPARTIMENTO EMERGENZA - AREA CRITICA |
| 2018206 | "PARTO CESAREO IN EMERGENZA: RUOLO, FUNZIONE E RESPONSABILITA' DELL'INFERMIERE DI TERAPIA INTENSIVA NELL'ASSISTENZA ALL'ANESTESIA - TIROCINIO PRATICO" | DIPARTIMENTO EMERGENZA - AREA CRITICA |
| 2018016 | "PICS -POST-INTENSIVE CARE SYNDROME - APPLICABILITA' DEI BUNDLE IN TERAPIA INTENSIVA" | DIPARTIMENTO EMERGENZA - AREA CRITICA |
| 2018195 | PECULIARITA' E GESTIONE DEL PAZIENTE PEDIATRICO IN SALA OPERATORIA E IN D.E.A. | DIPARTIMENTO EMERGENZA - AREA CRITICA |
| 2018037 | " I PROCESSI QUALITATIVI E DI SICUREZZA NEL DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIRURGICHE" | DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE |
| 2018080 | "DISCUSSIONE CASI CLINICI E AGGIORNAMENTO PROCEDURE IN U.O. OSTETRICIA E GINECOLOGIA, TRIGGER OSTETRICI" | DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE |
| 2018079 | "INQUADRAMENTO E GESTIONE DEL RISCHIO OSTETRICO. DEFINIZIONE DI PERCORSI DISTINTI DELLA GRAVIDA A BASSO MEDIO e/o ALTO RISCHIO ALL'ACCETTAZIONE DELLE PARTORIENTI" | DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE |
| 2018012 | "L'ECOGRAFIA OSTETRICA OFFICE - PARTE PRATICA" | DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE |
| 2018011 | "RETRAINING DI MANOVRE OSTETRICHE" | DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE |
| 2018078 | LE SIMULAZIONI IN OSTETRICIA | DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE |
| 2018005 | "GESTIONE DEL NEONATO CRITICO E STABILIZZAZIONE IN ATTESA DELLO STEN" | DIPARTIMENTO SCIENZE MEDICHE |
| 2018009 | "GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA IN PEDIATRIA" | DIPARTIMENTO SCIENZE MEDICHE |
| 2018149 | "NUOVI FARMACI ONCOLOGICI ORALI E LE LORO INTERAZIONI" | DIPARTIMENTO SCIENZE MEDICHE |
| 2018004 | RETRAINING IN RIANIMAZIONE NEONATALE | DIPARTIMENTO SCIENZE MEDICHE |
| 2018186 | SOFTWARE PER LA TRACCIABILITA' DELLE BOMBOLE GAS MEDICINALE: ADDESTRAMENTO | U.O. E STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA |
| 2018031 | SVILUPPO SISTEMA QUALITA' DIREZIONE MEDICA DEI PRESIDII | U.O. E STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA |
| 2018180 | VIGILFARMACO : LA SEGNALAZIONE ONLINE DI REAZIONI AVVERSE AI FARMACI | U.O. E STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA |

8. Allegati

Progetto 1_RACCOMANDAZIONE 17 _ 2018

Progetto2_RISCHIO OSTETRICIA_2018

Progetto3_RISCHIO PREVENZIONE E GESTIONE INFEZIONI NELLE STRUTTURE
SOCIO-SANITARIE DELLA ASST CREMA_2018

ASST DI CREMA

Progetto 1_RACCOMANDAZIONE 17 _ 2018

| ASST_IRCCS_ATS | ASST CREMA | | | | | | | | | | | | |
|--|---|-----------|------------|---|---|---|---|--|---|---|---|--|---|
| Risk Manager | Ing. Italo Cecchinelli | | | | | | | | | | | | |
| 1. Titolo del Progetto | RISCHIO NELL'UTILIZZO DEI FARMACI: APPLICAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE N. 17 PER LA RICONCILIAZIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA | | | | | | | | | | | | |
| 2. Motivazione della scelta | <p>Gli errori in corso di terapia farmacologica riguardano tutto il processo di gestione del farmaco, sia in ospedale, sia sul territorio; in particolare nei momenti di "transizione di cura", ovvero ricovero, trasferimenti, dimissione ospedaliera. E' quindi essenziale che la terapia assunta dal paziente sia resa nota al personale sanitario nel passaggio tra i diversi "setting" assistenziali.</p> <p>Al fine di garantire la continuità delle cure è particolarmente importante l'informazione fornita al paziente sulla necessità di disporre di un elenco aggiornato delle terapie farmacologiche assunte. Inoltre è fondamentale che all'atto della dimissione ospedaliera il pz venga informato della necessità di comunicare al MMG la terapia indicata nella lettera di dimissioni.</p> | | | | | | | | | | | | |
| 3. Area di RISCHIO | altro (specificare) | | | | | | | | | | | | |
| | Rischio nell'uso dei farmaci | | | | | | | | | | | | |
| 4. Ambito di intervento | Processi di accoglienza e dimissione del paziente. | | | | | | | | | | | | |
| 5. Nuovo/Prosecuzione | Nuovo | | | | | | | | | | | | |
| 6. Multiaziendale | NO | | | | | | | | | | | | |
| 6.a Se Si indicare le Aziende partecipanti al progetto: | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Obiettivo specifico | Individuazione di modalità efficaci di informazione del paziente e di comunicazione verso lo stesso, in ambito terapia farmacologica e processo di verifica della compatibilità tra farmaci prescritti durante la degenza con quelli già assunti in precedenza dal pz. | | | | | | | | | | | | |
| 8. Strumenti e metodi | <p>Gli obiettivi progettuali saranno raggiunti attraverso una metodologia che prevede i seguenti strumenti e metodi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - continuità operativa del gruppo di lavoro dedicato allo studio della problematica specifica e già individuato nel corso del 2017; - avvio dell'uso della procedura già predisposta a supporto delle corrette modalità di valutazione della terapia e della comunicazione con il paziente in tutte le UU.OO.. <p>Lo studio di fattibilità della implementazione della raccomandazione, eseguito multidisciplinariamente, ha messo in evidenza alcuni requisiti di non immediata e difficile realizzazione (es. requisito 4 sulla esistenza di software specifici, oppure il requisito 21 sulla integrazione di tutte le informazioni sul Fascicolo Sanitario Elettronico).</p> | | | | | | | | | | | | |
| 9. Realizzazione/prodotto finale | Avvio dell'uso della procedura e della Scheda di Ricognizione / Riconciliazione e loro diffusione in almeno il 60% dei setting assistenziali; Applicazione sperimentale nel percorso della "Cronicità": definizione della scheda | | | | | | | | | | | | |
| 10. Durata | 1 anno | | | | | | | | | | | | |
| 11. Risultati e indicatori | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Risultato</th> <th>Indicatore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Operatività del Gruppo di Lavoro multidisciplinare / multiprofessionale e stato di avanzamento lavori</td> <td>Verbale di riunione (preparazione dell'incontro).</td> </tr> <tr> <td>Incontro informativo sull'uso di scheda e procedura</td> <td>Eeguire un incontro entro maggio applicazione al 30% dei setting assistenziali;</td> </tr> <tr> <td>Audit per la verifica della corretta applicazione della procedura e della Scheda presso le UU.OO. sperimentali</td> <td>Verbale di Audit di revisione della progettazione</td> </tr> <tr> <td>Estensione ad un ulteriore 30% di setting assistenziali</td> <td>al 31/12/2018 il 60% dei setting assistenziali applica scheda e procedura</td> </tr> <tr> <td>Applicazione della Check List di verifica dell'implementazione della raccomandazione</td> <td>Rispetto di almeno il 60% dei requisiti (18 su 31) entro il 30/06/2018. Rispetto di almeno il 80% dei requisiti (24 su 31) entro il 31/12/2018</td> </tr> </tbody> </table> | Risultato | Indicatore | Operatività del Gruppo di Lavoro multidisciplinare / multiprofessionale e stato di avanzamento lavori | Verbale di riunione (preparazione dell'incontro). | Incontro informativo sull'uso di scheda e procedura | Eeguire un incontro entro maggio applicazione al 30% dei setting assistenziali; | Audit per la verifica della corretta applicazione della procedura e della Scheda presso le UU.OO. sperimentali | Verbale di Audit di revisione della progettazione | Estensione ad un ulteriore 30% di setting assistenziali | al 31/12/2018 il 60% dei setting assistenziali applica scheda e procedura | Applicazione della Check List di verifica dell'implementazione della raccomandazione | Rispetto di almeno il 60% dei requisiti (18 su 31) entro il 30/06/2018. Rispetto di almeno il 80% dei requisiti (24 su 31) entro il 31/12/2018 |
| Risultato | Indicatore | | | | | | | | | | | | |
| Operatività del Gruppo di Lavoro multidisciplinare / multiprofessionale e stato di avanzamento lavori | Verbale di riunione (preparazione dell'incontro). | | | | | | | | | | | | |
| Incontro informativo sull'uso di scheda e procedura | Eeguire un incontro entro maggio applicazione al 30% dei setting assistenziali; | | | | | | | | | | | | |
| Audit per la verifica della corretta applicazione della procedura e della Scheda presso le UU.OO. sperimentali | Verbale di Audit di revisione della progettazione | | | | | | | | | | | | |
| Estensione ad un ulteriore 30% di setting assistenziali | al 31/12/2018 il 60% dei setting assistenziali applica scheda e procedura | | | | | | | | | | | | |
| Applicazione della Check List di verifica dell'implementazione della raccomandazione | Rispetto di almeno il 60% dei requisiti (18 su 31) entro il 30/06/2018. Rispetto di almeno il 80% dei requisiti (24 su 31) entro il 31/12/2018 | | | | | | | | | | | | |

Progetto 1_RACCOMANDAZIONE 17 _2018

Pianificazione del Progetto
(Cronoprogramma)

Azienda ASST CREMA

Risk Manager Ing. Italo Cecchinelli

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

| FASI | RISORSE | RESPONSABILITA' | gen-17 | Febbraio | Marzo | Aprile | Maggio | Giugno | Luglio | Agosto | Settembre | Ottobre | Novembre | Dicembre | gen-18 | Febbraio | Marzo | Aprile | Maggio | Giugno | Luglio | Agosto | Settembre | Ottobre | Novembre | Dicembre |
|--|---|--------------------|--------|----------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------|---------|----------|----------|--------|----------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------|---------|----------|----------|
| Operatività del Gruppo di Lavoro multidisciplinare / multiprofessionale e stato di avanzamento lavori | Farmacia, DMPO, Qualità, Risk Management, Dipartimenti Scienze Mediche, Chirurgiche e Riabilitative | DMPO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Predisposizione di procedura specifica | Farmacia, DMPO, Qualità, Risk Management, Dipartimenti Scienze Mediche, Chirurgiche e Riabilitative | DIRETTORE FARMACIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Applicazione della Check List di verifica dell'implementazione della raccomandazione:Rispetto di almeno il 40% dei requisiti (12 su 31) entro il 31/12/2017. | Farmacia, DMPO, Qualità, Risk Management, Dipartimenti Scienze Mediche, Chirurgiche e Riabilitative | DIRETTORE FARMACIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Applicazione della Check List di verifica dell'implementazione della raccomandazione:Rispetto di almeno il 60% dei requisiti (18 su 31) entro il 30/06/2018. | Farmacia, DMPO, Qualità, Risk Management, Dipartimenti Scienze Mediche, Chirurgiche e Riabilitative | DIRETTORE FARMACIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Applicazione della Check List di verifica dell'implementazione della raccomandazione:Rispetto di almeno il 80% dei requisiti (24 su 31) entro il 31/12/2018 | Farmacia, DMPO, Qualità, Risk Management, Dipartimenti Scienze Mediche, Chirurgiche e Riabilitative | DIRETTORE FARMACIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Audit di verifica uso procedura e scheda nelle UU.OO. | Risk Management, Farmacia, Qualità | DMPO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Progetto2_RISCHIO OSTETRICIA_2018

| ASST_IRCCS_ATS | ASST – CREMA | | | | | | | | | | |
|--|---|-----------|------------|---------------------------------------|--|--|---|---|--|---|----------------------|
| Risk Manager | Ing. Italo Cecchinelli | | | | | | | | | | |
| 1. Titolo del Progetto | Piano di prevenzione e governo del rischio in area Ostetrica | | | | | | | | | | |
| 2. Motivazione della scelta | Dare organicità e sistematicità alle azioni di prevenzione e gestione del rischio in area Ostetrica | | | | | | | | | | |
| 3. Area di RISCHIO | Travaglio/Parto | | | | | | | | | | |
| 4. Ambito di intervento | se ALTRO, specificare: indicare l'ambito all'interno dell'Azienda ove verrà attuato il progetto: U.O. Ostetrica e Ginecologia e Blocco Nascita | | | | | | | | | | |
| 5. Nuovo/Prosecuzione | Nuovo | | | | | | | | | | |
| 6. Multiazendale | NO | | | | | | | | | | |
| 6.a Se Si indicare le Aziende partecipanti al progetto: | | | | | | | | | | | |
| 7. Obiettivi specifici | <ul style="list-style-type: none"> - implementare e rendere prassi consolidata un sistema di governo e gestione del rischio interno alla U.O., fondato sull'analisi dei dati e l'implementazione di procedure, protocolli e buone pratiche, anche sulla base delle LL.GG. disponibili; - Travaglio-parto monitoraggio dei Trigger: <ol style="list-style-type: none"> 1) analisi e individuazione dei Trigger più rilevanti 2) individuazione delle conseguenti azioni di miglioramento 3) implementazione delle azioni di miglioramento, compresa la formazione degli Operatori; - Protocollo sepsi e scheda MEOWS | | | | | | | | | | |
| 8. Strumenti e metodi | studio e predisposizione di protocolli; eventi formativi; rilevazione e analisi di eventi significativi (near miss, trigger, eventi avversi) anche tramite audit clinici. | | | | | | | | | | |
| 9. Realizzazione/prodotto finale | <ul style="list-style-type: none"> - disponibilità di protocolli finalizzati alla prevenzione del rischio in ambito ostetrico; - report di Audit interno complessivo della U.O. almeno semestrale; - evidenze oggettive circa l'attuazione delle azioni di miglioramento intraprese. | | | | | | | | | | |
| 10. Durata | 1 anno | | | | | | | | | | |
| 11. Risultati e indicatori | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Risultato</th> <th>Indicatore</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Analisi degli eventi Trigger rilevati</td> <td>Report di avvenuta analisi (almeno tre all'anno)</td> </tr> <tr> <td>Attuazione delle azioni di miglioramento individuate a seguito analisi trigger: <ul style="list-style-type: none"> - Introduzione di scheda per registrazione dati e tempi distocia di spalla e ventosa ostetrica; - Retraining delle manovre ostetriche; - Partecipazione a corso simulazione emergenze in Sala Parto per strutturare il team che a sua volta organizzerà eventi formativi interni; - Retraining della sutura di lacerazioni ostetriche di III e IV grado; - Implementazione e modificazione del protocollo EPP; - Simulazioni delle situazioni di emergenza (es. TC codice rosso) in collaborazione con personale di sala operatoria e anestesisti; </td> <td>Report (evidenze oggettive) relativi alla attuazione delle azioni individuate</td> </tr> <tr> <td>Applicazione del protocollo prevenzione e gestione "sepsi in area ostetrica" e utilizzo scheda MEOWS.</td> <td>Presenza del protocollo; Registrazione dei casi in cui è stata utilizzata la scheda MEOWS</td> </tr> <tr> <td>Audit interno complessivo di U.O. semestrale: stato avanzamento azioni avviate a fronte di eventi trigger, analisi di altri eventi e di near miss oltre ai Trigger, infezioni chirurgiche / TC / Sepsi, ritorno sull'uso della scheda MEWOS, andamento obiettivi.</td> <td>Due verbali di Audit</td> </tr> </tbody> </table> | Risultato | Indicatore | Analisi degli eventi Trigger rilevati | Report di avvenuta analisi (almeno tre all'anno) | Attuazione delle azioni di miglioramento individuate a seguito analisi trigger: <ul style="list-style-type: none"> - Introduzione di scheda per registrazione dati e tempi distocia di spalla e ventosa ostetrica; - Retraining delle manovre ostetriche; - Partecipazione a corso simulazione emergenze in Sala Parto per strutturare il team che a sua volta organizzerà eventi formativi interni; - Retraining della sutura di lacerazioni ostetriche di III e IV grado; - Implementazione e modificazione del protocollo EPP; - Simulazioni delle situazioni di emergenza (es. TC codice rosso) in collaborazione con personale di sala operatoria e anestesisti; | Report (evidenze oggettive) relativi alla attuazione delle azioni individuate | Applicazione del protocollo prevenzione e gestione "sepsi in area ostetrica" e utilizzo scheda MEOWS. | Presenza del protocollo; Registrazione dei casi in cui è stata utilizzata la scheda MEOWS | Audit interno complessivo di U.O. semestrale: stato avanzamento azioni avviate a fronte di eventi trigger, analisi di altri eventi e di near miss oltre ai Trigger, infezioni chirurgiche / TC / Sepsi, ritorno sull'uso della scheda MEWOS, andamento obiettivi. | Due verbali di Audit |
| Risultato | Indicatore | | | | | | | | | | |
| Analisi degli eventi Trigger rilevati | Report di avvenuta analisi (almeno tre all'anno) | | | | | | | | | | |
| Attuazione delle azioni di miglioramento individuate a seguito analisi trigger: <ul style="list-style-type: none"> - Introduzione di scheda per registrazione dati e tempi distocia di spalla e ventosa ostetrica; - Retraining delle manovre ostetriche; - Partecipazione a corso simulazione emergenze in Sala Parto per strutturare il team che a sua volta organizzerà eventi formativi interni; - Retraining della sutura di lacerazioni ostetriche di III e IV grado; - Implementazione e modificazione del protocollo EPP; - Simulazioni delle situazioni di emergenza (es. TC codice rosso) in collaborazione con personale di sala operatoria e anestesisti; | Report (evidenze oggettive) relativi alla attuazione delle azioni individuate | | | | | | | | | | |
| Applicazione del protocollo prevenzione e gestione "sepsi in area ostetrica" e utilizzo scheda MEOWS. | Presenza del protocollo; Registrazione dei casi in cui è stata utilizzata la scheda MEOWS | | | | | | | | | | |
| Audit interno complessivo di U.O. semestrale: stato avanzamento azioni avviate a fronte di eventi trigger, analisi di altri eventi e di near miss oltre ai Trigger, infezioni chirurgiche / TC / Sepsi, ritorno sull'uso della scheda MEWOS, andamento obiettivi. | Due verbali di Audit | | | | | | | | | | |

SCHEDA DI PROGETTO: Progetto2_RISCHIO OSTETRICIA_2018

**Pianificazione del Progetto
(Cronoprogramma)**

Azienda ASST – CREMA

Risk Manager Ing. Italo Cecchinelli

Titolo del Progetto Piano di prevenzione e governo del rischio in area Ostetrica

| FASI | RISORSE | RESPONSABILITA' | gen-18 | Febbraio | Marzo | Aprile | Maggio | Giugno | Luglio | Agosto | Settembre | Ottobre | Novembre | Dicembre |
|--|---|--|--------|----------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------|---------|----------|----------|
| analisi degli eventi (Trigger) rilevati e relativa reportistica (riunioni/audit) | U.O. Ostetricia e Ginecologia | responsabile U.O. Ostetricia e Ginecologia | | | | | | | | | | | | |
| individuazione dei Rischi Prevalenti | U.O. Ostetricia e Ginecologia | responsabile U.O. Ostetricia e Ginecologia | | | | | | | | | | | | |
| revisione / implementazione dei protocolli esistenti | U.O. Ostetricia e Ginecologia | responsabile U.O. Ostetricia e Ginecologia | | | | | | | | | | | | |
| Utilizzo Protocollo sepsi e scheda MEOWS | U.O. Ostetricia e Ginecologia e Consultorio | responsabile U.O. Ostetricia e Ginecologia | | | | | | | | | | | | |
| 1° Audit semestrale complessivo di U.O. | U.O. Ostetricia e Ginecologia | responsabile U.O. Ostetricia e Ginecologia | | | | | | | | | | | | |
| 2° Audit semestrale complessivo di U.O. | U.O. Ostetricia e Ginecologia | responsabile U.O. Ostetricia e Ginecologia | | | | | | | | | | | | |
| rendicontazione finale del progetto | U.O. Ostetricia e Ginecologia, Consultorio | responsabile U.O. Ostetricia e Ginecologia | | | | | | | | | | | | |

ASST/ID

Progetto3_RISCHIO PREVENZIONE E GESTIONE INFEZIONI NELLE STRUTTURE SOCIO-SANITARIE DELLA ASST CREMA_2018

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

SCHEDA DI PROGETTO: Progetto3_RISCHIO PREVENZIONE E GESTIONE INFEZIONI NELLE STRUTTURE SOCIO-SANITARIE DELLA ASST CREMA_2018

**Pianificazione del Progetto
(Cronoprogramma)**

Azienda ASST – CREMA

Risk Manager Ing. Italo Cecchinelli

Titolo del Progetto prevenzione e governo delle infezioni dei cittadini nel percorso fra strutture socio-sanitarie del territorio ed ospedale per acuti

| FASI | RISORSE | RESPONSABILITA' | gen-18 | Febbraio | Marzo | Aprile | Maggio | Giugno | Luglio | Agosto | Settembre | Ottobre | Novembre | Dicembre | gen-19 | Febbraio | Marzo | Aprile | Maggio | Giugno | Luglio | Agosto | Settembre | Ottobre | Novembre | Dicembre |
|--|--|--|--------|----------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------|---------|----------|----------|--------|----------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------|---------|----------|----------|
| Coinvolgimento delle strutture socio-sanitarie alla progettazione e pianificazione di azioni di gestione delle infezioni a livello ASST, evidenziate da Le strutture del territorio devono disporre di protocolli di gestione dei pazienti colonizzati ed infetti da germi multiresistenti | Direzione Medica dei Presidi ASST | Direttore e Responsabile CIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Protocolli di gestione e trattamento dei pazienti con infezioni respiratorie e delle vie urinarie; | Gruppi Operativi ad hoc con componenti di tutte le strutture | Infermiera addetta infezioni(coordinamento) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Protocolli di gestione dei pazienti nei diversi setting assistenziali | Gruppi Operativi ad hoc con componenti di tutte le strutture | Infermiera addetta infezioni(coordinamento) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Modalità di relazione (consulenza ecc.) fra esperti per la gestione di casi particolari | Gruppi Operativi ad hoc con componenti di tutte le strutture | Infettivologo-Direttore UO Dip Scienze Mediche | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Revisione delle dotazioni farmaci disponibilità di protocolli di gestione | Farmacia e referenti strutture | Componente della Farmacia nel CIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Report di Audit interno complessivo almeno semestrale; | Direzione Medica dei Presidi ASST | Direttore e Responsabile CIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Evidenze oggettive circa l'attuazione delle azioni di miglioramento intraprese | CIO, Gruppo Operativo | Infermiera addetta infezioni(coordinamento) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

legenda

- raggiungimento/verifica
- attività preparatorie
- consolidamento