



AZIENDA SOCIO-SANITARIA TERRITORIALE DELLA VALCAMONICA

Sede legale: Breno (Bs) - Via Nissolina, 2 - tel. 0364.3291 - fax 0364.329310 - CF/P.IVA n.03775830981
www.asst-valcamonica.it PEC: protocollo@pec.asst-valcamonica.it

INDICE

1	SCOPO.....	2
2	RESPONSABILITÀ.....	2
3	MONITORAGGIO DELLA RISCHIOSITÀ IN AMBITO CLINICO.....	2
4	PIANO INTEGRATO DI MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE.....	19
4.1	RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI.....	19
4.2	AUTOVALUTAZIONE DEGLI STANDARD REGIONALI.....	23
5	PIANO QUALITÀ E RISK MANAGEMENT 2020.....	29
5.1	RISULTATI DEI PROGETTI ANNO 2020.....	29
5.1.1	SEGNALAZIONE TRIGGER MATERNI.....	29
6	I PROGETTI DEL PIANO ANNUALE 2021.....	32
6.1	PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO IN AMBITO OSTETRICO.....	32
6.2	LOTTA ALLA SEPSI IN OSTETRICIA.....	33
6.3	LOTTA ALLA SEPSI.....	33
7	DISTRIBUZIONE E ARCHIVIAZIONE.....	33
7.1	DISTRIBUZIONE.....	33
7.2	ARCHIVIAZIONE.....	34
8	ALLEGATI.....	34

Ed.	Rev.	Data	Descrizione delle modifiche	Redazione	Verifica di conformità al SGQ	Approvazione
02	00	15.03.2019	Piano qualità e Risk Management 2019	Avv. D. Venia, Dr.ssa S. Brasa, Dr. A. Patroni Dr.ssa F. Andreoli, Dott.ssa B. Bertoli Dott.ssa I. Fedriga, E. Manella, C. Bertoni A. Filippini	Dott.ssa B. Bertoli	Dr.ssa R. Chiesa
02	01	05.03.2020	Piano qualità e Risk Management 2020	Avv. D. Venia, Dr.ssa S. Brasa, Dr. A. Patroni Dott.ssa B. Bertoli, Dott.ssa I. Fedriga Dott.ssa E. Fanetti, E. Manella, C. Bertoni, A. Filippini	Dott.ssa B. Bertoli	Dr.ssa R. Chiesa
02	02	23.03.2021	Piano qualità e Risk Management 2021	Avv. D. Venia Dr. A. Patroni Dr.ssa F. Andreoli Dott.ssa B. Bertoli Dott.ssa I. Fedriga Dott.ssa E. Fanetti E. Manella C. Bertoni A. Filippini	Dott.ssa B. Bertoli	Dr.ssa R. Chiesa



1 SCOPO

La definizione del Piano Qualità e Risk Management per il 2021 non può prescindere dall'analisi dei risultati raggiunti in seguito all'elaborazione e all'attuazione del piano precedente, in una prospettiva di verifica dello sviluppo coerente con le politiche aziendali in materia di miglioramento della qualità e della sicurezza dei servizi erogati.

2 RESPONSABILITÀ

Di seguito sono descritte le responsabilità relative alla gestione del presente piano e, in particolare, dei progetti 2021.

RESPONSABILITÀ	ATTIVITÀ
DIREZIONE SANITARIA	– Approva il presente piano e sovrintende alla applicazione dello stesso
RISK MANAGER GRUPPO COORDINAMENTO RISCHIO CLINICO	– Definiscono e implementano i progetti del piano di rischio secondo la pianificazione definita – valutano gli indicatori con eventuale definizione di azioni correttive – effettuano attività di audit/sopralluoghi
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO/ COORDINATORE CIO RESPONSABILE UO DI OSTETRICIA-GINECOLOGIA	<u>Progetto Lotta alla sepsi in ostetricia</u> – svolgono le attività necessarie alla realizzazione del progetto – raccolgono gli indicatori nei tempi previsti
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO/ COORDINATORE CIO RESPONSABILI DI UO	<u>Progetto Lotta alla sepsi</u> – svolgono le attività necessarie alla realizzazione del progetto – raccolgono gli indicatori nei tempi previsti
RESPONSABILE UO DI OSTETRICIA-GINECOLOGIA	<u>Progetto Prevenzione e gestione del rischio in ambito ostetrico</u> – svolgono le attività necessarie alla realizzazione del progetto – raccolgono gli indicatori nei tempi previsti

3 MONITORAGGIO DELLA RISCHIOSITÀ IN AMBITO CLINICO

La mappatura della componente di rischio si avvale di una metodologia consistente nel monitoraggio dei processi critici tramite l'esecuzione di audit interni ed esterni e l'analisi intensiva di eventi di particolare criticità.

In tale contesto assumono specifico significato l'incident reporting, le segnalazioni di eventi sentinella, la rilevazione delle cadute accidentali in pazienti ospedalizzati, gli infortuni occorsi agli operatori, il monitoraggio di sinistri su polizza RCT/O, gli eventi avversi/sinistri, la media conciliazione e l'attività di ascolto e mediazione di cui si dà di seguito un sintetico quadro.

INFORTUNI BIOLOGICI

Presso l'ASST di Valcamonica gli infortuni a rischio biologico vengono monitorati dal 2004; da allora ne sono stati registrati complessivamente 902, con una media annuale di 53; l'incidenza annua (numero di esposizioni per 100 operatori/anno) è di gran lunga inferiore rispetto a quella registrata sul territorio nazionale (4.4 versus 11.4).

L'area sanitaria maggiormente esposta è quella medica, seguita dalla chirurgica, dal Blocco Operatorio (BO) e dal Pronto Soccorso.

Gli operatori maggiormente esposti sono gli infermieri, seguiti dai dirigenti medici e dagli ausiliari; rispetto ai dati nazionali la prevalenza degli infortuni a rischio biologico è minore tra gli infermieri, maggiore tra i dirigenti medici e gli ausiliari.

Gli infortuni a rischio biologico avvengono prevalentemente durante le manovre assistenziali, lo smaltimento dei rifiuti, gli interventi chirurgici e il prelievo ematico; tra le modalità di esposizione prevale la puntura, seguita dalla contaminazione della cute, dalla contaminazione delle mucose e dal taglio.

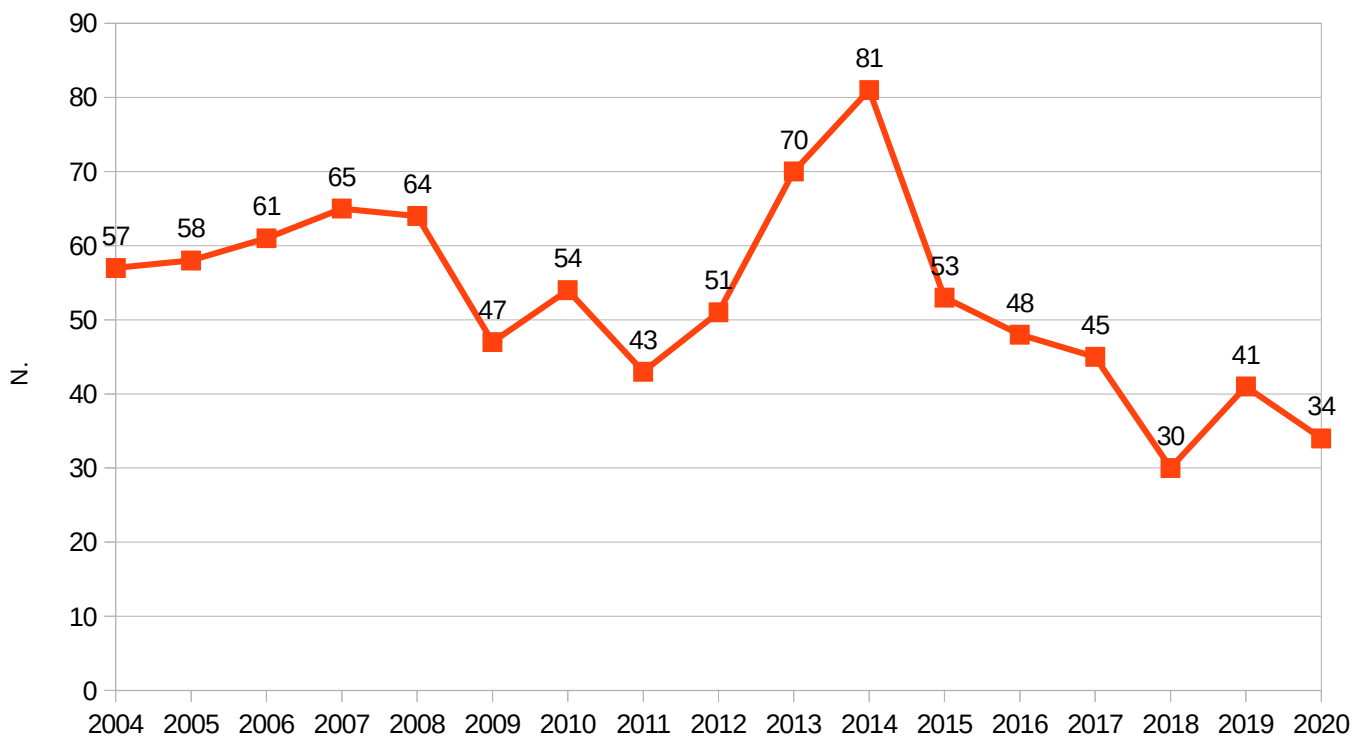
Rispetto ai dati nazionali è maggiore la prevalenza di punture, minore quella delle altre modalità di esposizione.

La fonte di contagio è prevalentemente sieronegativa o non nota, HCV prevale su HBV e HIV. Rispetto ai dati nazionali la prevalenza di infezioni da HCV è maggiore, minore quella di HBV e HIV; ciò riflette la prevalenza di HCV nel nostro territorio.

Nel 2020 si sono registrati 34 infortuni a rischio biologico, dato in lieve decremento rispetto all'anno precedente.

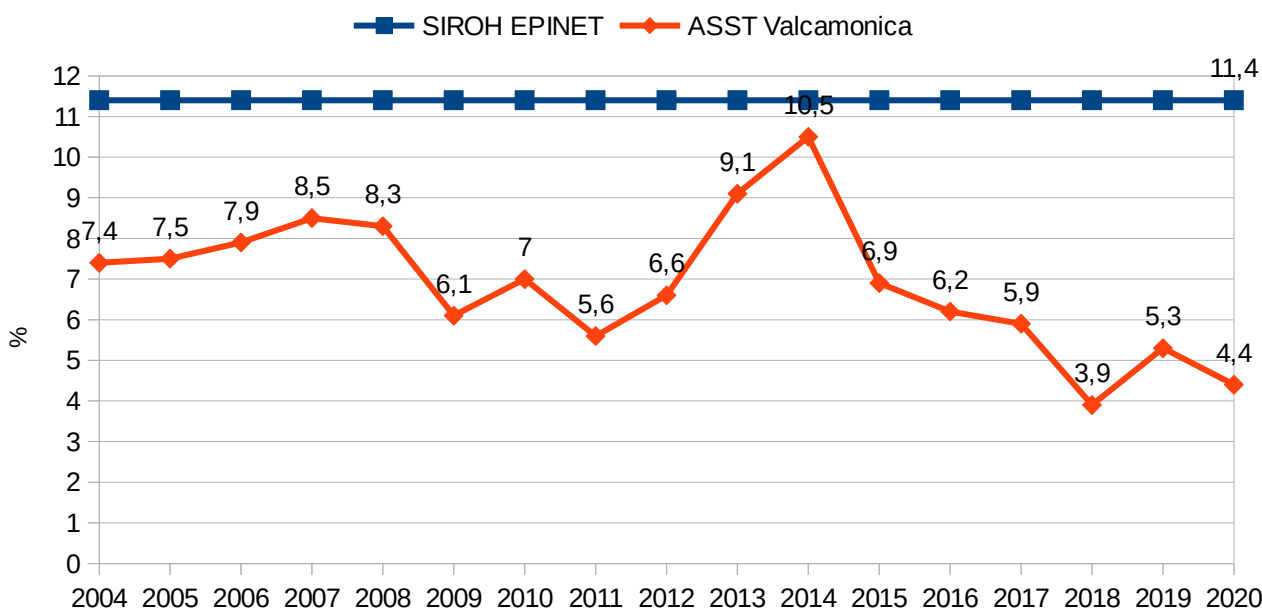
Di seguito una serie di grafici che esplicitano i dati sopra descritti.

N. infortuni a rischio biologico dal 2004 (n. 902).



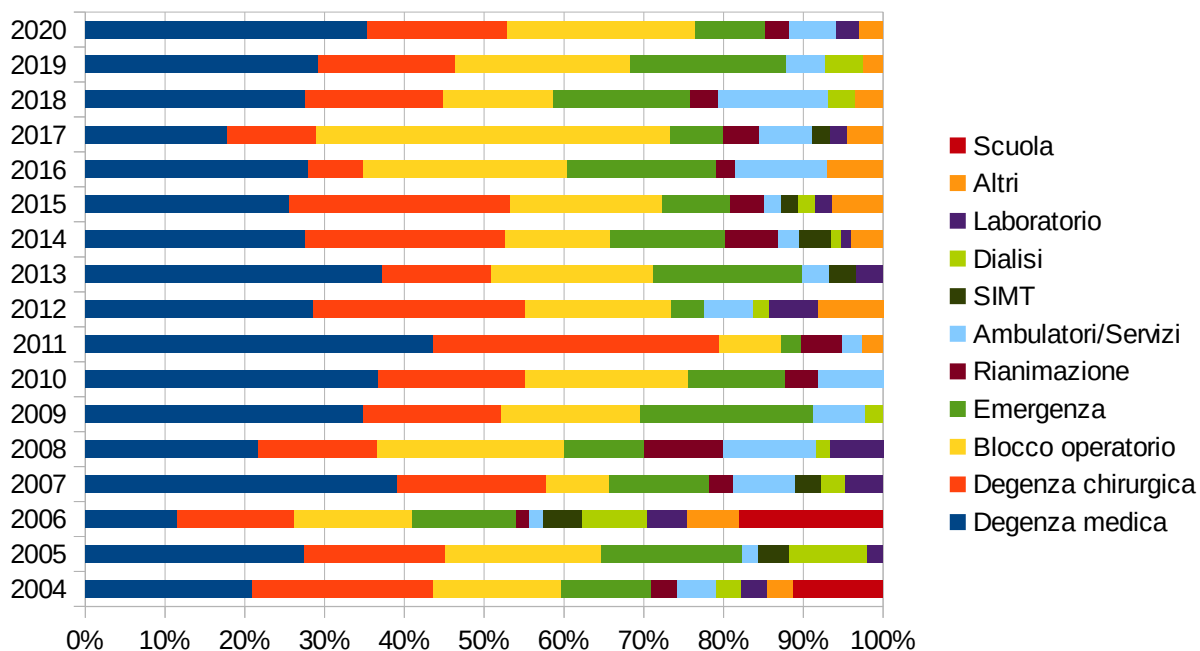
Dal grafico si evince un progressivo decremento del n. di infortuni a rischio biologico dal 2014.

Incidenza infortuni a rischio biologico (n. esposizioni per 100 operatori/anno).



Il dato sopra evidenziato risulta inferiore rispetto alla media nazionale.

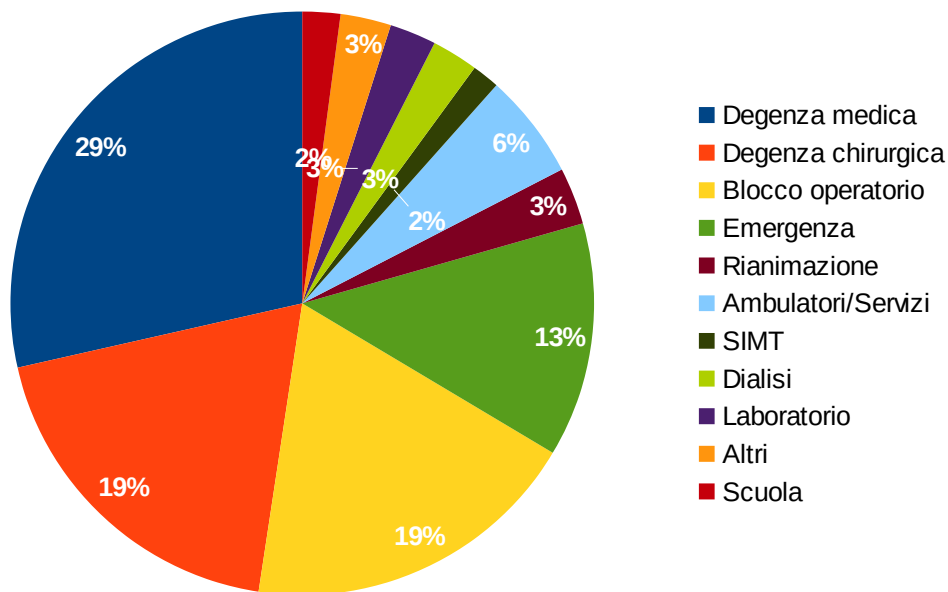
Infortuni a rischio biologico per area sanitaria e anno.



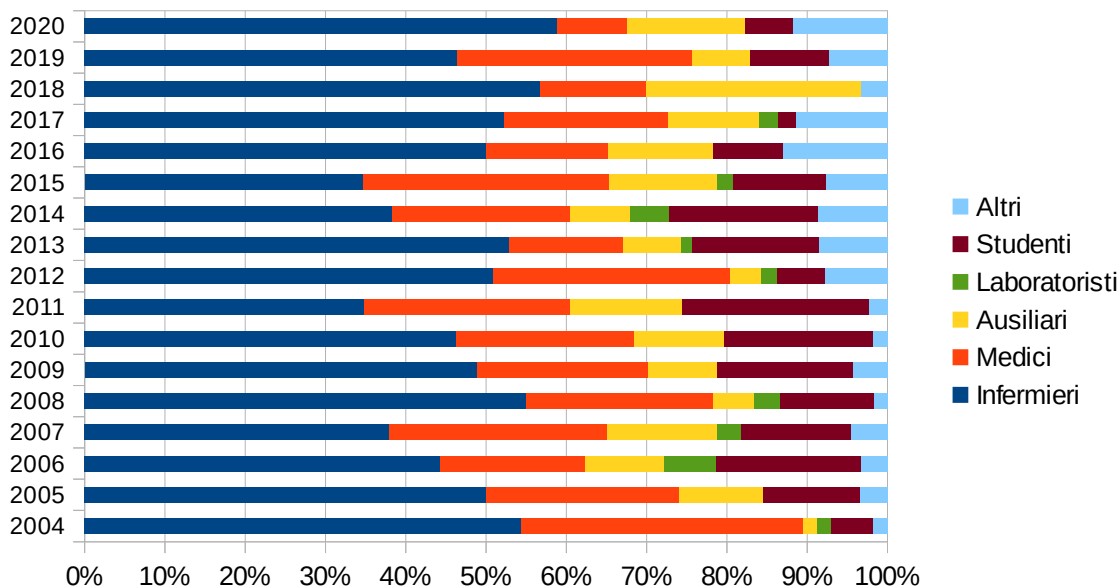
Nel 2020 le aree sanitarie maggiormente interessate sono state:

- degenza medica
- blocco operatorio
- degenza chirurgica
- pronto soccorso.

Infortuni a rischio biologico per area sanitaria.

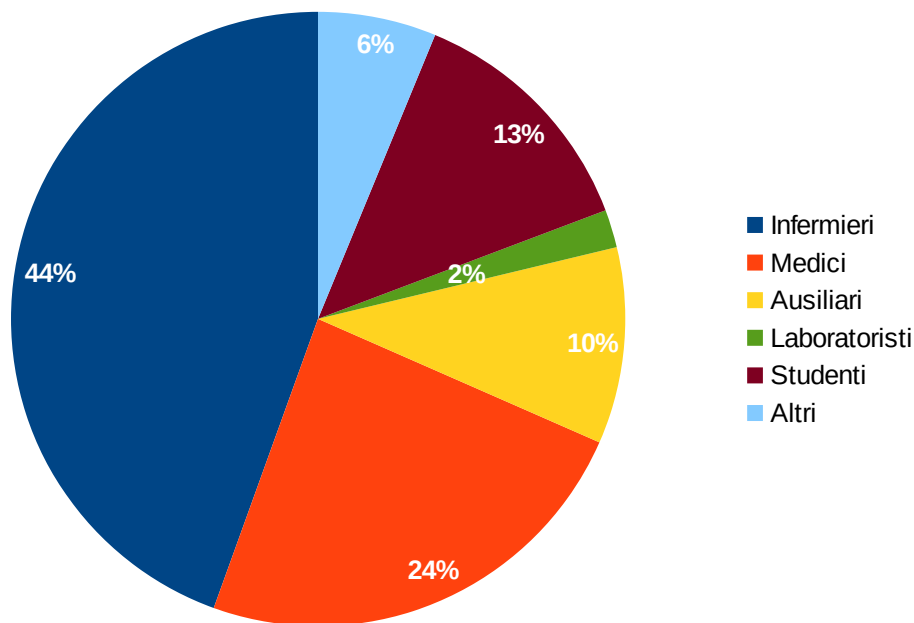


Infortuni a rischio biologico per qualifica professionale e anno.

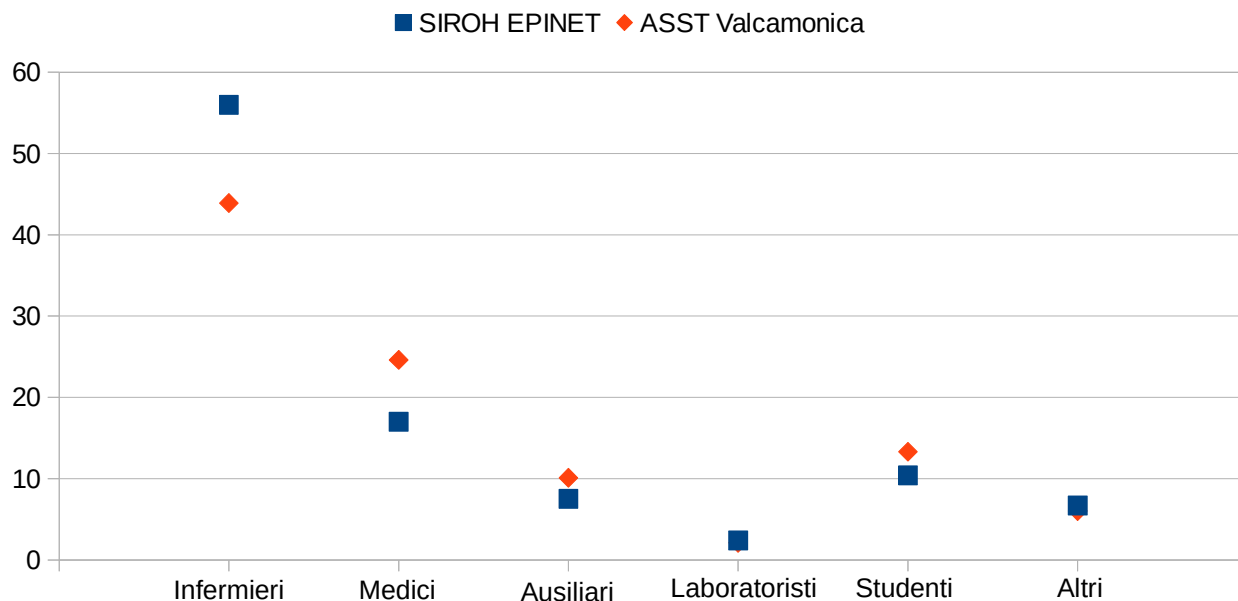


Nel 2020 sono incrementati gli infortuni negli infermieri ed ausiliari, si sono ridotti quelli a carico dei medici.

Infortuni a rischio biologico per qualifica professionale.

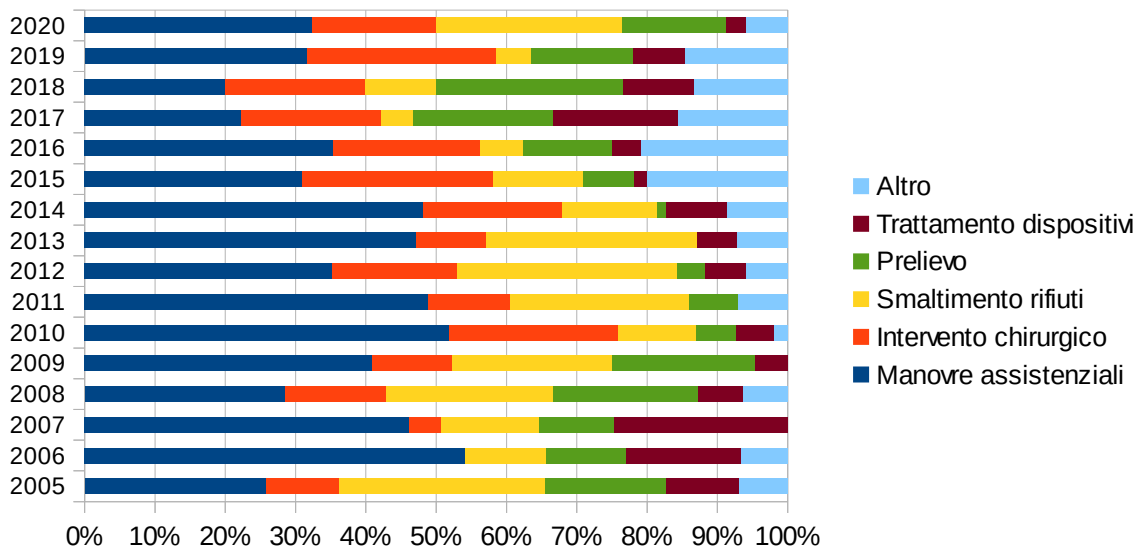


Prevalenza infortuni a rischio biologico per qualifica professionale.



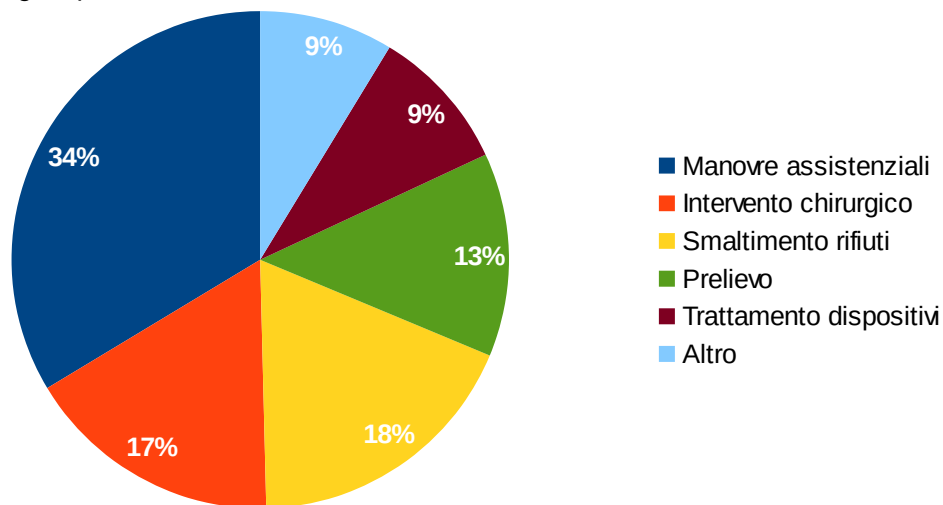
Rispetto alla media nazionale risulta più elevata la percentuale di infortuni nella categoria dei medici.

Infortuni a rischio biologico per modalità e anno.

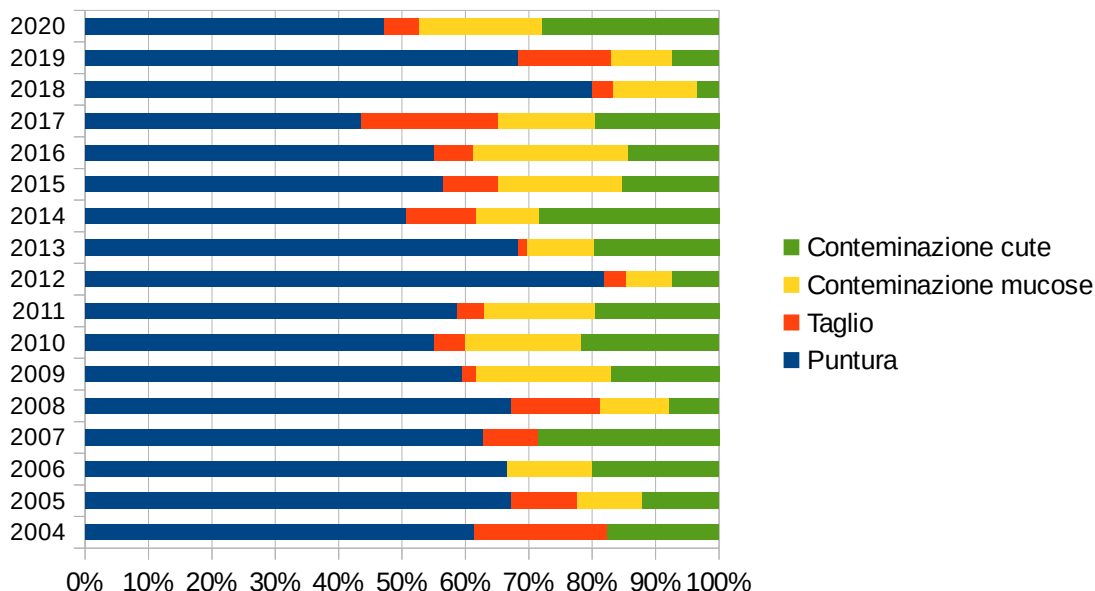


Nel 2020 risultano incrementati gli infortuni legati all'intervento chirurgico e allo smaltimento rifiuti (aghi e taglienti).

Infortuni a rischio biologico per modalità.

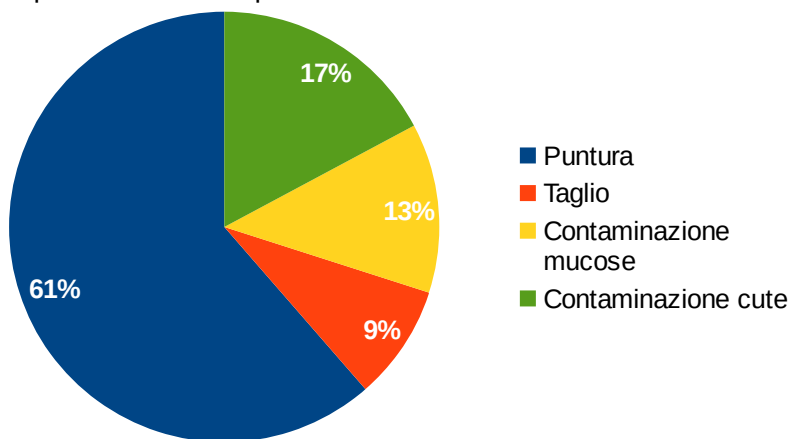


Infortuni a rischio biologico per modalità di esposizione e anno.

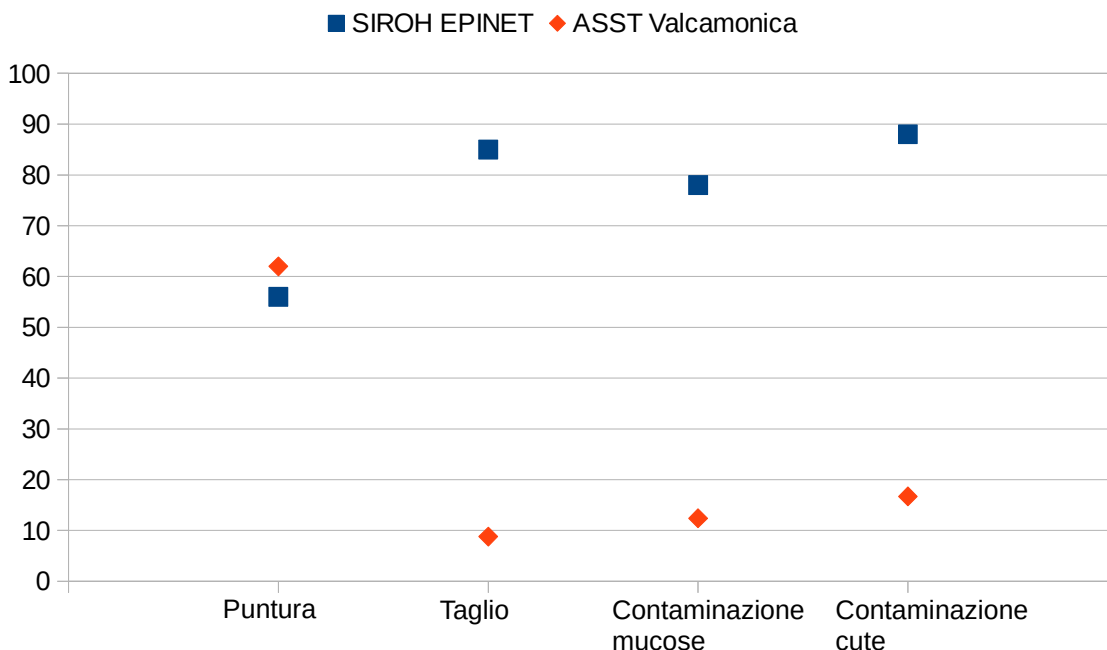


Nel 2020 si evidenzia una riduzione della modalità di puntura e taglio accidentale, un incremento di contaminazione cutanea e/o mucosa accidentale.

Infortuni a rischio biologico per modalità di esposizione.

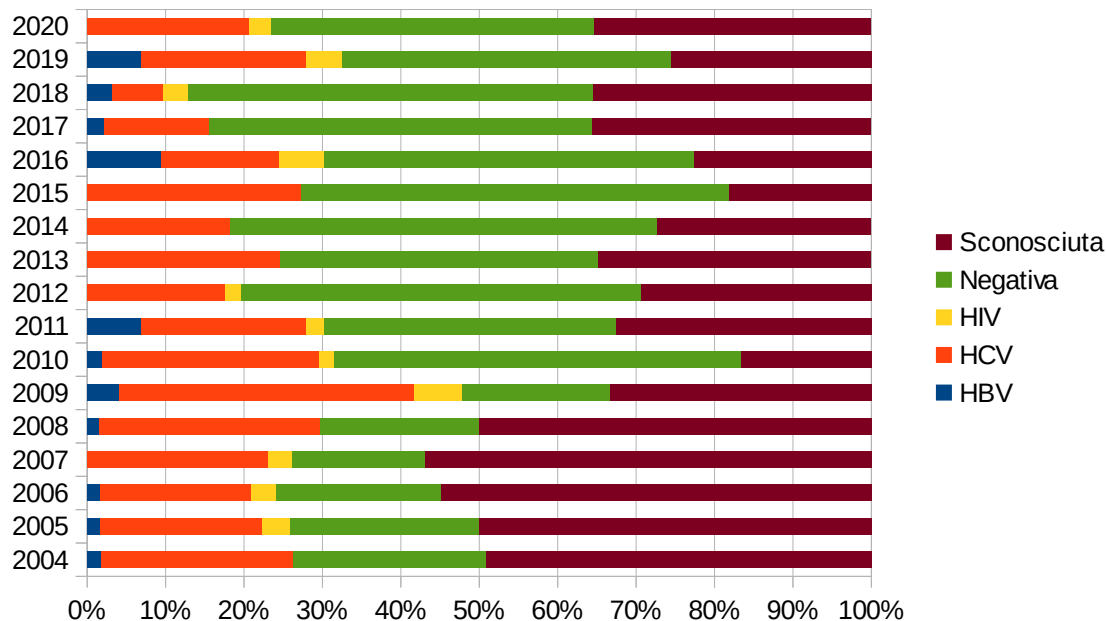


Infortunati a rischio biologico per modalità di esposizione.



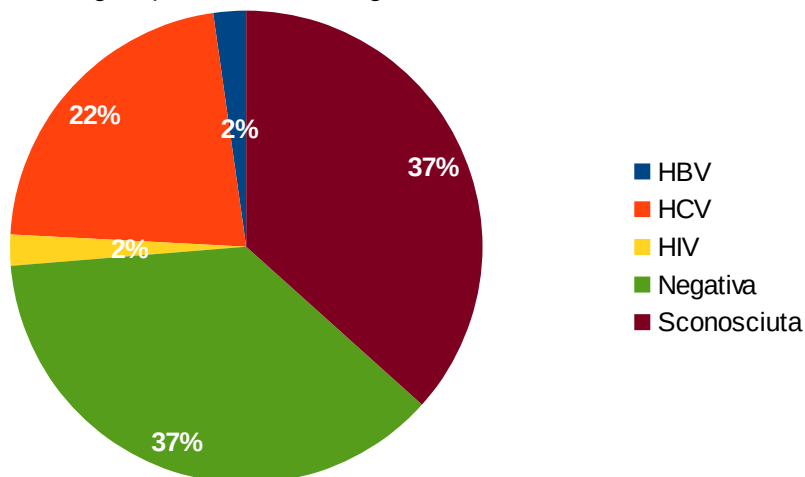
Rispetto alla media nazionale risulta più elevata la percentuale di infortuni per puntura accidentale.

Prevalenza infortuni a rischio biologico per fonte di contagio e anno



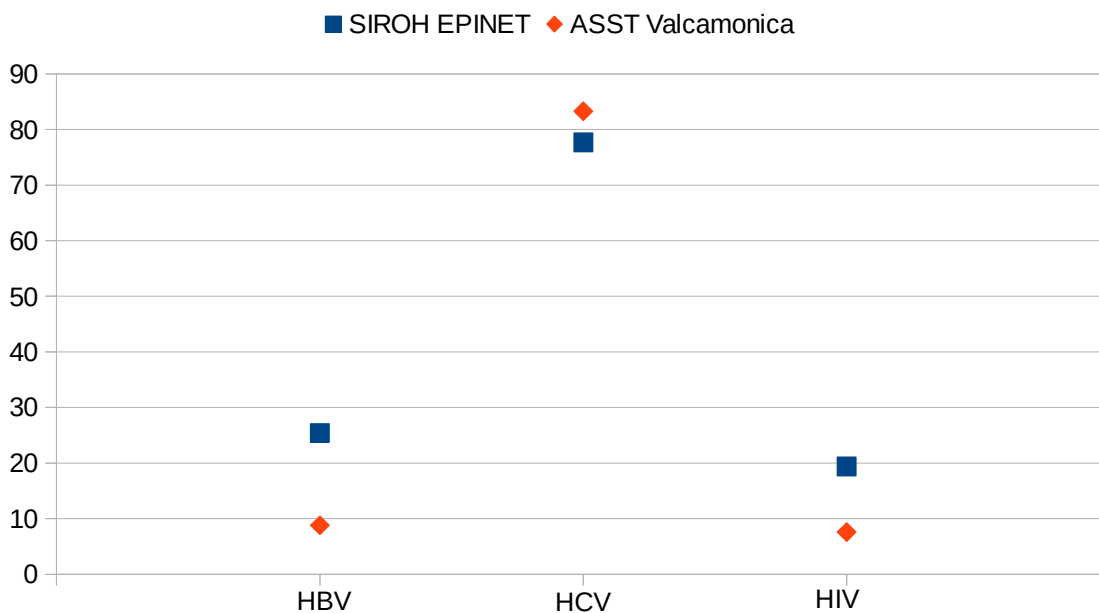
Nel 2020 non si sono verificati infortuni da fonte HBV-positiva, stabili gli infortuni da fonte HCV e HIV-positiva.

Prevalenza infortuni a rischio biologico per fonte di contagio



La fonte di contagio prevalente è negativa o sconosciuta.

Prevalenza infortuni a rischio biologico per fonte di contagio

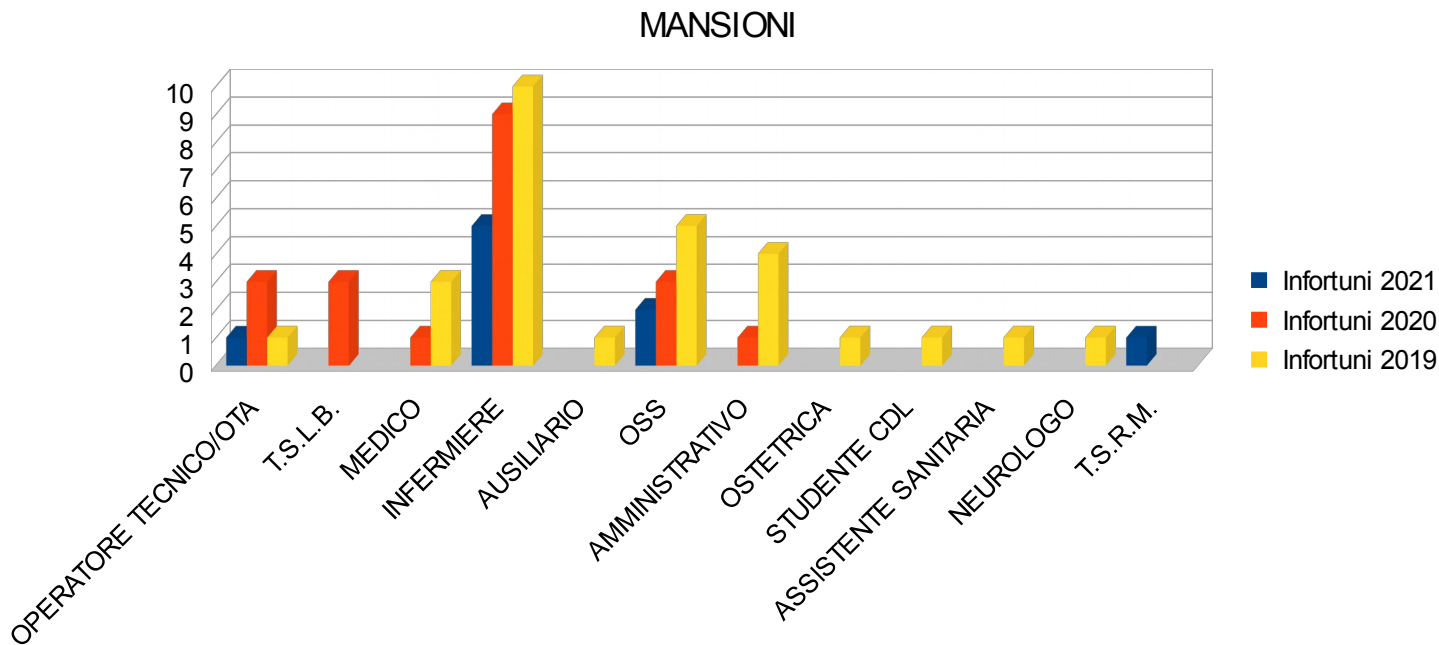


Il dato evidenzia uno scostamento dalla media nazionale per quanto riguarda la fonte di infezione da HCV, dato confermato dalla epidemiologia territoriale.

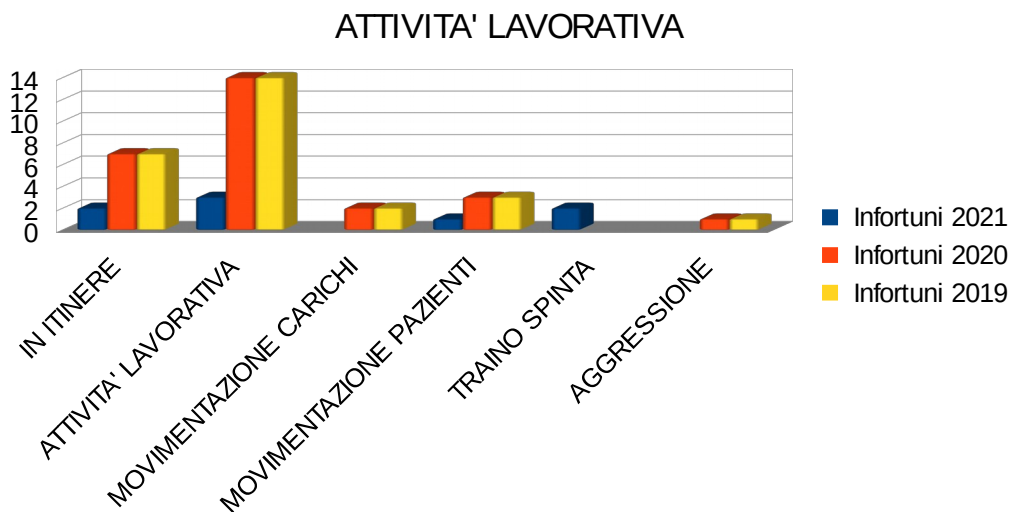
Infortuni traumatici

Nel 2020 sono stati notificati n. 29 casi di infortuni traumatici, questo dato rispetta il trend degli anni precedenti .

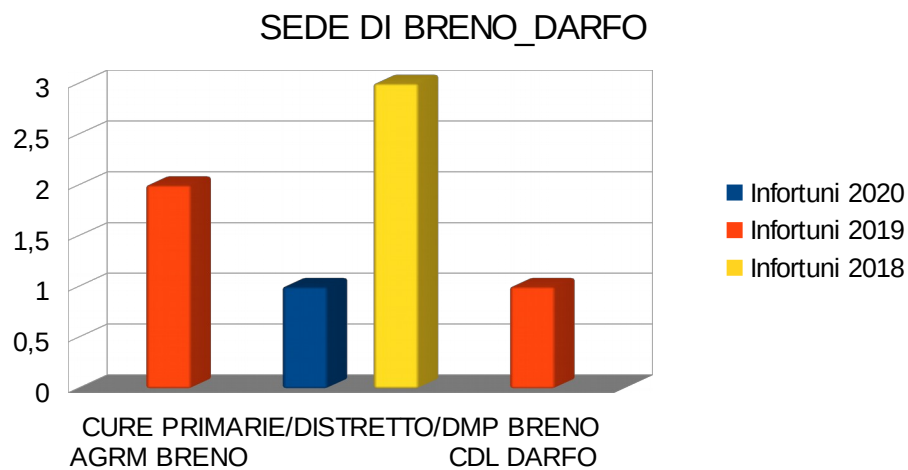
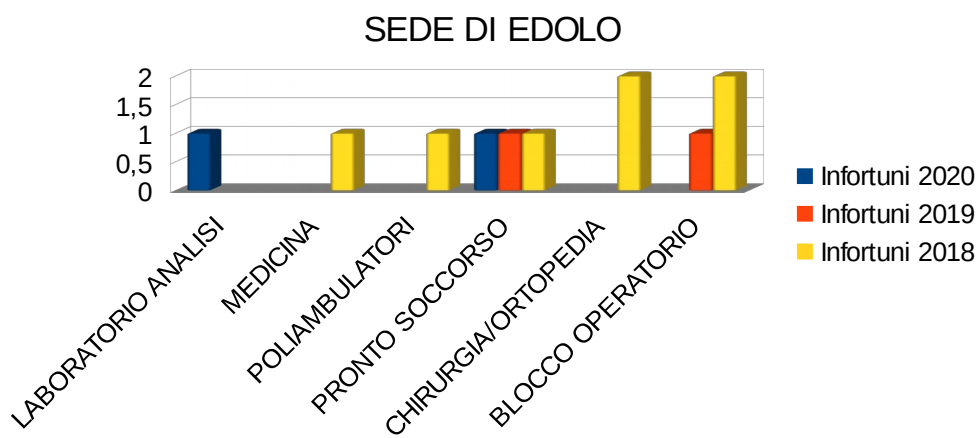
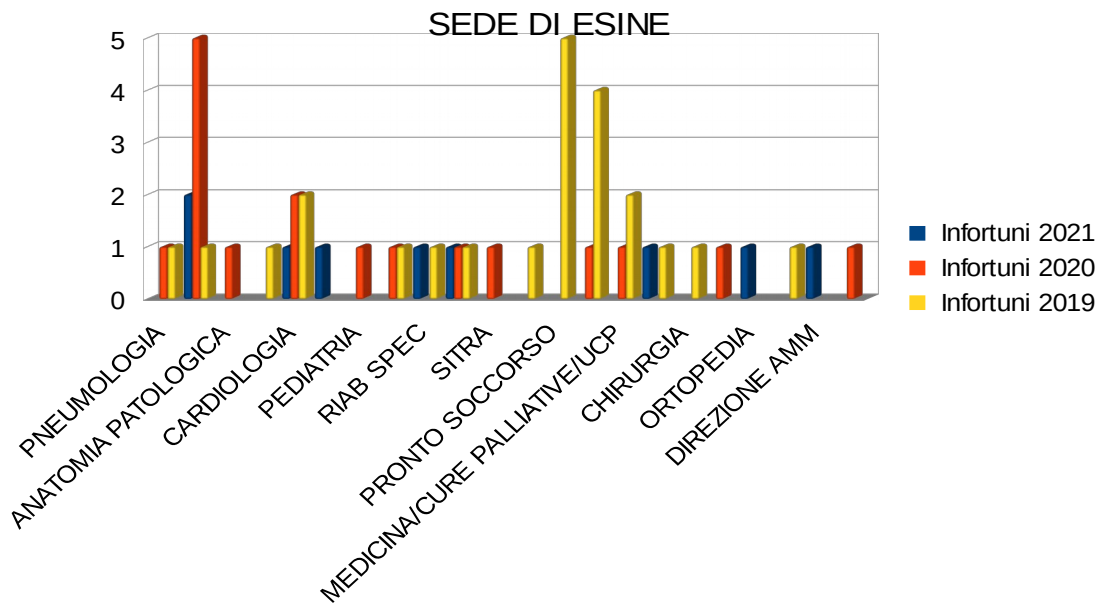
Infortuni traumatici per mansioni.



Infortuni traumatici per attività lavorativa.



Infortuni traumatici per Unità Operative.





Nel 2020 sono state effettuate, come per gli anni precedenti, le attività di collaborazione con l'Area Gestione Risorse Materiali, il Servizio di Ingegneria Clinica e il SITRA per l'acquisto di ausili minori e maggiori, in particolare sono stati acquistati e consegnati:

- . UO Ostetricia/Ginecologia: n.25 letti elettrici
- . UO Sala Parto: n.6 letti elettrici
- . UO Otorinolaringoiatria: n.10 letti elettrici
- . UO Chirurgia: n.15 letti elettrici, n.1 transglide
- . UO Pediatria: n.9 letti elettrici
- . UO Medicina: n.2 letti elettrici
- . UO Cure Palliative Hospice: n.1 transglide
- . UO Cardiologia: n.1 transglide.

Gli infortuni da aggressione, da parte di utenti e/o parenti confermano quanto registrato nel 2019 con n.2 infortuni a Dir. Medico di Pronto Soccorso e Infermiere di Cardiologia.

Eventi sentinella

Nel 2020 non si sono verificati eventi sentinella.

Incident reporting

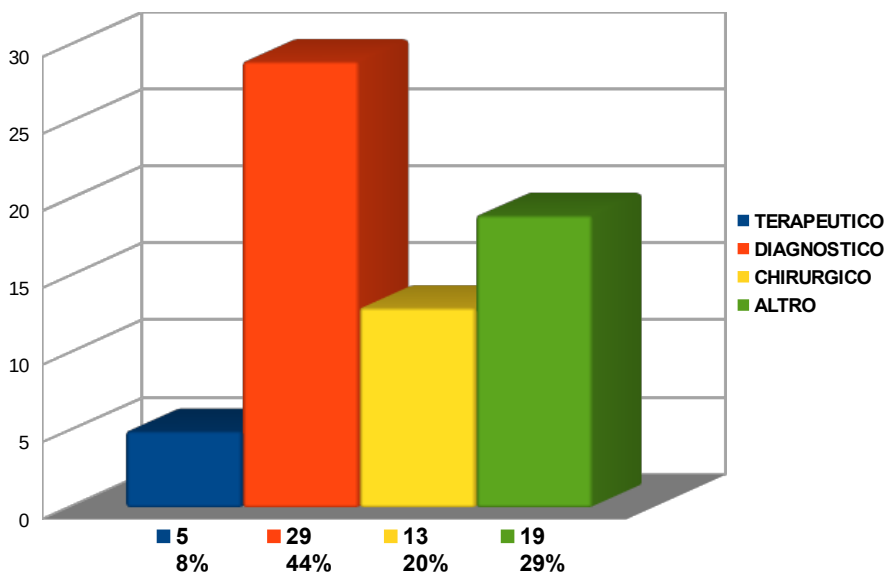
L'esperienza acquisita e la maggiore dimestichezza con gli strumenti di analisi dei processi e dei rischi correlati hanno consentito di raggiungere livelli significativi di dettaglio nella mappatura del rischio, evidenziando un interesse diretto alla ricerca delle cause per il loro superamento.

Infatti nel 2020 sono pervenute 66 segnalazioni che evidenzia un decremento delle stesse rispetto al 2018/2019. Le segnalazione pervenute nel 2020 sono di seguito rappresentate in base al tipo di ambito. Le segnalazioni sono state valutate, trattate e sono state attivate azioni di miglioramento.

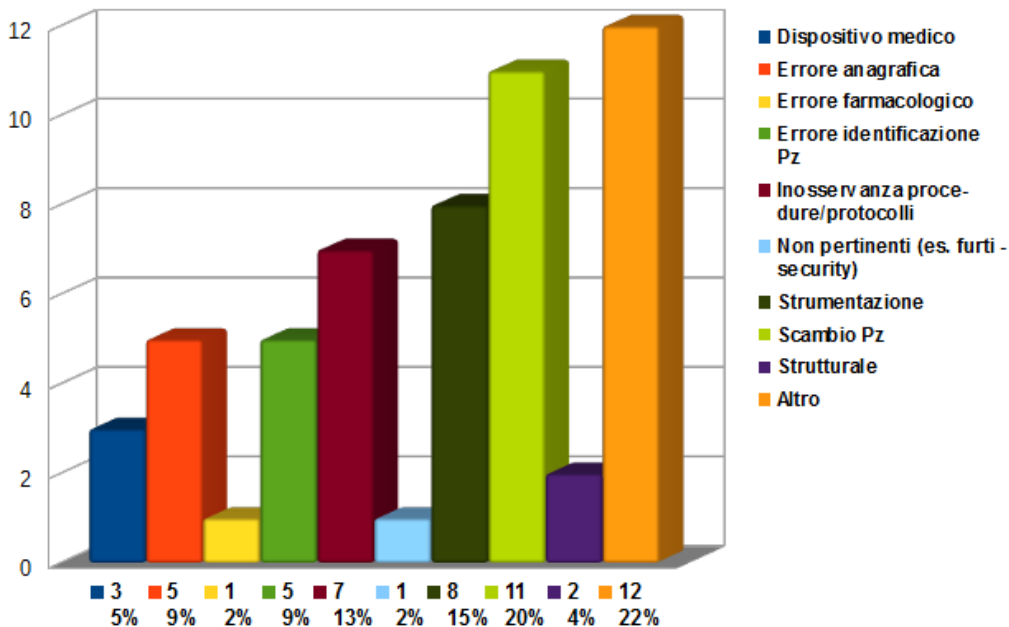
AMBITO

TIPOLOGIA	TERAPEUTICO	DIAGNOSTICO	CHIRURGICO	ALTRO	tot.	%
Dispositivo medico	0	1	1	1	3	4,55%
Errore anagrafica	0	6	0	0	6	9,09%
Errore farmacologico	1	0	0	0	1	1,52%
Errore identificazione Pz	0	4	1	0	5	7,58%
Inosservanza procedure/protocolli	3	4	3	1	11	6,67%
Non pertinenti (es. furti - security)	0	1	0	0	1	1,52%
Strumentazione	1	0	6	4	11	16,67%
Scambio Pz	0	10	0	1	11	16,67%
Strutturale	0	0	0	2	2	3,03%
Altro	1	2	2	10	15	22,73%
Tot.	5	39	7	13	66	

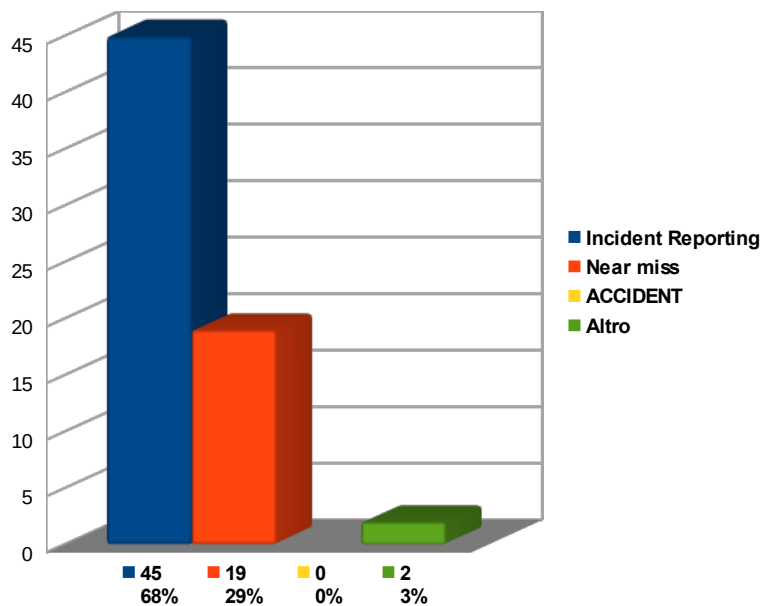
GENERALE PER AMBITO



GENERALE PER TIPOLOGIA



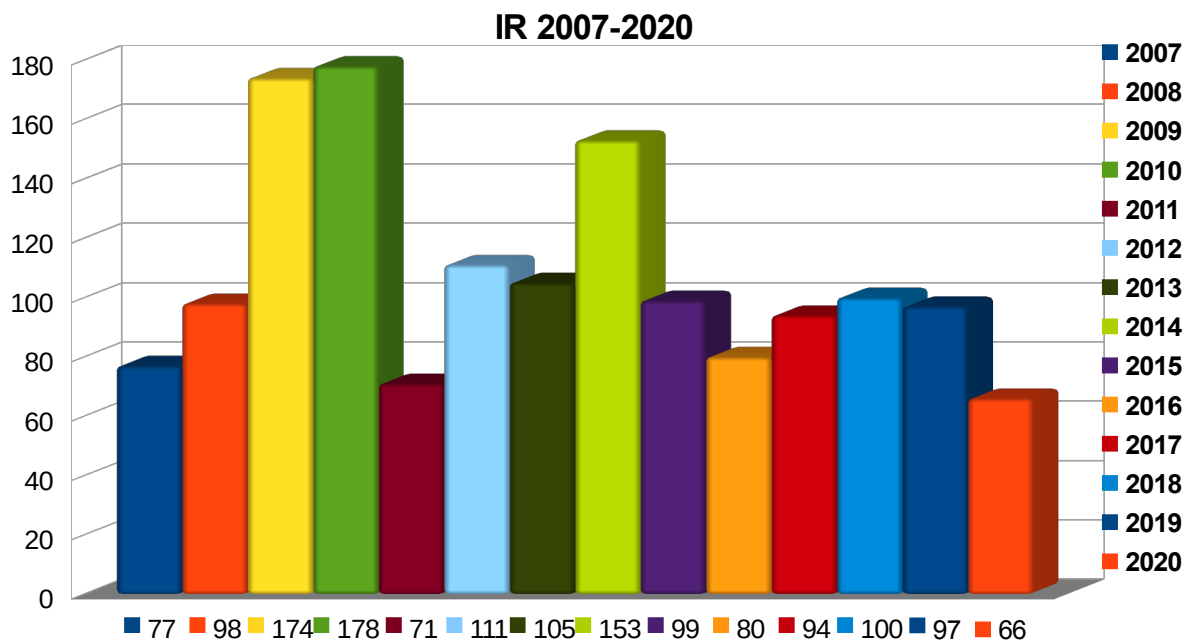
GENERALE PER CATEGORIA



Le aree maggiormente segnalate con le NC interne e con gli IR riguardano le seguenti criticità:

- inadeguata/Incompleta applicazione P/PT/Iop aziendali/UO
- errata identificazione assistito/utente
- errori di anagrafica
- scambio paziente.

Di seguito il trend degli IR:



Monitoraggio dei sinistri su polizza RCT/O e delle cadute e degli infortuni con aggiornamento periodico delle relative mappature

- Gestione sinistri su Polizza aziendale R.C.T. accesa con XL INSURANCE COMPANY:

I sinistri denunciati nell'anno 2013 sono stati 20, tutti gestiti su Polizza RCT XL INSURANCE COMPANY, di cui 8 definiti e chiusi in transazione, 8 restano aperti, 4 sono stati respinti.

Nel 2014 i sinistri denunciati sono stati n.18 - di cui 17 risultano in S.I.R. (Self Retention Insurance) a totale gestione dell'ASL (ora ASST), mentre 1 sinistro è stato denunciato in polizza XL Insurance Company ed è gestito dall'Ufficio Sinistri della Compagnia.

Per l'anno 2015 i sinistri in RCT sono stati 16, di cui 2 sinistri sono stati definiti.

Per l'anno 2016 i sinistri denunciati in polizza R.C.T. sono stati 13. N.5 sinistri risultano in contenzioso, n.4 sono stati definiti in S.I.R. e restano aperti n.9 sinistri.

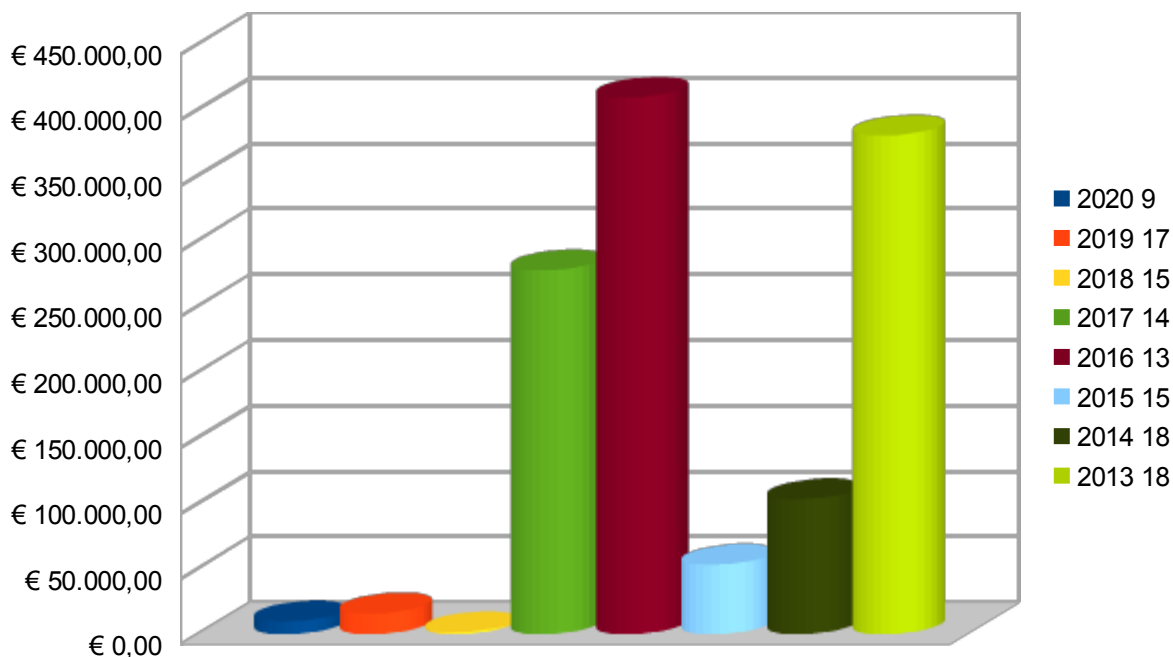
Per l'anno 2017 i sinistri denunciati in Polizza R.C.T. sono stati n.14. Attualmente risultano 6 sinistri aperti, n.6 chiusi e definiti, n.2 respinti.

Per l'anno 2018 i sinistri denunciati in Polizza R.C.T. sono stati 15. Sostanzialmente in linea con gli anni precedenti. Di questi risultano essere stati chiusi n.2 sinistri, n.1 è stato respinto.

Per l'anno 2019 i sinistri denunciati in Polizza R.C.T. sono stati n.17. Di questi risultano essere stati chiusi e liquidati n.5 e respinti n.2.

Per l'anno 2020 i sinistri denunciati in Polizza R.C.T. sono stati n.9. Di questi uno risulta essere stato chiuso e liquidato.

Grafico n. 1: Andamento Sinistri (periodo 2013 – 2020)



Sinistri occorsi nel 2020 divisi per Reparto/U.O./Servizio:

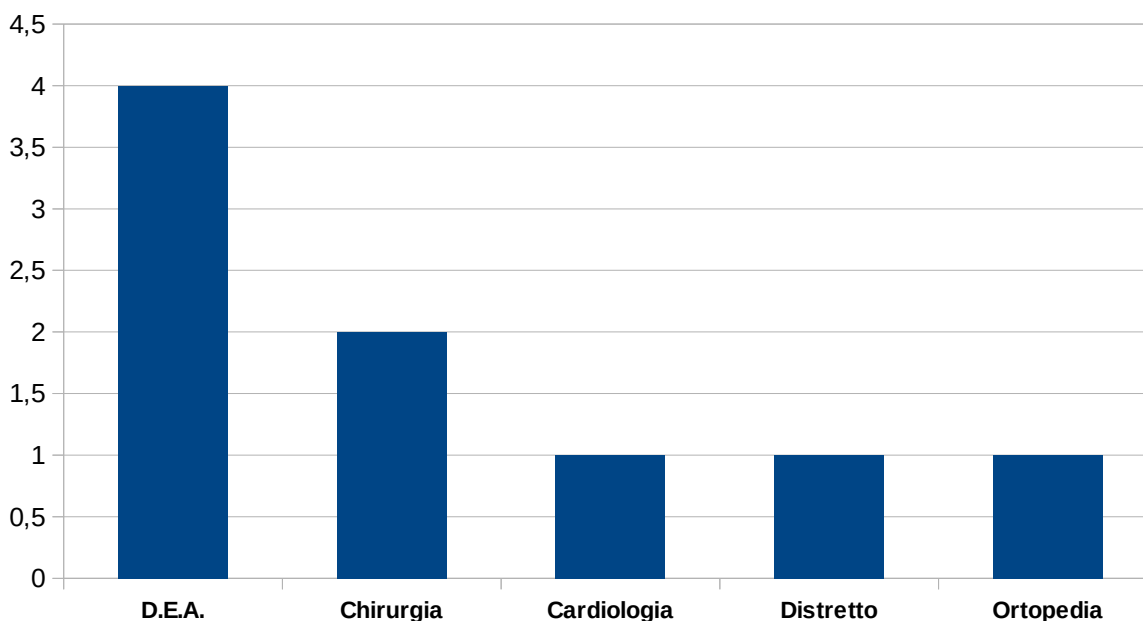
D.E.A. n.4

Chirurgia n.2

Ortopedia n.1

Distretto San. n.1

Cardiologia n.1



Si precisa che a decorrere dal 1.1.2020 la polizza RCT/O è stata aggiudicata alla compagnia AMTRUST a seguito di gara regionale indetta da ARIA.

Anche per l'anno 2020 il compito precipuo del CVS è stato quello di garantire un'analisi quanto più completa dei casi per i quali sono giunte richieste di risarcimento, cercando di minimizzare l'impatto economico attraverso le seguenti attività:

- organizzare la raccolta delle informazioni indispensabili alla gestione dei sinistri, garantendo il rispetto degli obiettivi di mappatura riportati nella Circolare Regionale 46/SAN del 27.12.2004 e successive modifiche ed integrazioni

- valutare, in presenza di richiesta di risarcimento danni, le dinamiche e le possibili cause che se non correttamente gestite, potrebbero sfociare in un contenzioso giudiziario

- valutare direttamente le tipologie e le entità dei danni (in termini di responsabilità e impatto economico) arrecati a terzi, coinvolgendo le professionalità aziendali necessarie per l'analisi dei sinistri, anche in un'ottica preventiva

- supportare l'Ufficio Avvocatura nella gestione dei rapporti con i danneggiati e/o i loro studi legali per un tentativo di composizione stragiudiziale della vertenza, al fine di addivenire ad un accordo diretto Azienda/danneggiato, dato che la polizza attuale prevede una franchigia aggregata annua di € 650.000 e una S.I.R. (Self Insured Retention) pari a € 250.000

- contribuire alla definizione della politica assicurativa aziendale.

L'analisi delle richieste di risarcimento costituisce altresì una fonte importante per lo studio della rischiosità in ambito strettamente clinico.

Elaborazione del programma di prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari

Gli episodi di violenza contro gli operatori sanitari possono essere considerati eventi sentinella in quanto sono segnali della presenza nell'ambiente di lavoro di situazioni di rischio o di vulnerabilità che richiedono, quindi, l'adozione di opportune misure di prevenzione e protezione dei lavoratori:

- fattori specifici, ovvero caratteristiche individuali del paziente e dell'operatore
- fattori di contesto, ovvero caratteristiche dell'ambiente lavorativo
- fattori strutturali, ovvero caratteristiche dell'organizzazione.

Le principali misure strutturali e tecnologiche predisposte all'interno dell'ASST della Valcamonica sono:

- impianto video a circuito chiuso nelle aree ad elevato rischio, come esplicitato nel "Documento delle scelte ed istruzioni per il trattamento dei dati in materia di videosorveglianza" presente in Azienda;
- sistemi di allarme o altri dispositivi di sicurezza nei luoghi e nelle situazioni identificati come potenzialmente a rischio, nello specifico presso tutti i Servizi del Dipartimento Salute Mentale di Esine (SPDC, Servizio di Psicologia, CPS, SRP1);
- Servizio di Vigilanza Armata con piantonamento fisso presso la sede di Esine e il Servizio Territoriale



Dipendenze (Ser.D) di Darfo.

Il monitoraggio del rischio specifico avviene mediante:

- applicazione del P DS 002 “Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori”, redatto in data 12.8.2020
- sorveglianza sanitaria con compilazione del M SPP 167 “Scheda di rilevazione percezione del rischio aggressione”;
- compilazione da parte degli operatori del M SPP 157 “Segnalazione evento atti di violenza a danno degli operatori sanitari”;
- compilazione da parte degli operatori del Dipartimento Salute Mentale del M DSM 018 “rilevazione di episodi di aggressività in SPDC”.

Nel 2020 sono stati inviati al SPP:

- n.11 segnalazioni di atti di violenza, tramite il M SPP 157, in specifico n. 10 con tipologia di evento quali uso di espressioni verbali aggressive/uso di gesti violenti/minaccia e n.1 con tipologia di evento quali contatto fisico/aggressione fisica;
- pianificazione di eventi formativi rivolti al personale esposto, come da M SPP 167 “elenco del personale esposto rischio aggressione”;
- inserimento tra i componenti del gruppo di lavoro Progetto WHP della figura professionale dello psicologo al fine di migliorare la gestione del rischio aggressione e degli episodi violenti;
- affissione di materiale informativo presso i Servizi/UU.OO. a rischio medio/alto.
- integrazione del Servizio di Vigilanza Armata con attivazione del piantonamento notturno presso la sede di Edolo, come da Decreto n.507 del 11.08.2021 “adesione ai lotti n.3 della convenzione ARCA_2016_048 “Servizio di Vigilanza Armata” per il periodo 1.8.2021-31.7.2023”

Per l'anno 2021 è previsto:

- analisi dell'opportunità di integrare il Servizio di Vigilanza Armata con piantonamento fisso 24h, a disposizione in caso di atti di violenza presso la sede di Esine;
- mantenimento del corso residenziale sulle dinamiche di aggressione agli operatori, prevenzione e tecniche di gestione comunicativa, come da Decreto n.87 del 11.2.2021 “adozione del Piano aziendale per la formazione e l'aggiornamento del personale per l'anno 2021 e contestuale impegno di spesa”

Attività di ascolto e mediazione trasformativa

Per quanto riguarda tale attività vi è stato un solo ascolto nel 2020.

Cadute accidentali

L'analisi delle segnalazioni di caduta dei pazienti, si articola nella valutazione delle cartelle cliniche tramite check list a cura del Gruppo Aziendale Dedicato/Gruppo Coordinamento Rischio Clinico, nell'analisi della numerosità per unità di rischio, nella valutazione della classe di età e sesso del paziente, del momento dell'evento (mattino, pomeriggio, notte) e del luogo e grado di lesione.

Nel 2020 si sono verificate complessivamente n. **200** cadute.

Si segnala che il numero di cadute dei degenti è variato anche in conseguenza alla gestione di pazienti affetti da Covid-19 (n. 36 = 18%).

Il 62,5% delle cadute è avvenuto nelle UU.OO. afferenti al Dipartimento di Medicina e il 20,5% nelle UU.OO. Afferenti al Dipartimento delle Fragilità e delle Cure Palliative.

I pazienti che sono caduti sono stati considerati per il 89% a rischio, con il 71,5% con caduta fisiologicamente prevedibile, quindi la scala di Conley benchè poco sensibile ha intercettato i pazienti che sarebbero andati incontro a caduta prevedibile.

Il 83,5% della popolazione caduta era parzialmente dipendente/dipendente ed autonoma nel 15,5%, ciò può significare che il paziente, che si sente autonomo per alcune attività non avverte il personale assistenziale per mobilizzarsi/spostarsi, infatti è caduto nel 100% dei casi mentre si mobilizzava in autonomia, di cui il 13,5% non utilizza nessun ausilio e nel 84,5% dei casi presentavano instabilità posturale.

Indicatori cadute anno 2020:

Indicatore	Esito	Num.	Den.
n. cadute con esito prognosi grave/n. totale cadute	0,00%	0	200
n. cadute con esito decesso/n. totale cadute	0,00%	0	200
n. pz con caduta che non erano stati sottoposti a valutazione di rischio caduta/n. totale cadute	10,50%	21	200
n. pz con caduta erano stati valutati a rischio caduta/n. totale cadute	88,00%	176	200
n. pz con più di una caduta che erano stati valutati a rischio/n. totale cadute	13,50%	27	200
n. di Pz caduti/Tot. Pz a rischio di caduta	3,61%	200	5534
n. pz a rischio di caduta/tot. Dimessi	60,83%	5534	9097
n. cadute/10000 gg degenza	27,14%	200	73685
n. pz caduti (Covid 19) / n. totale cadute	18,00%	36	200

Trend cadute dei pazienti.

Anno		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020	
N. cadute 1° Quadrimestre	gg degenza	//	//	//	//	57	28018	53	27874	58	27345	56	27719	35	26505	54	26499	61	26360	52	26253
N. cadute 2° Quadrimestre	gg degenza	//	//	//	//	43	26342	61	26769	42	25581	53	26384	43	24228	44	24108	60	25643	87	24767
N. cadute 3° Quadrimestre	gg degenza	//	//	//	//	80	28377	60	25714	52	26748	47	26678	45	24904	57	25027	44	24709	61	22665
Tot. Cadute/Tot. gg degenza		139	81174	163	85905	180	82737	174	80357	152	79674	156	80781	123	75637	155	75634	165	76712	200	73685
Tasso cadute Regione Lombardia		13,9 1	6s 4,5	14,0 8	6s 4,5	16,8 5	6s 4,5	17,3 9	6s 4,5	16,5 3	6s 4,5	19,3 2	6s 4,5	19,2 0	6s 4,4	19,20	6s 4,4	19,84	6s //	N.D.	6s //
Tasso cadute Ospedale ASST della Valcamonica		17,1 2	6s 4,5	18,9 7	6s 4,4	21,7 5	6s 4,4	21,6	6s 4,4	19,0 8	6s 4,4	19,3 1	6s 4,4	16,2 4	6s 4,5	20,49	6s 4,3	21,5	6s 4,4	27,1 4	6s 4,3



Nel 2020 il tasso delle cadute si dimostra in aumento rispetto al 2019. Cadute nei pazienti Covid+ sono state n. 36 pari al 18%. Il valore 6s si posiziona a 4.3.

Dall'analisi del trend si evince che il tasso di cadute segnalato è in aumento e risulta superiore al tasso regionale.

4 PIANO INTEGRATO DI MIGLIORAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE

Nel 2020 sono stati monitorati gli indicatori individuati da Regione Lombardia.

L'UQ ha predisposto le schede indicatori (M GEN 007 per ogni area proposta dal gruppo di lavoro RL) relativamente alle seguenti aree:

– organizzazione, sicurezza, risorse umane, struttura, tecnologie, economico – finanziario, sistemi informativi. I valori degli indicatori sono inseriti nel Portale di Governo Regionale nella sezione PIMO.

Alcuni dati provenienti dal monitoraggio di questi indicatori sono stati utilizzati nella redazione del Piano performance.

Nel 2020 in base alle indicazioni contenute nella Delibera Giunta regionale 23 dicembre 2700 - n. XI/2700 Determinazioni relative al programma integrato di miglioramento dell'organizzazione: triennio 2020 – 2022 sono iniziate le integrazioni necessarie che proseguiranno nel 2021.

4.1 RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI

L'Azienda ha proceduto a garantire l'applicazione e l'osservanza delle prime 19 raccomandazioni ministeriali.

N. raccomandazione	Argomento
1	Raccomandazioni sul corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio -KCl- ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio
2	Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumento o altro materiale all'interno del sito chirurgico
3	Identificazione del sito chirurgico
4	Prevenzione del suicidio in ospedale
5	Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO
6	Raccomandazione per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto
7	Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
8	Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari
9	Raccomandazione per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/ apparecchi elettromedicali
10	Raccomandazione per la prevenzione della mascella/mandibola da bifosfonati
11	Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
12	Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"
13	Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie
14	Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici
15	Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso
16	Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500gr non correlata a malattia congenita
17	Raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica (*)
18	Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti l'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli (*)
19	Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide

(*) Per quanto riguarda la raccomandazione n.17, n. 18 e n. 19 l'Azienda ha deciso per l'anno 2021 di promuovere incontri informativi rivolti a tutti i dirigenti medici al fine di predisporre il conseguente percorso operativo volto alla corretta applicazione della raccomandazioni stesse.



Nel 2019 il Risk Manager ha proposto alla Direzione Generale di attivare un progetto biennale "Implementazione delle Raccomandazioni ministeriali presso l'ASST della Valcamonica" al fine di ottenere l'omogeneizzazione dei modelli comportamentali volti alla riduzione dei rischi connessi all'erogazione di prestazioni sanitarie attraverso l'implementazione dei contenuti delle 19 Raccomandazioni Ministeriali. Le attività necessarie possono essere riassunte in:

- revisione/allineamento delle procedure in uso ai contenuti delle Raccomandazioni ministeriali
- stesura di procedura per le Raccomandazioni non implementate
- predisposizione di check list dedicate per il monitoraggio dell'implementazione delle Raccomandazioni ministeriali
- attuazione di audit interni/sopralluoghi per il monitoraggio del livello di implementazione delle Raccomandazioni ministeriali ai processi aziendali
- incontri informativi/formativi sulle procedure revisionate/integrate/allineate.

L'attività svolta nel 2019 è descritta nella seguente tabella.

Obiettivo	Indicatori	Attività svolta
Individuazione degli operatori per la realizzazione del progetto.	-	Partecipanti: Daniele Venia (Risk Manager), Bruna Bertoli (Infermiere Coordinatore, Auditor), Luisa Gabossi (Assistente amministrativo, Auditor), Eugenia Manella (Infermiere Coordinatore, Auditor), Bertoni Silvia (Infermiere Coordinatore), Francesca Andreoli (Dirigente medico DMP), Costanza Bertoni (Assistente Sanitario, Auditor), Cinzia Bonomelli (Infermiere, Auditor), Alessandra Filippini (Infermiere, Auditor), Mara Pernici (Infermiere, Auditor), operatore farmacia (da individuare), Ducoli Simona (ostetrica) (salvo la partecipazione ad altri progetti). Con comunicazione del 03.10.2019 prot. 18401/19 la Direzione Amministrativa ha confermato l'accettazione del progetto identificando i seguenti operatori (Daniele Venia, Bruna Bertoli, Luisa Gabossi, E. Grismondi, S. Ducoli, C. Rizzi, A. Boldini).
Revisione/allineamento delle procedure in uso ai contenuti delle Raccomandazioni ministeriali. stesura di procedura per le Raccomandazioni non implementate.	N. di procedure allineate/revisionate ai contenuti delle Raccomandazioni di riferimento	Si rimanda alla tab. 2 nella presente relazione.
Predisposizione di check list dedicate per il monitoraggio dell'implementazione delle Raccomandazioni ministeriali in linea con quanto richiesto dal PIMO.	Check list predisposte.	Raccomandazione n. 12: Sono state predisposte n. 3 check list (1 - Verifica appropriatezza codice colore attribuito durante l'attività di triage - codice bianco, 2- Verifica appropriatezza codice colore attribuito durante l'attività di triage – dolore toracico, 3 - Verifica appropriatezza codice colore attribuito durante l'attività di triage nei casi di sospetta sepsi). Raccomandazione n. 5: è stata predisposta check list dedicata. Effettuati i seguenti sopralluoghi: Sono stati effettuati i seguenti sopralluoghi: verbale n. 203/UQ/19 del 29.07.2019 (RIA) (n. 1 check list) verbale n. 53/GCRC/19 del 05.09.2019 (PS) (n. 1 check list) verbale n. 58/GCRC/19 del 11.09.2019 (CARD) (n. 1 check list) verbale n. 59/GCRC/19 del 12.09.2019 (CH) (n. 1 check list) verbale n. 61/GCRC/19 del 20.09.2019 (PN) (n. 1 check list) verbale n. 81/GCRC/19 del 23.12.2019 (MED _ DH) (n. 2 check list) verbale n. 82/GCRC/19 del 23.12.2019 (Ost – GIN) (n. 1 check list) verbale n. 83/GCRC/19 del 30.12.2019 (MED – DH) (n. 3 check list). Verifica completezza moduli di assegnazione MD14C: Verbale n. 318/UQ/19 del 10.10.2019 (verificati n. 11 MD14C) verbale n. 80/GCRC/19 del 20.12.2019 (verificati n. 19 MD14C).
Attuazione di audit interni/sopralluoghi per il monitoraggio del livello di implementazione delle Raccomandazioni ministeriali ai processi aziendali.	N. di audit interni/sopralluoghi effettuati per il monitoraggio dell'implementazione delle Raccomandazioni ministeriali	Effettuazione di audit/sopralluoghi: Raccomandazione n. 12: verbale n.56/GCRC/19 del 10.09.2019 (3 n. check list; verificati n. 28 verbali di PS);
Incontri informativi/formativi sulle procedure revisionate/integrate/allineate.	N. incontri informativi/formativi	Raccomandazione n. 15: Condivisione P DMI 002 Gestione del neonato fisiologico e patologico rev.00 e relativi allegati (sostituisce il PT PED 001): verbale n. 79/GCRC/19 del 16.12.2019. Raccomandazione n. 12: Condivisione P PS 006 Triage infermieristico: verbale n. 27/PS/2019 del 24.12.2019, verbale n. 16/PSE/2019 del 03.10.2019.



Stato di avanzamento allineamento delle Procedure aziendali con le Raccomandazioni ministeriali.

N.	Raccomandazione	Documento	Anno revisione	UO
1	Raccomandazioni sul corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio - KCl - ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio	P DS 003 Gestione farmaco	P DS 003 Gestione del farmaco in bozza: in attesa di approvazione.	Ds, DMP, Risk management, FAR, BO/BOE, SITRA
		P BO 002 "Gestione delle procedure per l'esecuzione dell'anestesia e del paziente sottoposto ad anestesia"	2018	
2	Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumento o altro materiale all'interno del sito chirurgico	P BO 003 "Gestione della sicurezza del paziente nel blocco operatorio"	2018	BO/BOE, DMP
3	Identificazione del sito chirurgico	P BO 003 "Gestione della sicurezza del paziente nel blocco operatorio"	2018	BO/BOE, DMP
4	Prevenzione del suicidio in ospedale	PT DMP 005 Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	del 8.3.2013 rev.00	DMP, Psichiatria
5	Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	PT SIMT 001 Protocollo trasfusionale	2016	SIMT/UU.OO.
6	Raccomandazione per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto	PT OST 011 Gestione dell'ipertensione in gravidanza	del 28.12.2016 rev.00	OST-GIN-SP/DMP/BO
		S OST 032 Gestione del taglio cesareo secondo codice colore	Rev.02 del 12.09.2019	
		S OST 063 GESTIONE DEL TRASPORTO IN UTERO	rev.00 del 12.10.2019	
		P BO 002 Gestione delle procedure per l'esecuzione dell'anestesia e del paziente sottoposto ad anestesia/S BO 014 Gestione vie aeree	2018 (valutare integrazione con donna gravida)	
		PT OST 034 Gestione emergenze ostetriche PT OST 012 Gestione del travaglio e parto a basso rischio ostetrico	2018 2016	
7	Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	P DS 003 Gestione farmaco	P DS 003 Gestione del farmaco in bozza: in attesa di approvazione.	DMP, FAR, RM
		PT DMP 029 Gestione identificazione paziente	Del 13.09.2017 rev.01	
8	Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	PT DS 004 "Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari"	Del 01.12.2017 rev.00	DMP, SPP
9	Raccomandazione per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/ apparecchi elettromedicali	S BO 002 "GESTIONE DEGLI APPARECCHI DI ELETTROCHIRURGIA"	Del 01.12.2017 rev.00	SIC, DMP
		P SIC 001 Gestione delle attività del SIC	Del 01.09.2016	
10	Raccomandazione per la prevenzione della mascella/mandibola da bifosfonati	PDT DS 001 PDT per la prescrizione e l'utilizzo di farmaci biosimilari	Predisposta bozza	Riabilitazione
11	Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	PT DMP 019 Gestione del trasporto sanitario secondario	Del 14.05.2012 rev.00	DMP
12	Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"	P DS 004 GESTIONE FARMACO	P DS 003 Gestione del farmaco in bozza: in attesa di approvazione.	DMP, management, Risk FAR, SITRA
13	Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	PT DMP 011 "PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DEL PAZIENTE"	del 13.09.2017 rev.02	DMP, management, Risk SITRA
14	Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici	PT DMP 006 GESTIONE DEI FARMACI CHEMIOTERAPICI	del 13.09.2017 rev.01	DMP, management, Risk FAR, SITRA
15	Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale	P PS 006 GESTIONE DEL TRIAGE INFERMIERISTICO	rev.02 del 29.08.2019.	PS/PSE



N.	Raccomandazione	Documento	Anno revisione	UO
	operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso			
16	Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500gr non correlata a malattia congenita	PT PED 005 RIANIMAZIONE NEONATALE P DMI 002 Gestione del neonato fisiologico e patologico	2017 Rev.00 del 12.12.2019	PED
17	Raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica	Integrato nella P DS 003 Gestione del farmaco		
18	Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti l'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli	Integrato nella P DS 003, P GEN 001 (integrata nei riferimenti)	P DS 003 Gestione del farmaco in bozza: in attesa di approvazione.	DS, DMP, Risk Management, Farmacia, SITRA
19	Raccomandazione per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide	Integrato nella P DS 003 Gestione del farmaco		

I documenti allineati nel 2019 sono di seguito descritti.

Raccomandazione ministeriale n. 1, 7, 10, 12, 17, 18, 19

P DS 003 Gestione del farmaco

M DS 004 "Segnalazione farmaci off label"

M DS 005 "Informativa per l'utilizzo di farmaci al di fuori delle condizioni di autorizzazione all'immissione in commercio"

M DS 006 "Ricognizione/Riconciliazione della terapia farmacologica"

M DS 035 "Richiesta urgente soluzioni elettrolitiche concentrate"

S DS 010 "Gestione dei prodotti farmaceutici scaduti"

S DS 011 "Gestione della somministrazione di terapia marziale"

S DS 012 "Indicazioni per la gestione del FUT cartaceo"

S DS 027 "Recupero e reimpiego farmaci, alimenti e dispositivi medici inutilizzati"

S DS 040G "Informativa per la somministrazione di ferro"

S DS 040H "Informativa Informativa per il trattamento con acido valproico nelle donne in età fertile"

In Bozza il protocollo Bifosfonati.

Raccomandazione n. 5

Redazione di check lis dedicata (M GEN 013).

Effettuato monitoraggio tramite sopralluoghi/verifiche sul campo presso le UU.OO. che trasfondono il paziente per verificare l'applicazione delle indicazioni della Raccomandazioni Ministeriale n. 5 e del PT SIMT 001 "Protocollo trasfusionale" per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO".

Raccomandazione n. 6

Le ostetriche hanno effettuato la revisione/integrazione della seguente documentazione:

S OST 032 Gestione del taglio cesareo secondo codice colore rev.02 del 12.09.2019.

S OST 007G Indicazioni terapeutiche e assistenziali taglio cesareo programmato rev.00 del 31.01.2019

S OST 063 Gestione del trasporto in utero rev.00 del 12.10.2019

S DMI 005 Gestione del percorso nascita fisiologico - gestione ostetrica rev.00 del 28.05.2019

S OST 009 Alimentazione in travaglio di parto rev.01 del 15.01.2019.

Sono stati confermati i contenuti dei seguenti documenti.

PT OST 012 Gestione del travaglio e parto a basso rischio ostetrico

M OST 027 Check-list identificazione del rischio ostetrico Valutazione al ricovero/travaglio/parto

PT OST 034 "Gestione delle emergenze/urgenze ostetriche".

Raccomandazione n. 15

Redazione di check lis dedicata (M GEN 013).

P PS 006 Gestione del triage infermieristico rev.02 del 29.08.2019.

La Documentazione di sistema revisionata è stata pubblicata l'11.09.2019.

Raccomandazione n. 16

P DMI 002 Gestione del neonato fisiologico e patologico rev.00 del 12.12.2019 (sostituisce il PT PED 001)

M PED 005 Turni notte UO di Pediatria rev.01

M PED 007 Registro buoni mensa consegnati gratuitamente rev.00

M PED 028 Consigli terapeutici domiciliari per la gestione del soggetto asmatico rev.00

M PED 028A Consigli terapeutici domiciliari per l'accesso a scuola del soggetto asmatico rev.00



M PED 041 Neonato piccolo per età gestazionale (SGA) con segni di malnutrizione rev.01

M PED 053 Questionari di gradimento degenza ordinaria day hospital rev.07

M PED 054 Questionario di gradimento nido rev.07

M PED 068 Parametri per il monitoraggio durante il rooming-in rev.00

S PED 030 Intubazione endotracheale rev.04

S PED 047 Gestione toxoplasmosi congenita rev.04

S PED 057 Indicazioni esecuzione dello screening neonatale rev.02

S PED 069 Prelievo da cordone ombelicale istruzioni operative rev.03

S PED 079 Exanguinotrasfusione ext rev.00

S PED 080 Incannulamento vena ombelicale rev.00

S PED 081 Assistenza al neonato con crisi convulsiva rev.00

S PED 082 Gestione vaccinazione antiepatite B alla nascita rev.00.

I contenuti del "PT PED 005 Rianimazione neonatale" sono confermati.

La Documentazione di sistema revisionata è stata pubblicata il 19.12.2019.

Nel 2020 tale attività non è potuta proseguire per la situazione di emergenza sanitaria che ha coinvolto nel complesso tutta l'ASST. Nel 2021 si proseguirà nell'intento di ottenere l'omogeneizzazione dei modelli comportamentali volti alla riduzione dei rischi connessi all'erogazione di prestazioni sanitarie attraverso l'implementazione dei contenuti delle 19 Raccomandazioni Ministeriali.

4.2 AUTOVALUTAZIONE DEGLI STANDARD REGIONALI

Nel 2020 sono state apportate in parte le modifiche/integrazioni come da Delibera Giunta regionale 23 dicembre 2700 - n. XI/2700 Determinazioni relative al programma integrato di miglioramento dell'organizzazione: triennio 2020 – 2022. Le modifiche sono state implementate in parte nel Software Talete di recente acquisizione (verbale n. 30/UQ/ 20 del 10.02.2020, verbale n. 163/UQ/20 del 02.11.2020, verbale n. 185/UQ/20 del 30.12.2020).

Alcuni item sono stati monitorati durante le attività di audit interni. Di seguito le risultanze.

Sono state verificate CC cliniche chiuse area medica, chirurgica e riabilitative e verbali di PS/PSE.

AREA 1 ENGAGEMENT - EMPOWERMENT E DIRITTI – EED: EED1–DIRITTI

Verificati complessivamente n. 241 M AGR 003 "TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E PARTICOLARI - Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati Regolamento (UE) 2016/679" nelle CC cliniche chiuse di varie UU.OO: esito 89,92% il documento è completo e correttamente compilato.

AREA 2 INFORMAZIONE E ASCOLTO – COMUNICAZIONE E RELAZIONE – IACR: IACR1–INFORMAZIONE E CONSENSO INFORMATO

Verificati complessivamente:

– n. 42 CC di riabilitazione (RIABSP): esito 100% documento completo e correttamente compilato.

– n. 118 CC di Area Medica (PN, MEDE, MED): esito da 99,25% documento completo e correttamente compilato.

– n. 78 CC di Area Chirurgica (CH, CHE, ORL, ORT, ORTE, OST_GIN): esito 100% documento completo e correttamente compilato.

AREA 3 ASSISTENZA E CURA – AC: AC1–PROCESSI DI TRASFERIMENTO

Verificati n. 29 verbali di PS/PSE: esito 100% documento completo e correttamente compilato.

AREA 3 ASSISTENZA E CURA – AC: AC4–SERVIZI DI ANESTESIA

Verificate n. 78 CC di Area Chirurgica (CH, CHE, ORL, ORT, ORTE, OST_GIN): esito dal 99,25 al 100% (a seconda dell'item specifico).

AREA 3 ASSISTENZA E CURA – AC: AC5–SERVIZI DI CHIRURGIA

Verificate n. 78 CC di Area Chirurgica (CH, CHE, ORL, ORT, ORTE, OST_GIN): esito dal 99,25 al 100% (a seconda dell'item specifico).

AREA 3 ASSISTENZA E CURA – AC: AC6-VALUTAZIONE DEI BISOGNI ASSISTENZIALI E PIANI DI CURA

Verificati:

– n. 42 CC di riabilitazione (RIABSP): esito da 85,71 al 100% (a seconda dell'item specifico).

– n. 118 CC di Area Medica (PN, MEDE, MED): esito dal 90,85% al 100% (a seconda dell'item specifico)

– n. 78 CC di Area Chirurgica (CH, CHE, ORL, ORT, ORTE, OST_GIN): esito 100%.

**AREA 3 ASSISTENZA E CURA – AC: AC7–ACCESSO ALLE CURE DIMISSIONI E FOLLOW-UP**

Verificati:

- n. 20 cartelle riabilitative (ambulatoriali): esito 100% documento completo e correttamente compilato.
- n. 42 CC di riabilitazione (RIABSP, RGGE): esito da 98,81% al 100% (a seconda dell'item specifico).
- n. 118 CC di Area Medica (PN, MEDE, MED): esito 100% (a seconda dell'item specifico).
- n. 78 CC di Area Chirurgica (CH, CHE, ORL, ORT, ORTE, OST-GIN): esito 100% (a seconda dell'item specifico).

AREA 5 PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO: PGRC7–GESTIONE DI PROCESSI AD ALTO RISCHIO

Verificati:

- n. 63 MDM014 "Modulo di assegnazione" presso le UU.OO.: esito 100% documento completo e correttamente compilato.
- n. 42 MDM014 "Modulo di assegnazione" presso la UO RIABSP: esito 100% documento completo e correttamente compilato.
- n. 78 MDM014 "Modulo di assegnazione" presso Area Chirurgica (CH, CHE, ORL, ORT, ORTE, OST-GIN): esito 100% documento completo e correttamente compilato.
- n. 118 MDM014 "Modulo di assegnazione" presso Area Medica (PN, MEDE, MED): esito 100% documento completo e correttamente compilato.
- n. 20 verbali di PS/PSE per la verifica dell'utilizzo della scala CPS per definire il codice colore in caso di dolore toracico: esito 100% documento completo e correttamente compilato.
- n. 30 verbali di PS/PSE per il monitoraggio dell'applicazione delle indicazioni fornite dalla S PS 017 "CODICI COLORE TRIAGE" per i codici bianchi: esito 100% documento completo e correttamente compilato.

AREA 5 PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO: PGRC6–PREVENZIONE DEL RISCHIO IN AREA MATERNO/ INFANTILE

Verificati n. 15 CC cliniche chiuse di OST-GIN contenenti il M OST 036 "PARAMETRI PAZIENTE OSTETRICA Scheda Modified Early Obstetric Warning Score MEOWS": esito l'80% dei documenti risultano completi e correttamente compilati.

AREA 6 SERVIZI DI ASSISTENZA E CURA: SCA1 – FARMACO: POLITICHE E PROCEDURE

Verificati:

- n. 42 FUT UO RIABSP: esito 100% documento completo e correttamente compilato.
- n. 118 FUT Area Medica (PN, MEDE, MED): esito da 97,35% (a seconda dell'item specifico).
- n. 78 FUT Area Chirurgica (CH, CHE, ORL, ORT, ORTE, OST-GIN): esito 100% (a seconda dell'item specifico).

5 OPERATIVITÀ DEGLI ORGANISMI ISTITUITI NEL CONTESTO DEL RISK MANAGEMENT

I componenti dei suddetti organismi, grazie ai percorsi formativi aziendali, hanno acquisito maggiore professionalità e autonomia e costituiscono un imprescindibile supporto all'interno dell'organizzazione nello sviluppo sinergico e integrato di tutti i progetti di qualità aziendale.

Il Gruppo di Coordinamento Rischio Clinico (GCRC) nel corso del 2020 non ha potuto garantire l'attività di monitoraggio degli obiettivi del piano e dei progetti definiti.

Il Gruppo di Coordinamento Rischio Clinico ha effettuato incontri verbalizzati.

L'attività si è concentrata sull'emergenza sanitaria e sulla gestione degli IR.

Comitato di Valutazione Sinistri

Anche per l'anno 2020 il compito precipuo del CVS è stato quello di garantire un'analisi quanto più completa dei casi per i quali sono giunte richieste di risarcimento, cercando di minimizzare l'impatto economico attraverso le seguenti attività:

- organizzare la raccolta delle informazioni indispensabili alla gestione dei sinistri, garantendo il rispetto degli obiettivi di mappatura riportati nella Circolare Regionale 46/SAN del 27.12.2004 e successive modifiche ed integrazioni
- valutare, in presenza di richiesta di risarcimento danni, le dinamiche e le possibili cause che se non correttamente gestite, potrebbero sfociare in un contenzioso giudiziario;



- valutare direttamente le tipologie e le entità dei danni (in termini di responsabilità e impatto economico) arrecati a terzi, coinvolgendo le professionalità aziendali necessarie per l'analisi dei sinistri, anche in un'ottica preventiva;
- supportare l'Ufficio Avvocatura nella gestione dei rapporti con i danneggiati e/o i loro studi legali per un tentativo di composizione stragiudiziale della vertenza, al fine di addivenire ad un accordo diretto Azienda/danneggiato, dato che la polizza attuale prevede una franchigia aggregata annua di € 650.000 e una S.I.R. (Self Insured Retention) pari a € 250.000;
- contribuire alla definizione della politica assicurativa aziendale.

L'analisi delle richieste di risarcimento costituisce altresì una fonte importante per lo studio della rischiosità in ambito strettamente clinico.

In tal senso si conferma la funzione strategica del C.V.S. e degli AUDIT effettuati nell'ambito della gestione del rischio, in stretta osservanza alle linee guida regionali, con l'obiettivo di garantire una sempre maggiore sicurezza del paziente.

Si è attivato uno studio interaziendale delle richieste di risarcimento e dei sinistri, nelle sue fasi valutativa medico-legale e liquidativa, in collaborazione con il raggruppamento delle aziende del SSR.

A tal proposito si ritiene fondamentale il confronto tra varie aziende sanitarie appartenenti al raggruppamento, al fine di avere una valutazione dei sinistri e delle riserve il più possibile coordinata e univoca.

ATTIVITÀ DI C.V.S. INTERNI ED ESTERNI (con partecipazione della Compagnia)

Considerato che i sinistri trattati nel corso del 2020 sono ricaduti quasi tutti in S.I.R., si precisa che sono state effettuate due sedute di C.V.S.

I sinistri trattati sono stati i seguenti:

- seduta C.V.S. esterno del 03.6.2020 – esame casi sopra SIR n.3 – esame di 6 sinistri in S.I.R.
- seduta C.V.S. esterno del 20.11.2020 – esame casi sopra SIR n.1

Promozione di interventi formativi

Sono stati organizzati i seguenti 3 eventi formativi nel corso dell'anno 2020:

1. Percorso nascita fisiologico - un anno dopo.
2. Analisi multidisciplinare dei casi clinici: confronto
3. Il percorso nascita fisiologico due edizioni.

Tutti gli eventi formativi hanno avuto l'obiettivo di diffondere le metodiche inerenti la sicurezza del paziente e dell'operatore.

Per il 2020 è stato programmato un evento formativo dal titolo "La gestione del Rischio Clinico" per il personale sanitario delle UU.OO. di degenza e ambulatoriale. tale evento è stato sospeso per l'emergenza sanitaria. Si rivaluterà nel 2021 in base all'andamento della pandemia.

Il Sistema di Gestione per la Qualità

Il Risk Management è integrato con il Sistema di Gestione per la Qualità Aziendale del quale utilizza strumenti e metodi, con particolare riferimento all'individuazione e alla gestione delle azioni correttive scaturite dall'attività di audit/NC interne/segnalazioni spontanee degli operatori.

Dai risultati dell'audit interno sono stati estrapolati gli aspetti correlati alla sicurezza del paziente (tabella seguente). Tali aspetti sono stati oggetto di specifica valutazione, da parte dei Referenti Qualità di UO, per l'individuazione di azioni correttive e/o di miglioramento.

Processo	Segnalazione
Anagrafica	Inserimento dati anagrafici errati (cognome, nome, data nascita) in Accettazione
Operativo	Mancato posizionamento di dispositivi di sicurezza (es. cinghie, reggispalle)
	Inosservanza piani di lavoro: personale infermieristico
	Interrotta terapia ore 16:00 10 volte per consulenze in sala medica ORL, assistenza ai pazienti, pompe di infusione che non funzionano)

Processo	Segnalazione
Comunicazione	Mancata segnalazione di anomalie degli apparecchi elettromedicali
Identificazione	Impegnativa con anagrafica errata: omonimo con data di nascita diversa
	Presenza su sacca di emazie concentrate da trasfondere di due etichette identificative una corretta adesa alla sacca ed una non corrispondente a quella su M SIMT 035 allegata alla sacca con graffetta
	Preparazione inadeguata dell'operando: non corretta identificazione del sito chirurgico secondo M BO 064
	Paziente T. M. ricoverata sabato 03/10. Cartella Riabilitativa intestata con etichetta di T.T. ricoverata il 22/09 e degente nella stessa stanza.
Erogazione Prestazione	Mancato posizionamento catetere venoso periferico
	Paziente non adeguatamente preparato all'indagine
	Utente non preparato adeguatamente per l'indagine diagnostica programmata
	Preparazione inadeguata dell'operando: vestizione
	Non adeguata sanificazione: lettino e presidi vari
	Non adeguata sanificazione: sala operatoria
	Lista operatoria errata con Pz infetti a metà della lista
	Tampone eseguito ad Esine il 05/10, non pervenuto referto al reparto.
	Prelievo di campione biologico - Scambio di Paziente
	Paziente proveniente da Edolo conosciuto come paziente in isolamento, il personale che accompagna non conosce queste informazioni, sprovvisti di DPI

Non conformità interne

Nel 2020 gli operatori delle UU.OO./Servizi hanno segnalato le seguenti NC interne.

Tipologia NC interne 2020	N.
TIPO I	2111
TIPO II	131
Totale	2242

Le NC interne di **tipo II** sono raggruppate per processi, ambito ed area specifica.

Tipologia NC II		
Processi	N. Tot. Episodi	% N. Episodi
Erogazione prestazione sanitaria	41	31,30%
Ricovero e degenza	31	23,66%
Erogazione Prestazione	16	12,21%
Prenotazione prestazione	13	9,92%
Gestione apparecchiature	12	9,16%
Accettazione assistito	8	6,11%
Prericobero	3	2,29%
Intervento chirurgico	2	1,53%
Accettazione materiale	1	0,76%
Dimissione dell'utente (Ambulatoriale, PS, Degenza, Decesso)	1	0,76%
Gestione Del Farmaco	1	0,76%
Programmazione	1	0,76%
Sistema di Gestione Qualità	1	0,76%
Totale Risultato	131	100,00%

Tipologia NC II		
Ambito	N. Tot. Episodi	% N. Episodi
Operativo	54	41,22%
Burocratico - amministrativo	33	25,19%
Documentazione sanitaria	13	9,92%
Terapeutico	11	8,40%
Organizzativo	7	5,34%
Prelievo Di Campione Biologico	6	4,58%
Outsourcing	4	3,05%
Gestionale	2	1,53%
Codice etico - comportamentale	1	0,76%
Totale Risultato	131	100,00%

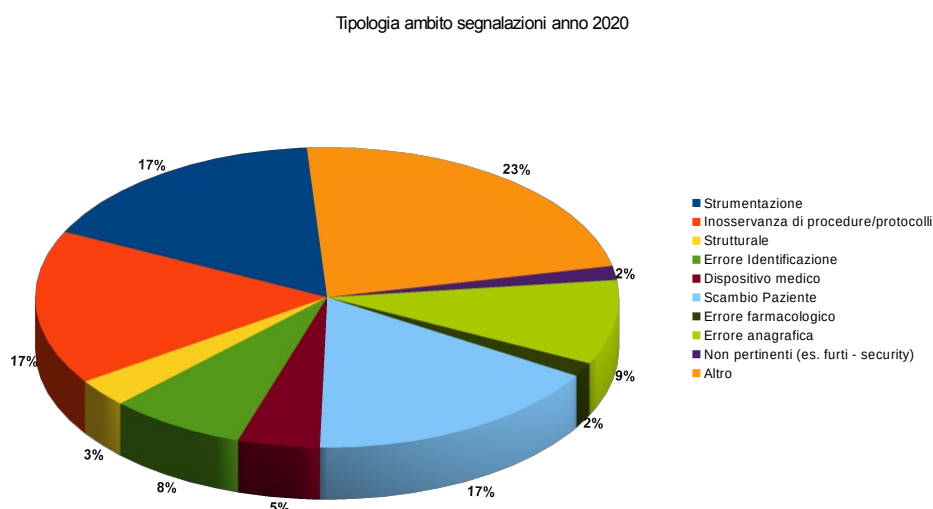
Tipologia NC II		
Area specifica	N. Tot Episodi	% N. Episodi
Ricovero	35	26,72%
Inadeguata/Incompleta applicazione P/PT/IOP aziendali/UE	19	14,50%
Prenotazione	16	12,21%
Mancata Esecuzione	10	7,63%
Modulistica	9	6,87%
Pulizia ambientale	9	6,87%
Redazione	7	5,34%
Prelievo di campione biologico	5	3,82%
Inserimento Dati Informatici	4	3,05%
Comunicazione	3	2,29%
Esecuzione Errata	2	1,53%
Identificazione assistito/utente	2	1,53%
Refertazione	2	1,53%
Trasporto Paziente	2	1,53%
Anagrafica	1	0,76%
Approvvigionamento	1	0,76%
Carico Di Lavoro	1	0,76%
Identificazione campioni	1	0,76%
Identificazione lato	1	0,76%
Informatica	1	0,76%
Totale Risultato	131	100,00%

Le NC di II tipo evidenziano alcune criticità rilevate anche negli Incident reporting.

Area specifica	N. episodi 2020	N. episodi 2019	N. episodi 2018	N. episodi 2017	N. episodi 2016	N. episodi 2015
Inadeguata/incompleta applicazione PT/IOP	19	62	17	105	233	119
Anagrafica	1	1	0	89	19	97
Identificazione assistito	2	9	18	8	17	15
Identificazione lato	1	9	3	3	2	0
Identificazione campione	1	10	26	17	0	1
Terapeutico	11	0	1	13	0	1
	35	91	65	235	271	233

IR – Anno 2020

Tipologia	N.	%
Dispositivo medico	3	4,55%
Errore anagrafica	6	9,09%
Errore farmacologico	1	1,52%
Errore identificazione Pz	5	7,58%
Inosservanza procedure/protocolli colli	11	16,67%
Strumentazione	1	1,52%
Scambio Pz	11	16,67%
Non pertinenti (es. furti - security)	11	16,67%
Strutturale	2	3,03%
Altro	15	22,73%
Tot. 2020	66	100,00%
Tot. 2019	97	-
Tot. 2018	100	-
Tot. 2017	94	-



Si evidenzia che le NC interne sottolineano alcune aree di criticità evidenziate anche nelle segnalazione degli Incident reporting (inadeguata/Incompleta applicazione P/PT/Iop aziendali/UO, errata identificazione assistito/utente, errori di anagrafica, criticità collegate all'ambito farmacologico, scambio paziente). Per quanto riguarda le NC di tipo II si evidenzia una diminuzione rispetto al 2019. Il trend relativo alle NC interne/IR evidenzia una tendenza in diminuzione.

Identificazione del Sito Chirurgico rilevazione effettuata a campione presso il BO/BOE/CHORTE/ORT/CH/ORL/AMB.

Anni	Tot	Negative (mancata identificazione del sito)	Positive	% negative	6σ
2013	516	7	514	1,35%	3,8
2014	782	15	767	1,91%	3,6
2015	145	4	141	2,75%	3,5
2016	469	0	469	0%	6
2017	1377	8	1369	0,58%	4,1
2018	1546	1	1545	0,06%	4,8
2019	1414	4	1410	0,3%	4,4
2020	1467	1*	1466	0,06%	4,8

*La mancata identificazione del sito è stata rilevata nelle UU.OO. di degenza ed il sito chirurgico è stato marcato prima di accompagnare l'operando nel BO.



5 PIANO QUALITÀ E RISK MANAGEMENT 2020

L'elaborazione del Piano Qualità e Risk Management ha seguito un percorso ormai consolidato, partendo dall'analisi dei risultati raggiunti nell'anno precedente, dalle criticità emerse dall'analisi dei dati degli indicatori regionali di benchmarking e degli eventi avversi più rilevanti.

Lo start up dei lavori è rappresentato dalla diffusione e dall'analisi delle Linee Guida regionali, relative alla programmazione annuale delle attività.

Gli indirizzi regionali sono stati trasmessi ai componenti del GCRC dal Risk Manager, unitamente alla documentazione a supporto, inviata dal livello regionale, con l'input di effettuare un'attenta valutazione e analisi dei contenuti, ai fini di definire collegialmente le proposte di intervento per l'anno in corso.

In specifici incontri del GCRC sono stati esposti, discussi e condivisi i contenuti essenziali delle indicazioni regionali e sono stati concordati e definiti gli steps attuativi, di seguito indicati, finalizzati alla definizione delle strategie aziendali nei vari ambiti e alla identificazione delle nuove progettualità da implementarsi:

- aggiornamento della mappatura dei rischi con valutazione del sistema di incident reporting
- analisi degli indicatori regionali di benchmarking sul rischio e valutazioni conseguenti
- identificazione delle aree di intervento
- elaborazione delle strategie di riduzione del rischio
- identificazione dei progetti da attuarsi e dei relativi Referenti.

Come da iter ormai consolidato, i risultati di questa fase istruttoria e preliminare, svolta dagli Organismi del Risk Management, sono stati illustrati alla Direzione Strategica per l'approvazione e la massima condivisione delle strategie di intervento, delle linee di indirizzo e degli obiettivi e dei progetti da realizzare nel corso dell'anno.

Come da usuale impostazione, il piano 2020 è stato approvato con decreto della Direzione Generale n. 149 del 05.02.2020 e trasmesso a Regione Lombardia nel rispetto delle modalità definite.

A seguito dell'emergenza sanitaria legata alla pandemia da COVID-19 non è stato possibile proseguire con tali progetti. Le attività effettuate per la gestione dell'emergenza sanitaria è stata descritta nell'allegato n. 004 del PN UQ/UL 001 "RELAZIONE - GESTIONE EMERGENZA COVID-19 IN OSSERVANZA ALLE LINEE OPERATIVE REGIONALI - ANNO 2020".

L'ASST con decreto n.281 del 23 aprile 2020 "Emergenza COVID19 – presa d'atto delle principali misure organizzative adottate e dell'aggiornamento del Documento di Valutazione di Rischi a dato inizio alla gestione dell'emergenza sanitaria.

La ASST della Valcamonica, per l'anno 2020, ha identificato i seguenti ambiti progettuali:

- 1. Prevenzione e gestione del rischio in ambito ostetrico (Prosecuzione del progetto già in corso). Sospeso per l'emergenza sanitaria.
- 2. Identificazione e gestione della sepsi in ostetricia (Nuovo). Sospeso per l'emergenza sanitaria.
- 3. Gestione della sepsi (Prosecuzione del progetto già in corso). Sospeso per l'emergenza sanitaria.

5.1 RISULTATI DEI PROGETTI ANNO 2020

5.1.1 SEGNALAZIONE TRIGGER MATERNI

Regione Lombardia – DG welfare – ha elaborato un'analisi dei trigger raccolti nel periodo 2016-2018. Le segnalazioni spontanee sono aumentate nel tempo e sono diventate quasi 5% nel primo semestre 2018. Nella nostra struttura le segnalazioni 2018 sono state 52 pari al 6,6%. Ciò dimostra che la cultura della segnalazione volontaria si sta diffondendo.

Dal 2019 i triggers vengono inseriti facendo riferimento all'aggiornamento delle specifiche degli stessi emanato da Regione (M OST 007).

Gli eventi critici riguardanti l'ambito materno e fetale rilevati nel 2020 sono:

Triggers Materni	2016	2017	2018	2019	2020		% Letteratura	Riferimento
					n.	% (n.trigger /n.Parti)		
Morte materna	//	//	///	///	0	-	Maternal mortality ratio 8,9 per 100000 nati vivi	Sorveglianza ostetrica Itoss
Distocia di spalla	//	1	2	1	4	0,53	0,5 -0,7 %	RCOG Guideline 42 – Shoulder Dystocia, 2012
Emorragia >1500 ml	8	4	7	12	4	0,53	3%	LG italiane Emorragia post partum 2015
Ritorno in sala operatoria	2	//	1	3	2	0,27	-	-
Eclampsia	1	//	///	0	0	-	0,05%	Linee guida per il management dell'ipertensione in gravidanza 2007
Isterectomia/ Laparotomia	//	//	///	1	0	-	0,08%	Sorveglianza ostetrica Itoss (isterectomia).
Complicanze anestesiolgiche da epidurale/spinale	//	//	///	1	2	0,27	0,76%	Postdural puncture headache and epidural blood patch in a large obstetric anaesthesia population, 2018
Ricovero in terapia intensiva	3	2	5	7	1	0,13	5,30%	Adverse neonatal outcomes associated with early-term birth, Sengupta 2013
Tromboembolismo venoso/ Embolia polmonare	//	//	///	0	0	-	0,10%	Il rischio tromboembolico in gravidanza e in puerperio, linee guida SIGO
Lacerazione di III e IV grado	12	6	7	8	13	1,72	2,90%	RCOG Guideline 29. The management of III and IV degree perineal tears,2015. Casistiche italiane raccolte dalla SIUG riportano un tasso di lacerazioni tra 1,2 e 2,6%
Ventosa adoperata senza successo	1	3	1	0	2	0,27	2,20% 4,60%	Casistica FMBBM Monza+Carate predictors for failure of vacuum-assisted vaginal delivery; a case-control study, Verhoeven 2016
Rottura d'utero	//	1	///	1	0	-	0,5%	RCOG Guideline 45, Birth after previous caesarean birth 2015
Parto a casa non pianificato	//	4	1	5	2	0,27	-	-
Parto non assistito	//	≡	1	0	1	0,13	-	-
Ritenzione di garza o strumenti	//	≡	1	0	0	-	-	-
Tempo > 30' per TC d'emergenza	//	1	1	1	2	0,27	-	-
Trigger fetali								
Nati Morti > 500 gr e/o > 23 W	3	3	4	4	4	0,53	0,18%	Sorveglianza ostetrica Spitoss (>28w)
Morte intrapartum	//	//	///	0	0	-	0,001%	Sorveglianza ostetrica Spitoss
Trauma alla nascita	3	2	1	0	2	0,27	0,06%-0,08%	Birth injuries a review of incidence perinatal risk factors and outcome, Charusheela Warke 2012
pH ombelicale < 7.0 arterioso o < 7.1 venoso	11	6	4	5	5	0,66	0,50%	Casistica FMBBM Monza+Carate

Triggers Materni	2016	2017	2018	2019	2020		% Letteratura	Riferimento
					n.	% (n.trigger /n.Parti)		
SGA inaspettato a termine	2	1	11	1	0	-	5,70%	Impact an obstetric outcome of third trimester screening for SGA fetus, Callec 2015
Neonato a termine senza malformazioni ricoverato in TIN	6	6	4	9	4	0,53	-	-
Anomalia fetale alla nascita non diagnosticata	//	1	1	0	0	-	-	-

Un caso è stato oggetto di analisi a cura dell'equipe ostetrico ginecologica (verbale n.3 OST/SGQ/2020).

I progetti previsti per il 2020 non sono stati perseguiti in quanto è sopraggiunta l'emergenza sanitaria. I progetti sono riproposti per il 2021.



6 I PROGETTI DEL PIANO ANNUALE 2021

L'ASST della Valcamonica, per l'anno 2021, ha identificato i seguenti ambiti progettuali:

1. Prevenzione e gestione del rischio in ambito ostetrico (Prosecuzione del progetto già in corso)
2. Identificazione e gestione della sepsi in ostetricia (Prosecuzione del progetto già in corso).
3. Identificazione e gestione della sepsi (Prosecuzione del progetto già in corso).

6.1 PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO IN AMBITO OSTETRICO

In stretta connessione con quanto effettuato nel 2019/2020 e alla luce delle indicazioni regionali l'azienda prosegue l'implementazione della prevenzione del rischio in ambito ostetrico al fine di perseguire il consolidamento di appropriate misure assistenziali e organizzative per evitare o minimizzare l'insorgenza di eventi avversi nell'assistenza al parto e al post-partum in modo da ridurre la morbilità e la mortalità potenzialmente evitabile

Obiettivo

Nell'ottica di definire meglio i percorsi assistenziali dall'accettazione della donna al parto si rende necessario:

- proseguire con l'applicazione della check list per la rilevazione del rischio ostetrico all'accettazione della donna gravida;
- procedere alla raccolta ed analisi dei trigger con pianificazione ed effettuazione di audit per l'analisi degli eventi critici segnalati al fine di individuare eventuali azioni di miglioramento;
- utilizzare la scheda di rilevazione dei parametri d'allerta (MEOWS) per la valutazione precoce di condizioni cliniche critiche con relativa condivisione e formazione degli operatori.

Ambiti di applicazione

Il progetto è stato applicato agli aspetti organizzativi - assistenziali ed alle donne gravide ricoverate presso la UO OST_GIN/Sala parto/PS.

Azioni

Per l'anno 2021 il progetto proseguirà con l'esecuzione delle seguenti attività:

- Formazione e aggiornamento continuo del personale coinvolto attraverso incontri di Formazione sul Campo (con parte teorica e pratica) (medici, personale infermieristico e ostetrico) inerente la gestione delle emergenze – urgenze ostetriche;
- implementazione della rilevazione della check list per l'area di rischio ostetrico; raccolta ed analisi degli eventi critici in Ostetricia (trigger) ed incontri di Audit al fine di individuare eventuali azioni di miglioramento;
- applicazione scheda di rilevazione dei parametri d'allerta (MEOWS).

Di seguito si esprimono in sintesi le principali fasi di realizzazione del progetto:

Azioni	Indicatori
Applicazione della scheda di rilevazione dei parametri d'allerta (MEOWS).	– N. check list compilate/n. pazienti ostetriche ricoverate (90%)
Segnalazione ed analisi di trigger da parte degli operatori	– Report di raccolta e di analisi
Formazione sul campo relativa ai contenuti della gestione delle emergenze – urgenze ostetriche	– N. di operatori formati (95%)



6.2 LOTTA ALLA SEPSI IN OSTETRICIA

Premessa

Nelle Linee guida di Risk Management dell'anno 2021 è richiesto di attivare specifici percorsi clinici relativi alle raccomandazioni "Identificazione e gestione della sepsi in ostetricia".

Obiettivo

Aderenza alle raccomandazioni "Identificazione e gestione della sepsi in ostetricia".

Ambito di applicazione

Il presente progetto trova applicazione al punto nascita della UO Ostetricia/Ginecologia di Esine.

Azioni

– analisi delle CC per valutare l'aderenza alle raccomandazioni "Identificazione e gestione della sepsi in ostetricia".

Di seguito si esprimono in sintesi le principali fasi di realizzazione del progetto:

AZIONI	INDICATORI
Effettuazione audit clinici su CC dei casi di sepsi/sepsi severa/shock settico nelle pazienti ostetriche ricoverate in UO OST - GIN.	– N. CC verificate/n. Sepsis ostetriche (100%)

6.3 LOTTA ALLA SEPSI

Premessa

Nelle Linee guida di Risk Management dell'anno 2021 è richiesto di attivare specifici percorsi clinici relativi alle raccomandazioni "Identificazione e gestione della sepsi".

Obiettivo

Aderenza alle raccomandazioni "Identificazione e gestione della sepsi".

Ambito di applicazione

Il presente progetto trova applicazione in tutte le UU.OO. di degenza e nel PS/PSE.

Azioni

– Analisi delle CC per valutare l'aderenza alle raccomandazioni "Identificazione e gestione della sepsi".

Di seguito si esprimono in sintesi le principali fasi di realizzazione del progetto:

AZIONI	INDICATORI
Monitoraggio NEWS Effettuazione audit clinici interni su CC dei casi di sepsi//shock settico con verifica dell'applicazione della check list casi di sepsi//shock settico.	– N. CC con mancata aderenza alle raccomandazioni "identificazione e gestione dei casi di sepsi//shock settico" – N. CC verificate/n. Sepsis /shock settico".

7 DISTRIBUZIONE E ARCHIVIAZIONE

7.1 DISTRIBUZIONE

La distribuzione della presente procedura avviene secondo la P GEN 001 ed è gestita in particolare dal M GEN 001 "Matrice di distribuzione dei documenti" e dal M GEN 002A "Trasmissione dei documenti del SGQ". Quest'ultimo segnala alle funzioni riceventi l'emissione del documento e il suo inserimento nel sito intranet, per consultazione e/o stampa. I RQ riceventi curano la diffusione all'interno della UO con raccolta delle firme su M GEN 002B. Al fine di assicurare la conoscenza del documento e la sua puntuale applicabilità, indice riunioni verbalizzate con tutti gli operatori per la presentazione dei contenuti della documentazione.



Il presente piano è trasmesso a:

- Direzione Generale
- Direzione Sanitaria Aziendale
- Direzione Socio Sanitaria
- Direzione Medica di Presidio
- Coordinatore CIO
- Direttori/Responsabili di UO/Servizi tramite RQ
- SITRA
- Ufficio Qualità

Copia cartacea: nessuna.

7.2 ARCHIVIAZIONE

DENOMINAZIONE DOCUMENTO	CODICE DOCUMENTO	CLASSIFICAZIONE	LUOGO ARCHIVIAZIONE	REFERENTE ARCHIVIAZIONE	TEMPO CONSERVAZIONE*	REFERENTE SCARTO**
Piano qualità e Risk Management 2019	PNO UQ/UL 001	1.1.05	UQ/UL	UQ	Illimitato	//
Scheda progetto "Prevenzione e gestione del rischio in ambito ostetrico" con cronogramma	Allegato 1	1.1.05	UQ/UL	UQ	Illimitato	//
Scheda progetto "Lotta alla sepsi in ostetricia" con cronogramma	Allegato 2	1.1.05	UQ/UL	UQ	Illimitato	//
Scheda progetto "Lotta alla sepsi" con cronogramma	Allegato 3	1.1.05	UQ/UL	UQ	Illimitato	//

* Secondo quanto indicato nel massimario di scarto adottato con decreto n. 1089 del 29.12.2017.

** Secondo le procedure descritte nelle "Indicazioni per la gestione degli archivi analogici" allegato al manuale di gestione del protocollo informatico, dei flussi documentali e degli archivi.

L'accesso alle registrazioni è controllato dal RQ al fine di evitare che soggetti non direttamente coinvolti nelle attività connesse alle registrazioni, possano in qualche modo, anche per errore, modificare o sconvolgere l'ordine e la modalità di conservazione e rintracciabilità. Le registrazioni devono essere poste in luogo accessibile, atto alla loro corretta conservazione; devono essere facilmente identificate e distinte da tutti gli altri documenti utilizzati nell'attività aziendale (uso di faldoni appositamente contrassegnati, uso di armadi dedicati, ecc.).

8 ALLEGATI

- Allegato n. 1: Scheda progetto "Prevenzione e gestione del rischio in ambito ostetrico" con cronogramma
- allegato n. 2: Scheda progetto "Lotta alla sepsi in ostetricia" con cronogramma
- allegato n.3: Scheda progetto "Lotta alla sepsi" con cronogramma.