



Carlo Poma

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Mantova

AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE DI MANTOVA

STAFF DIREZIONE GENERALE  
**S.C. QUALITA' ACCREDITAMENTO E RISK MANAGEMENT**

---

# **RELAZIONE CONSUNTIVA RISK MANAGEMENT ANNO 2018**

---

Art. 2 comma 5 e Art. 4  
Legge 8 marzo 2017 n.24

## 1. Strategie generali

Anche per l'anno 2017 l'ASST di Mantova, ha scelto quale azione strategica, lo sviluppo di un esplicito sistema di sicurezza dell'assistenza sanitaria, agito a livello di ogni singolo dipartimento attraverso le attività promosse dalla Struttura Complessa Qualità Accreditamento Risk Management, Staff della Direzione Strategica.

Nell'ottica di integrare maggiormente gli sforzi, il metodo e le azioni di promozione e gestione della sicurezza clinica con i sistemi di sviluppo per il miglioramento continuo della qualità si è deciso di proseguire con un piano integrato per la qualità ed il risk management. Questa strategia ha permesso in parte di ottimizzare risorse e progetti al fine di condividere, con tutte le strutture ed i servizi sanitari nonché gli staff, gli obiettivi sul miglioramento della qualità e della sicurezza comprendendo anche le attività previste per il progetto di valutazione delle performance qualitative di Regione Lombardia (sulla scorta degli std di autovalutazione JCI). Questa esigenza risponde allo standard previsto da Regione Lombardia in cui si chiede di integrare il piano di risk management con il piano di miglioramento aziendale che abbia quali elementi di ingresso l'analisi delle criticità aziendali, l'analisi degli eventi avversi / sentinella e l'analisi dei sinistri. Il piano Qualità e Risk Management si inserisce nel piano integrato di miglioramento dell'organizzazione (P.I.M.O.) come previsto dalla DGR. X/4702 del 29.12.2015 avente per oggetto "DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIO SANITARIO PER L'ESERCIZIO 2016 - (DI CONCERTO CON ASSESSORE MELAZZINI) e dalla DGR X / 5954 del 5.12.2016 avente per oggetto "DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIO SANITARIO PER L'ESERCIZIO 2017". La Strategia sopra indicata è stata confermata dalla Direzione Strategica anche nell'ambito di quanto contenuto nella DGR IX/4914 del 21.02.2013 avente per oggetto "Determinazioni in ordine al piano di organizzazione aziendale dell'azienda ospedaliera C. Poma di Mantova, ai sensi e per gli effetti del sesto comma dell'art. 18 della legge regionale n. 33 del 30.12.2009", poi aggiornata con DGR X/3063 del 23.01.2015 e con Deliberazione n° X / 6329 Seduta del 13/03/2017, in cui si è esplicitata l'attività di risk management all'interno della Struttura Qualità Accreditamento e Risk Management in staff alla Direzione Generale al fine di integrare le attività e funzioni riconducibili alla "clinical governance".

Le attività definite sono state in linea con la richiamata DGR. X / 5954 del 05/12/2016 avente per oggetto "Determinazioni In Ordine Alla Gestione Del Servizio Sociosanitario per L'esercizio 2017 - (Di Concerto Con Gli Assessori Garavaglia E Brianza)" in cui si chiedeva alle Aziende Sanitarie di provvedere alla stesura del piano annuale di Risk Management per l'anno 2017.

La volontà della Direzione è stata ancora quella di promuovere, sostenere e diffondere un clima di fiducia e di promozione di una cultura proattiva dei rischi e del miglior manto continuo

della qualità, tale da porre l'ASST di Mantova, quale punto di riferimento privilegiato della domanda di salute dei cittadini, garantendo loro sicurezza e qualità nell'offerta dei Servizi Sanitari.

In tal senso la presenza di una funzione dedicata di Risk Management, attivata dall'anno 2004 ha permesso di orientare le attività verso gli elementi che sono alla base della propria politica della qualità e della sicurezza del paziente, ovvero:

- la definizione di una esplicita politica pubblica per la salute, che punti all'efficacia clinica e all'efficienza organizzativa, nel rispetto di tutte le parti interessate al buon funzionamento dell'Azienda: gli utenti, i dipendenti, il governo regionale, i fornitori, la comunità mantovana,
- l'integrazione tra le iniziative promosse dalla Direzione Aziendale e il contributo quotidiano dato da tutti gli operatori per il continuo miglioramento della qualità aziendale,
- l'impegno continuo a sostenere le iniziative a favore della qualità nelle UU.OO,
- applicazione e sorveglianza delle norme sull'accreditamento istituzionale;
- attività di monitoraggio delle performance e dell'assistenza erogata con la programmazione di audit interni;
- implementazione di un cruscotto gestionale informatizzato volto a monitorare le aree contenute negli std di valutazione qualitative delle performances (progetto ex JCI)
- l'impegno formativo continuo e costante per sviluppare la compliance degli operatori alle strategie della Direzione , tramite l'utilizzo di metodi, strumenti e iniziative di formazione e aggiornamento continuo tese all'identificazione dei più probabili rischi clinici correlati alle due variabili di:
  - numerosità di questi in relazione alla appropriatezza degli interventi;
  - numerosità di questi legati al processo di produzione degli output organizzativi e clinico- assistenziali.
  - la creazione di un contesto aziendale in cui tutti i professionisti siano consapevoli della necessità del miglioramento continuo dell'assistenza.

Solo l'integrazione fra tutte queste attività può rappresentare quell'importante valore aggiunto, che permetterà il cambiamento culturale necessario a ridare centralità alla persona-cittadino, nelle sue tre dimensioni: cliente esterno (paziente), cliente interno (dipendente) e fornitore.

La Struttura Qualità Accredimento e risk management, pertanto, si pone in posizione di facilitazione affinché si realizzi un sistema che veda un armonico connubio tra efficacia,

efficienza appropriatezza e controllo in modo da mettere al centro della propria attenzione il cittadino utente.

Le politiche aziendali orientate al miglioramento e allo sviluppo della qualità e della sicurezza dell'assistenza sanitaria vengono attuate grazie ad una integrazione della "qualità" con il "rischio".

Lo sviluppo di un "sistema qualità e rischio" integrati ha permesso di orientare tutta l'organizzazione verso un miglioramento delle condizioni organizzative al fine di limitare gli errori di sistema facendo leva sul desiderio delle persone di cambiare per migliorare, grazie alla consapevolezza e alla conoscenza.

La "cultura della sicurezza" permette di agire sui processi aziendali con lo scopo di gestire efficacemente valutazioni preventive, effetti negativi ed opportunità di miglioramento. Per sviluppare il desiderio di cambiamento culturale in tutti gli operatori sanitari e perché gli errori siano conseguenze dell'agire organizzato e non colpe, occorre avere nella propria cassetta degli attrezzi gli strumenti per un "approccio sistematico all'errore".

Il pensiero alla base del lavoro di questa struttura è pertanto quello di creare "quel contesto" grazie al quale la gestione del rischio e della qualità possa sviluppare realmente le condizioni di un miglioramento delle prestazioni clinico - assistenziali e della sicurezza del paziente.

Questo cammino si inserisce nella logica definita dalla circolare regionale 46/SAN del 27.12.2004 e successive integrazioni e dal piano triennale sulla valutazione delle aziende sanitarie secondo gli standard di valutazione delle performance qualitative di Regione Lombardia.

Il senso del lavoro di questa struttura è stato di:

- Ricercare maggiore consapevolezza che l'interesse primario è recuperare l'efficacia clinica e l'appropriatezza
- Ricercare la sintesi di capacità di gestione e orientamento verso comportamenti professionali giusti e sicuri
- Ricercare un'effettiva multidisciplinarietà ed integrazione capace di valutare e misurare i propri risultati
- Valorizzare l'approccio sistemico senza distinzione di ruolo, funzione, attività e livello organizzativo
- Coinvolgere e supportare i colleghi in questo cammino significa permettere alla "qualità-rischio" di essere il risultato di un lavoro e non la giustificazione ad una propria esistenza.

In questa ottica anche il Piano annuale qualità e risk management 2017 ha previsto azioni ed interventi che si orientano su quanto desunto dalle indicazioni regionali nell'ambito di:

- attività condotte nel progetto regionale sulle valutazioni delle aziende sanitarie (sistema di autovalutazione) ed in particolare su quanto rilevato dagli audit interni
- attività ricondotte nell'ambito del risk management a seguito dell'analisi degli eventi avversi/near miss ed eventi sentinella, del benchmarking regionale e su quanto indicato dalle linee guida regionali di risk management nonché dalle indicazioni ministeriali in tema di sicurezza dei pazienti
- Attività ricondotte allo sviluppo del sistema di gestione per la qualità (SGQ) in linea con le norme ISO 9001:2015 e ISO 19011:2012 su tutta l'azienda ed in particolare alle UO Certificate o via di certificazione.
- Attività di analisi dei sinistri
- Attività ricondotte nell'ambito del mantenimento dei requisiti di accreditamento istituzionale
- Appropriatelyzza clinica ed assistenziale
- Sistema di auditing interno
- La sicurezza delle informazioni
- Internal auditing

Il piano qualità e di risk management 2017 ha proseguito nel percorso e nelle iniziative già avviate negli anni precedenti, prevedendo una forte integrazione tra il sistema di risk management e il sistema per la gestione della qualità aziendale all'interno del piano integrato di miglioramento dell'organizzazione.

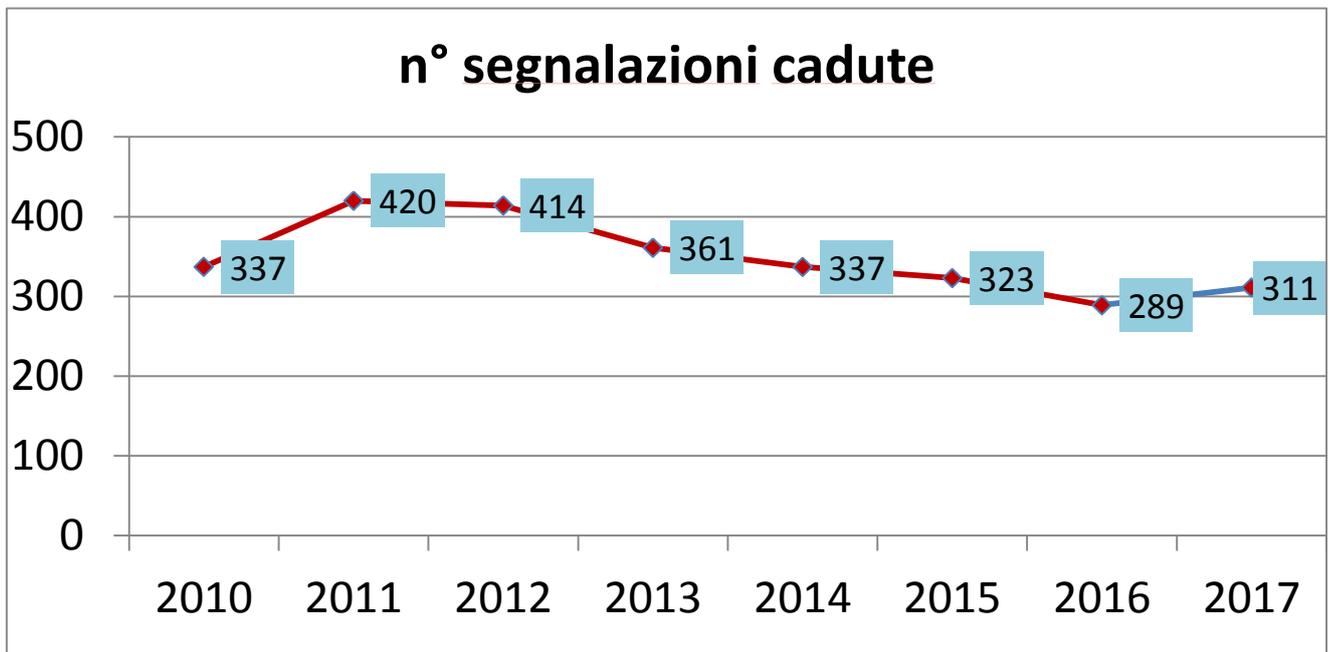
Nell'ambito del piano di risk management annuale, richiesto obbligatoriamente da Regione Lombardia, si è cercato pertanto di orientare il sistema verso la valorizzazione della cultura, della struttura e dei processi che hanno lo scopo di gestire efficacemente effetti negativi ed opportunità di miglioramento. Nell'anno 2017 si è tenuto conto del nuovo assetto organizzativo della ASST costituitasi per effetto dell'evoluzione del SSR (LR 23/15).

La presente relazione si riferisce alle attività svolte sino al 31.12.2017.

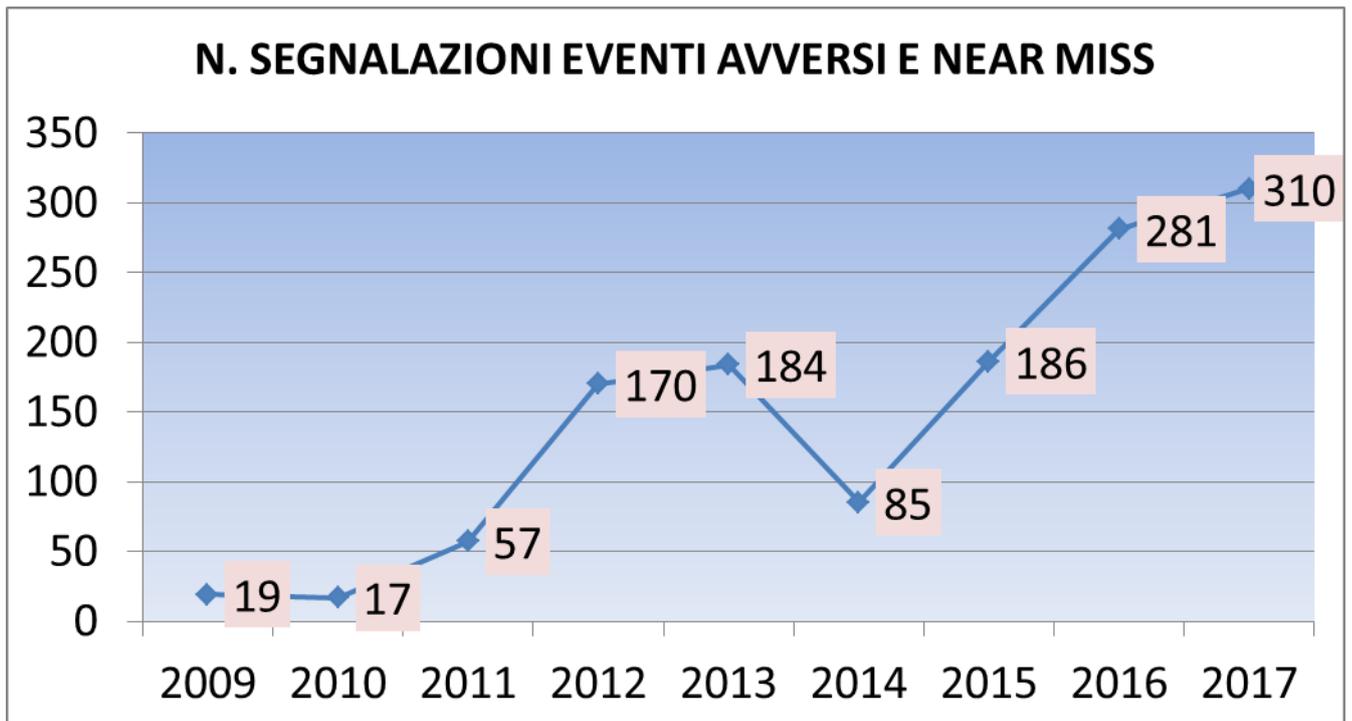
## 2. Andamento eventi avversi e sinistri

L'ASST di Mantova utilizza strumenti di gestione reattiva e proattiva per la gestione del rischio clinico. Dal 2004 sono adottati piani annuali di gestione del rischio che di anno in anno hanno affinato i sistemi di valutazione e le azioni preventive e correttive da adottare. Dall'anno 2009 si è sviluppato il sistema di incident reporting che dal 2014 è stato potenziato attraverso l'informatizzazione delle schede di segnalazione per i seguenti accadimenti;

- cadute accidentali
- near miss
- eventi avversi
- eventi sentinella



Le cadute accidentali sono eventi il cui trend è in diminuzione (- 25% dal 2012 ad oggi) grazie ad iniziative di miglioramento condotte con il Gruppo Aziendale Dedicato.



L'andamento degli eventi avversi è sensibilmente aumentato negli ultimi 5 anni (aumento superiore del 45%) per effetto dell'informatizzazione della scheda di segnalazione e per le molteplici attività di formazione e sensibilizzazione rivolte al personale. Oltre il 50% degli eventi (n.148 eventi) viene classificato tra i "near miss". L'analisi degli eventi viene effettuata annualmente dal Gruppo di Coordinamento per la Gestione del rischio e i rispettivi Dipartimenti Sanitari in relazione alla gravità connessa ed alla frequenza di accadimento.

Le principali cause connesse agli eventi avversi sono riconducibili alle seguenti macro categorie:

- eteroaggressività verso altri pazienti
- eteroaggressività verso operatore
- errore nel processo farmacologico
- errore nella gestione documentale
- errore nella comunicazione
- altro

Nell'ambito del Progetto Regionale di informatizzazione dei trigger sono stati segnalati n. 2709 eventi nei tre punti nascita dell'Azienda oggetto di specifici Audit clinici per la valutazione delle cause e delle azioni da intraprendere.

Nell'anno 2017 si sono verificati n. 8 eventi sentinella segnalati nel sistema SIMES di AGENAS che hanno riguardato i seguenti Dipartimenti: Dipartimento Emergenza Urgenza, Dipartimento Chirurgico Ortopedico, Dipartimento Medico E Dipartimento Dei Servizi.

Il trend di questi eventi è in leggera diminuzione rispetto all'anno precedente.

Gli eventi sentinella sono stati oggetto di analisi delle cause profonde con la relativa produzione di piani d'azione conseguenti.

Per quanto concerne la gestione delle richieste di risarcimento danni (Sinistri) è stato implementato un sistema informatizzato per la gestione degli stessi nell'ambito del CVS.

Il trend di eventi dal 2012 ad oggi è in diminuzione del 15% sulla numerosità dei sinistri.

Nell'ultimo triennio le richieste di risarcimento danni hanno avuto una frequenza invariata.

Gli importi liquidati in media si riferiscono a sinistri di almeno 3 -5 anni precedenti alla data di liquidazione.

Si riporta tabella riassuntiva degli importi liquidati nell'ultimo quinquennio.

Il dato relativo all'anno 2013 include un evento particolarmente rilevante accaduto nell'anno 1999 che interessava il Dipartimento Materno Infantile.

SINISTRI LIQUIDATI PER ANNO	2013	2014	2015	2016	2017
IMPORTI LIQUIDATI	€ 4.256.916,83	€ 803.166,15	€ 922.238,66	€ 814.130,00	€ 680.757,07

### **3 Attività previste nell'ambito del risk management e del sistema di gestione per la qualità**

Anche per l'anno 2017 le iniziative di risk management sono state orientate trasversalmente a tutti i processi aziendali con particolare riguardo al rispetto delle raccomandazioni ministeriali in tema di sicurezza clinica e agli obiettivi internazionali per la sicurezza del paziente secondo JCI e secondo il progetto di valutazione delle performances qualitative della Regione Lombardia (sistema di autovalutazione) .

Tra le attività, in particolare, si porrà l'attenzione sugli obiettivi internazionali della sicurezza ovvero di :

- Identificazione corretta del paziente
- Miglioramento dell'efficacia della comunicazione
- Miglioramento della sicurezza dei farmaci ad alto rischio

- Identificazione dell'intervento chirurgico in paziente corretto, con procedura corretta, in parte del corpo corretta
- Riduzione del rischio associato alle infezioni nell'assistenza sanitaria
- Riduzione del rischio di danno al paziente in seguito a caduta

e sulle 17 Raccomandazioni Ministeriali in materia di rischio clinico:

1. Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio – kcl – ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio;
2. Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico;
3. Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura,
4. Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale;
5. Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO;
6. Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto;
7. Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica;
8. Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari
9. Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/ apparecchi elettromedicali
10. Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati
11. Prevenzione della morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
12. Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "look - alike / sound - alike"- LASA
13. prevenzione e la gestione delle cadute del paziente nelle strutture sanitarie
14. Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antitumorali

15. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice di Triage nella centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso
16. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita
17. Riconciliazione della terapia farmacologica

Nell'ambito del sistema per la gestione della qualità (SGQ) si sono concentrati gli sforzi sul mantenimento e sulla trasferibilità del modello ai Dipartimenti ed alle Strutture aziendali al fine di ricercare una maggiore uniformità di gestione dei processi. In particolare è stata ritarata l'organizzazione sui nuovi Dipartimenti a seguito dell'approvazione del POAS per effetto della DGR IX/4914 del 21.02.2013 poi aggiornata con DGR X/3063 del 23.01.2015 e la DGR. X / 5954 del 05/12/2016 .

Tutta l'attività di gestione del miglioramento della qualità e delle sicurezza del paziente è stata allineata alle nuove strutture territoriali che sono confluite nell'ambito della nuova ASST. Il sistema qualità aziendale sarà pertanto reso omogeneo in un percorso che proseguirà anche per tutto il 2018.

Anche per l'anno 2017, pertanto, le attività, si sono tradotte in quanto definito dalla Politica aziendale della qualità, e di seguito elencate:

- portare a sistema le iniziative già in parte realizzate e la conclusione dei piani di azione (che descrivono le attività di miglioramento) prodotti nell'ambito dell'analisi del rischio effettuata nelle UU.OO..
- analisi sistematica e report degli eventi avversi e near miss segnalati dal sistema di incident reporting aziendale con il coinvolgimento dei referenti per la qualità e la sicurezza del paziente ed i Responsabili / coordinatori delle UO interessate e relativa produzione di piani d'azione / azioni correttive
- analisi dei rischi legati ai processi di cura posti in relazione ai dati di letteratura internazionale, e rivolti in special modo alle aree a maggior rischio di contenzioso.
- mantenimento delle attività degli organismi deputati alle attività di gestione del rischio: in particolare il "Comitato per la gestione del rischio e la sicurezza del paziente", in linea con la nota di Regione Lombardia n° H1.2005.0030204 del 16.06.2005 (linee

guida applicative della circolare 46/san del 2004) ed il Comitato di Valutazione dei Sinistri. Sono state effettuate riunioni programmate secondo le scadenze previste dalle linee guida regionali .

- rendicontazione di tutte le azioni di miglioramento intraprese nell’ambito del presente piano e riguardanti tutte le strutture afferenti al presidio ospedaliero e la rete territoriale. Le azioni sono contenute nel piano aziendale e della struttura qualità accreditamento e appropriatezza e sono parte integrante del piano qualità e risk management
- implementazione e sostegno di tutti gli strumenti di gestione reattiva e proattiva dei rischi e delle procedure di gestione del rischio nelle unità operative. A tal proposito sono stati raccolti eventi avversi e sentinella e trattati secondo le procedure con la definizione di specifici piani d’azione
- monitoraggio degli interventi tramite specifici indici di outcome organizzativi e clinici inseriti nel nuovo cruscotto di “Talete”. Sono stati inseriti con gestione semestrale degli indicatori aziendali di qualità: n. 278 indicatori e con gestione semestrale degli indicatori clinici di appropriatezza: n. 27 indicatori. Sono stati Definiti, condivisi con le UU.OO. per competenza ed inseriti in Taleteweb per la definizione del PIMO n. 53 indicatori obbligatori regionali, correlati ad obiettivi aziendali di mandato e/o strategici.
- diffusione di report su: schede di alert per ricadute del paziente, andamento dei sinistri per tipologie di errore, richieste di risarcimento danni per dipartimento e andamento cadute rispetto a gg di degenza, tipo di lesione, compilazione scala Conley.
- valutazione proattiva dei rischi su processi trasversali ritenuti critici e complessi
- prosecuzione delle attività del GAD cadute sull’analisi degli eventi e ridefinizione dei componenti del gruppo (delibera n.511 del 28.04.2015).
- gestione del rischio clinico ed interventi finalizzati alla sicurezza in aree ritenute critiche dall’analisi semestrale dei sinistri.
- integrazione e sostegno delle attività di prevenzione delle infezioni correlate alla pratica assistenziale di comune accordo con il CIO - integrazione e sostegno delle attività di prevenzione delle infezioni correlate alla pratica assistenziale di comune accordo con il CIO. Le attività previste dal piano del CIO sono state concluse

- presentazione candidatura del PO di Mantova e del PO di Pieve di Coriano al bando bollini Rosa 2017-2019 con l’ottenimento di tre bollini per il PO di Mantova e due bollini per il PO di Pieve di Coriano e due per il Presidio di Asola .
- Anche per il 2017 è stata effettuata la raccolta delle “best practice” presenti in azienda sulla sicurezza del paziente ed il miglioramento della qualità mediante il collegamento con osservatorio di Regione Lombardia e l’AGENAS nonché l’aggiornamento della rete intranet della qualità che mette a disposizione di tutti gli operatori dell’azienda la raccolta di tutte le procedure di gestione del rischio clinico e le best practices attraverso il coinvolgimento portale web aziendale. È stato presentato un progetto relativamente alla scheda di maternità consultorio – punto nascita.
- Al fine di meglio supportare le attività di gestione del rischio clinico e del mantenimento del sistema aziendale di gestione per la qualità si è provveduto all’implementazione di uno specifico software. Il software denominato “Talete” ha la possibilità di gestire informaticamente applicativi inerenti:
  - Gestione reattiva e proattiva del rischio clinico (segnalazioni e gestione delle azioni correttive)
  - Accreditemento istituzionale
  - Registrazione NC e gestione del miglioramento secondo la norma UNI EN ISO 9001:2015
  - Cruscotto indicatori della qualità
  - Gestione documentale della qualità

Durante l’anno 2017 è stato implementato a livello aziendale il sistema, con la formazione e addestramento in tutte le UU.OO. dell’azienda.

- Nel corso dell’anno 2017 è stato implementato definitivamente il Piano di miglioramento integrato dell’organizzazione nell’ambito del riesame aziendale (gruppo aziendale coordinato dal RQA coincidente con il gruppo di coordinamento di risk management e comitato qualità / tavolo strategico con integrazione in un unico piano aziendale dei piani di Risk Management , formazione, qualità, appropriatezza, CIO, comunicazione, RSPP, controllo di gestione, SIC, farmacovigilanza, SRU, ecc..). Il piano di miglioramento è su livello aziendale e dipartimentale.

- lo sviluppo integrato delle attività di miglioramento della qualità e di risk management hanno compreso, inoltre, la prosecuzione o l'implementazione e la conduzione dei **gruppi di miglioramento** secondo le modalità previste del SGQ (PG1MQ08) che sono stati individuati nell'ambito dei piani d'azione riconducibili all'analisi dei rischi o da esplicite esigenze provenienti dai dipartimenti. In particolare sono stati condotti nell'anno 2017 i gruppi presenti nell'allegato della presente relazione.

Per l'anno 2017 è proseguita l'attività di mediazione trasformativa dei conflitti tra utenti e operatori e la gestione spazio "Well.Co.Me", svolti come descritto da apposita procedura generale (PG25MQ08) revisionata e approvata con delibera aziendale n° 84 del 28/01/2014.

Le attività si possono così sintetizzare:

- **Somministrazione questionario BENESSERE ORGANIZZATIVO (CIVIT):** Nel corso del 2017 non sono state indagini di benessere organizzativo, visti i cambiamenti in corso dovuti alla riforma Sanitaria. Nel 2017 è prevista l'indagine nelle strutture territoriali entrate a far parte di ASST.
- **mediazione dei conflitti tra utenti e operatori:** i casi trattati sono stati dodici (12) di cui tre (3) ancora in corso
- **mediazione dei conflitti tra operatori e in equipe (Well.Co.Me) e tra utenti e operatori:** i casi trattati sono state nove
- **mediazione dei conflitti a seguito di atto di violenza su operatore:** i casi trattati sono stati sono state 10
- formazione sul tema mediazione dei conflitti all'interno del corso aziendale sul Procedimento disciplinare
- formazione sulla comunicazione interna e dinamiche d'equipe:
  - o Formazione su richiesta dedicata alla Medicina di Pieve di Coriano: sulla GESTIONE COSTRUTTIVA DEI CONFLITTI laboratorio di "manutenzione" delle relazioni in equipe
  - o Focus group su richiesta delle REMS in corso
  - o Focus group su richiesta dalla PMA in corso

- Completato il progetto **Il progetto “Analisi e supporto degli aspetti comunicativi, relazionali e organizzativi nei Pronto Soccorso Aziendali”** che aveva come obiettivo di agevolare le dinamiche comunicative relazionali al fine di migliorare il lavoro in equipe e la presa in carico dell’utente. **Il progetto** nasceva nel 2014 dalla consapevolezza che gli aspetti relazionali e della comunicazione rappresentano gli ambiti dove è maggiore la necessità di attivare dei miglioramenti utili sia ad una maggiore soddisfazione delle esigenze dei cittadini, sia a promuovere il benessere degli operatori al fine di garantire prestazioni sicure e di qualità.

Anche per il 2017 la Struttura Sviluppo del sistema qualità e risk management, nell’ambito della SC Qualità Accreditamento e Risk Management, ha promosso iniziative di formazione ed intervento, rivolte a tutte le Unità Operative dei Presidi di ricovero e cura ASST di Mantova finalizzate al miglioramento della qualità e della sicurezza del paziente. I progetti formativi che si sono svolti nel 2017 sono stati pertanto i seguenti:

<b>CORSI 2017</b>
<b>1. GdM Rianimazione Mantova Svezamento Ventilazione meccanica</b>
<b>2. GdM CUA INF Definizione progetto ricerca lesioni da pressione</b>
<b>3. GdM CUA FIS Ricerca pratiche evidence based riabilitazione paziente operato di acromionplastica</b>
<b>4. GdM CUA OST Checklist attività educativa e Ricerca allattamento al seno</b>
<b>5. GdM CUA LOG Revisione letteratura Test valutazione abilità di calcolo</b>
<b>6. GdM Appropriatezza prescrittiva in urgenza differibile_Fisiatria</b>
<b>7. GdM Presa in carico del paziente fragile: dimissione protetta</b>
<b>8. GdM Paziente fragile con demenza</b>
<b>9. GdM Paziente fragile, cronico, geriatrico con polipatologi</b>
<b>10. GdM Rianimazione Mantova Controllo glicemico</b>
<b>11. GdM CIO PRCIO22 SEPSI GRAVE</b>
<b>12. GdM CIO PRCIO21 Clostridium Difficile</b>
<b>13. GdM CIO PRCIO34 pz tracheostomizzato</b>
<b>14. GdM Vaccinazioni</b>
<b>15. GdM Revisione Protocolli Pediatrici - Pediatria Mantova</b>
<b>16. GdM Rete Chirurgica ASST Mantova</b>
<b>17. FOCUS GROUP Gestione violenza PS Asola</b>
<b>18. GdM Rete Ortopedica</b>
<b>19. GdM ENDOSCOPIA DIGESTIVA revisione piano di cura e PDTA</b>
<b>20. GdM Pefezionamento rendicontazione Radiologia</b>

<b>21. GdM Utilizzo di Mezzi di Contrasto alternativi</b>
<b>22. Gestione Del Paziente Con Trauma Maggiore</b>
<b>23. Rischio clinico in sala parto: applicazione clinica dei trigger e classi di Robson attraverso l'utilizzo della piattaforma informatica regionale "CEDAP"</b>
<b>24. UTILIZZO DEL SOFTWARE TALETE E GESTIONE COSTRUTTIVA DEI CONFLITTI:</b>
<b>25. laboratorio di "manutenzione" delle relazioni.</b>
<b>26. GESTIONE COSTRUTTIVA DEI CONFLITTI: laboratorio di "manutenzione" delle relazioni.</b>
<b>27. GESTIONE COSTRUTTIVA DEI CONFLITTI: laboratorio di "manutenzione" delle relazioni.</b>
<b>28. UTILIZZO DEL SOFTWARE TALETE E GESTIONE COSTRUTTIVA DEI CONFLITTI:</b>
<b>laboratorio di "manutenzione" delle relazioni per il personale del SERD e Casa circondariale</b>
<b>29. LAVORO DI TEAM: PERCORSO DI ATTIVAZIONE DELLE NUOVE SCHEDE – CHECK LIST DI SICUREZZA</b>
<b>30. "Attività di formazione sul campo per Professionisti Struttura Complessa Qualità per l'implementazione della certificazione ISO 9001:2015"</b>
<b>31. MIGLIORAMENTO CONTINUO NELL'ATTIVITA' DI AUDIT INTERNO DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'</b>
<b>32. GDM SISTEMA DI GESTIONE QUALITA' ISO 9001:2015 ASST MANTOVA - ESTENSIONE DELLA CERTIFICAZIONE AL PROCESSO APPROVVIGIONAMENTO</b>

Le attività di miglioramento pianificate nel 2017 che interessano le attività di risk management e il sistema di gestione per la qualità sono sotto elencate.

<b>Dipartimento</b>	<b>Processo</b>	<b>Obiettivo/Raccomandazione</b>	<b>Azione di Miglioramento / Fasi</b>
Dipartimento Neuroscienze	6.19 Gestione degli audit	Audit Clinico	Audit clinico Percorso paziente neurochirurgico
Dipartimento Neuroscienze	6.8.1 Definizione di PDTA aziendale in base a criteri di priorità	Regole 2017	PDTA Demenze
Dipartimento Neuroscienze	6.19 Gestione degli audit	Monitoraggio PDTA (indicatori PNE e Portale Regionale)	Analisi periodica degli indicatori di sicurezza e PDTA (portale di governo): Ictus (trombectomia) – Melanoma – SLA – GCA.
Dipartimento Emergenza-Urgenza	2.2 Gestione Rischio Clinico: gestione proattiva	Piano Qualità e Risk Management: attivazione trauma center	Estensione della partecipazione al personale ancora non formato all'Evento formativo "Percorso di addestramento e formazione del trauma center" con simulazioni di scenario
Dipartimento CardioToracoVascolare	2.2 Gestione Rischio Clinico: gestione proattiva	Piano Qualità e Risk Management: attivazione trauma center	Estensione della partecipazione al personale ancora non formato all'Evento formativo "Percorso di addestramento e formazione del trauma center" con simulazioni di scenario

Dipartimento Neuroscienze	2.2 Gestione Rischio Clinico: gestione proattiva	Piano Qualità e Risk Management: attivazione trauma center	Estensione della partecipazione al personale ancora non formato all'Evento formativo "Percorso di addestramento e formazione del trauma center" con simulazioni di scenario
Dipartimento Chirurgico Ortopedico	2.2 Gestione Rischio Clinico: gestione proattiva	Piano Qualità e Risk Management: attivazione trauma center	Estensione della partecipazione al personale ancora non formato all'Evento formativo "Percorso di addestramento e formazione del trauma center" con simulazioni di scenario
Dipartimento dei Servizi: Radiologia	2.2 Gestione Rischio Clinico: gestione proattiva	Piano Qualità e Risk Management: attivazione trauma center	Estensione della partecipazione al personale ancora non formato all'Evento formativo "Percorso di addestramento e formazione del trauma center" con simulazioni di scenario
Dipartimento Emergenza-Urgenza	7.1 Riesame delle autovalutazioni	Migliorare il livello di applicazione degli standard di performances qualitativa definiti da Regione Lombardia: Autovalutazione (Checklist regionale)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Individuazione delle azioni di miglioramento per gli standard non completamente applicati</li> <li>2. Stesura Piano di Miglioramento, comprensivo del sistema di monitoraggio e verifica dell'efficacia delle azioni da implementare</li> <li>3. implementazione delle azioni in ogni struttura</li> <li>4. verifica dell'efficacia delle azioni implementate</li> <li>5. stesura e invio report</li> </ol>
Dipartimento CardioToracoVascolare	7.1 Riesame delle autovalutazioni	Migliorare il livello di applicazione degli standard di performances qualitativa definiti da Regione Lombardia: Autovalutazione (Checklist regionale)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Individuazione delle azioni di miglioramento per gli standard non completamente applicati</li> <li>2. Stesura Piano di Miglioramento, comprensivo del sistema di monitoraggio e verifica dell'efficacia delle azioni da implementare</li> <li>3. implementazione delle azioni in ogni struttura</li> <li>4. verifica dell'efficacia delle azioni implementate</li> <li>5. stesura e invio report</li> </ol>

Dipartimento Neuroscienze	7.1 Riesame delle autovalutazioni	Migliorare il livello di applicazione degli standard di performances qualitativa definiti da Regione Lombardia: Autovalutazione (Checklist regionale)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Individuazione delle azioni di miglioramento per gli standard non completamente applicati</li> <li>2. Stesura Piano di Miglioramento, comprensivo del sistema di monitoraggio e verifica dell'efficacia delle azioni da implementare</li> <li>3. implementazione delle azioni in ogni struttura</li> <li>4. verifica dell'efficacia delle azioni implementate</li> <li>5. stesura e invio report</li> </ol>
Dipartimento Chirurgico Ortopedico	7.1 Riesame delle autovalutazioni	Migliorare il livello di applicazione degli standard di performances qualitativa definiti da Regione Lombardia: Autovalutazione (Checklist regionale)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Individuazione delle azioni di miglioramento per gli standard non completamente applicati</li> <li>2. Stesura Piano di Miglioramento, comprensivo del sistema di monitoraggio e verifica dell'efficacia delle azioni da implementare</li> <li>3. implementazione delle azioni in ogni struttura</li> <li>4. verifica dell'efficacia delle azioni implementate</li> <li>5. stesura e invio report</li> </ol>
Dipartimento Medico	7.1 Riesame delle autovalutazioni	Migliorare il livello di applicazione degli standard di performances qualitativa definiti da Regione Lombardia: Autovalutazione (Checklist regionale)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Individuazione delle azioni di miglioramento per gli standard non completamente applicati</li> <li>2. Stesura Piano di Miglioramento, comprensivo del sistema di monitoraggio e verifica dell'efficacia delle azioni da implementare</li> <li>3. implementazione delle azioni in ogni struttura</li> <li>4. verifica dell'efficacia delle azioni implementate</li> <li>5. stesura e invio report</li> </ol>
Dipartimento Materno Infantile (ad esclusione dei consultori)	7.1 Riesame delle autovalutazioni	Migliorare il livello di applicazione degli standard di performances qualitativa definiti da Regione Lombardia: Autovalutazione (Checklist regionale)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Individuazione delle azioni di miglioramento per gli standard non completamente applicati</li> <li>2. Stesura Piano di Miglioramento, comprensivo del sistema di monitoraggio e verifica dell'efficacia delle azioni da implementare</li> <li>3. implementazione delle azioni in ogni struttura</li> <li>4. verifica dell'efficacia delle azioni implementate</li> <li>5. stesura e invio report</li> </ol>

Dipartimento dei Servizi	7.1 Riesame delle autovalutazioni	Migliorare il livello di applicazione degli standard di performances qualitativa definiti da Regione Lombardia: Autovalutazione (Checklist regionale)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Individuazione delle azioni di miglioramento per gli standard non completamente applicati</li> <li>2. Stesura Piano di Miglioramento, comprensivo del sistema di monitoraggio e verifica dell'efficacia delle azioni da implementare</li> <li>3. implementazione delle azioni in ogni struttura</li> <li>4. verifica dell'efficacia delle azioni implementate</li> <li>5. stesura e invio report</li> </ol>
Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze (ad esclusione del SERD)	7.1 Riesame delle autovalutazioni	Migliorare il livello di applicazione degli standard di performances qualitativa definiti da Regione Lombardia: Autovalutazione (Checklist regionale)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Individuazione delle azioni di miglioramento per gli standard non completamente applicati</li> <li>2. Stesura Piano di Miglioramento, comprensivo del sistema di monitoraggio e verifica dell'efficacia delle azioni da implementare</li> <li>3. implementazione delle azioni in ogni struttura</li> <li>4. verifica dell'efficacia delle azioni implementate</li> <li>5. stesura e invio report</li> </ol>
Dipartimento Fragilità	7.1 Riesame delle autovalutazioni	Migliorare il livello di applicazione degli standard di performances qualitativa definiti da Regione Lombardia: Autovalutazione (Checklist regionale)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Individuazione delle azioni di miglioramento per gli standard non completamente applicati</li> <li>2. Stesura Piano di Miglioramento, comprensivo del sistema di monitoraggio e verifica dell'efficacia delle azioni da implementare</li> <li>3. implementazione delle azioni in ogni struttura</li> <li>4. verifica dell'efficacia delle azioni implementate</li> <li>5. stesura e invio report</li> </ol>
Dipartimento Chirurgico Ortopedico	2.2 Gestione Rischio Clinico: gestione proattiva	Piano Qualità e Risk Management	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ridefinizione Checklist time-out chirurgia sicura</li> <li>2. Informazione e formazione;</li> <li>3. verifica dell'applicazione</li> </ol>
Dipartimento CardioToracoVascolare	2.2 Gestione Rischio Clinico: gestione proattiva	Piano Qualità e Risk Management	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ridefinizione Checklist time-out chirurgia sicura</li> <li>2. Informazione e formazione;</li> <li>3. verifica dell'applicazione</li> </ol>

Dipartimento Neuroscienze	2.2 Gestione Rischio Clinico: gestione proattiva	Piano Qualità e Risk Management	1. Ridefinizione Checklist time-out chirurgia sicura 2. Informazione e formazione; 3. verifica dell'applicazione
Dipartimento Materno Infantile	2.2 Gestione Rischio Clinico: gestione proattiva	Piano Qualità e Risk Management	1. Ridefinizione Checklist time-out chirurgia sicura 2. Informazione e formazione; 3. verifica dell'applicazione
Dipartimento dei Servizi (Radiologia, Medicina Nucleare, Radioterapia)	4.3 continuità operativa	Piano Qualità e Risk Management	1. Chiusura Piano d'Azione Evento Avverso 552/2016 (black-out elettrico e blocco totale Aziendale del servizio PACS visualizzazione immagini) 2. Ridefinizione della procedura; 3. Inserimento processi in Fisica Sanitari
Fisica Sanitaria	4.3 continuità operativa	Piano Qualità e Risk Management	1. Chiusura Piano d'Azione Evento Avverso 552/2016 (black-out elettrico e blocco totale Aziendale del servizio PACS visualizzazione immagini) 2. Ridefinizione della procedura; 3. Inserimento processi in Fisica Sanitaria
SIA	4.3 continuità operativa	Piano Qualità e Risk Management	1. Chiusura Piano d'Azione Evento Avverso 552/2016 (black-out elettrico e blocco totale Aziendale del servizio PACS visualizzazione immagini) 2. Ridefinizione della procedura; 3. Inserimento processi in Fisica Sanitaria
SIC	4.3 continuità operativa	Piano Qualità e Risk Management	1. Chiusura Piano d'Azione Evento Avverso 552/2016 (black-out elettrico e blocco totale Aziendale del servizio PACS visualizzazione immagini) 2. Ridefinizione della procedura; 3. Inserimento processi in Fisica Sanitaria
Dipartimento dei Servizi (Radiologia, Medicina Nucleare, Radioterapia)	6.20 Gestione appropriatezza clinica e organizzativa	Piano Qualità e Risk Management	Indicatori di processo e di esito qualità e sicurezza (Radiologia, Med Nucleare, Radioterapia); tempi di refertazione
Dipartimento dei Servizi (Radiologia, Medicina Nucleare, Radioterapia)	6.09 Qualità della documentazione sanitaria	Piano Qualità e Risk Management	Qualità del referto : inserimento dell'orario di refertazione
Dipartimento dei Servizi (Radiologia, Medicina Nucleare, Radioterapia)	6.20 Gestione appropriatezza clinica e organizzativa	Piano Qualità e Risk Management	Indicatori di appropriatezza PAC

Dipartimento dei Servizi (Radiologia, Medicina Nucleare, Radioterapia)	7.3 Gestione del miglioramento	Piano Qualità e Risk Management	Miglioramento / definizione delle procedure di Segreteria per la qualità/completezza dei dati
Dipartimento dei Servizi (SIMT )	2.2 Gestione Rischio Clinico: gestione reattiva	Piano Qualità e Risk Management	Informatizzazione della richiesta trasfusionale
Dipartimento dei Servizi (ANP)	2.2 Gestione Rischio Clinico: gestione Proattiva	Piano Qualità e Risk Management	Chiusura Piano d'Azione Evento Avverso ANP 2016: 1. Avvio di un sistema di allerta informatizzato per esami refertati oltre i tempi standard; 2. Completamento del sistema di tracciabilità dei campioni nel software; 3. Digitalizzazione del foglio di lavoro e acquisizione di hardware (stampigliatrici automatiche per vetrini porta oggetto e bio cassette )
SIA	2.2 Gestione Rischio Clinico: gestione reattiva	Piano Qualità e Risk Management	Chiusura Piano d'Azione Evento Avverso ANP 2016: 1. Avvio di un sistema di allerta informatizzato per esami refertati oltre i tempi standard; 2. Completamento del sistema di tracciabilità dei campioni nel software; 3. Digitalizzazione del foglio di lavoro e acquisizione di hardware (stampigliatrici automatiche per vetrini porta oggetto e bio cassette )
Dipartimento Chirurgico Ortopedico	6.20 Gestione appropriatezza clinia e organizzativa	Appropriatezza	Esami ematochimici. appropriatezza profili di routine. Avvio delle analisi preliminari con i Dipartimenti al fine di definire il PAC : condivisione dei contenuti Unità Operative
Dipartimento Chirurgico Ortopedico (Chirurgia Generale)	7.3 Gestione del miglioramento	Miglioramento	Chirurgia di Rete: definizione PdC Chirurgia Generale MN- AS - PV (GdM per la definizione del PdC)
Dipartimento Chirurgico Ortopedico (Ortopedia)	7.3 Gestione del miglioramento	Miglioramento	Ortopedia di Rete: definizione PdC Ortopedia MN- AS - PV (GdM per la definizione del PdC)
Dipartimento Chirurgico Ortopedico (Endoscopia Digestiva)	7.3 Gestione del miglioramento	Miglioramento	Endoscopia digestiva: revisione del PdC e PDTA (GdM per la definizione del PdC)

Dipartimento Chirurgico Ortopedico (Chirurgia Generale)	7.3 Gestione del miglioramento	Miglioramento	GdM per la definizione del percorso; Documento "Gestione del paziente stomizzato"
Dipartimento Chirurgico Ortopedico (Chirurgia Generale)	6.19 Gestione degli audit	Audit Clinico	1. Audit Chirurgia Generale per le patologie chirurgiche complesse 2. Sviluppo delle competenze
Dipartimento Chirurgico Ortopedico (Ortopedia)	6.19 Gestione degli audit	Audit Clinico	Audit Percorso ortogeriatrico
Dipartimento Emergenza-Urgenza	6.19 Gestione degli audit	Audit Clinico	Audit Percorso ortogeriatrico
Dipartimento Medico (Medicina PV)	6.19 Gestione degli audit	Audit Clinico	Audit Percorso ortogeriatrico
Dipartimento Emergenza-Urgenza	2.2 Gestione Rischio Clinico: gestione reattiva	Gestione della comunicazione e dei conflitti	Sicurezza operatori Pronto Soccorso : 1. Progetto MCC: focus Group su aggressione con inserimento nuova modalità di segnalazione 2. Revisione della PG12MQ07 dei percorsi brevi in PS (responsabilità della chiusura del verbale ed estensione PV e AS) 3. Ridefinizione servizio di polizia e (attuale servizio vigilanza interna) videosorveglianza PS Asola e PS Pieve
Dipartimento Emergenza-Urgenza	7.3 Gestione del miglioramento	Miglioramento	Fascicolo informatizzato in OBI e cartella informatizzata MdU. GdM per la definizione progetto con valutazione fattibilità organizzativa
SIA	7.3 Gestione del miglioramento	Miglioramento	Fascicolo informatizzato in OBI e cartella informatizzata MdU. GdM per la definizione progetto con valutazione fattibilità organizzativa
Dipartimento Emergenza-Urgenza	7.3 Gestione del miglioramento	Miglioramento	Braccialetti identificativi in PS . GdM per la definizione progetto con valutazione fattibilità organizzativa
SIA	7.3 Gestione del miglioramento	Miglioramento	Braccialetti identificativi in PS . GdM per la definizione progetto con valutazione fattibilità organizzativa
Sale Operatorie	7.3 Gestione del miglioramento	Miglioramento	Attivazione Recovery-room: anche per ottimizzare la Valutazione anestesiológica: in coerenza tra APO e Anestesista di Sala. GdM per la definizione progetto con valutazione fattibilità organizzativa.

Sale Operatorie	7.3 Gestione del miglioramento	Miglioramento	Piano di cura del paziente in sala operatoria / Gestione del paziente sottoposto a intervento chirurgico. GdM per la definizione del percorso
Sale Operatorie	7.3 Gestione del miglioramento	Miglioramento	Gestione in sicurezza delle strumentario: Completamento Action Plan ES 7033: Tracciabilità ferro chirurgico 1. inserimento della check list strumentario chirurgico modificata da Centrale Sterilizzazione 2. Aggiornamento della PG22MQ08 “Prevenzione della ritenzione di garze, strumenti o altro materiale nel sito chirurgico” con istruzione Operativa per il conteggio strumenti in SO. 3. Standardizzazione cesti di strumentario e dei tavoli servitori
Sale Operatorie	7.3 Gestione del miglioramento	Miglioramento	Miglioramento del percorso di urgenza ed emergenza (attivazione equipe – preparazione SO...). Completamento Action Plan EA 22.6.2016. GdM per la definizione dei percorsi di emergenza/ urgenza (PO Mantova, PO Pieve, PO Asola)
Dipartimento emergenza Urgenza: Terapia Dolore	2.1 Gestione Accreditemento	Accreditamento	Trasferimento Centro Terapia del Dolore presso Padiglione Malattie infettive
Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze	7.3 Gestione del miglioramento	Miglioramento	DSM/NPI: Trattamento delle Acuzie Psichiatriche in Adolescenza. Prosecuzione progetto. GdM per la definizione del percorso
Dipartimento Materno Infantile (Pediatria Mantova)	7.3 Gestione del miglioramento	Migliorare il livello di applicazione degli standard previsti dalla Carta dei Diritti del Bambino	1. Individuazione delle azioni di miglioramento per gli standard non completamente applicati 2. Stesura Piano di Miglioramento. 3. Definizione di indicatori per il monitoraggio e la verifica dell’efficacia delle azioni implementate 4. stesura e invio report alla scadenza definita

Dipartimento Materno Infantile (Pediatria Pieve di Coriano)	7.3 Gestione del miglioramento	Miglioramento	GdM per la definizione dei criteri da adottare DSM/NPI/Pediatria: Trattamento delle Acuzie Psichiatriche in Adolescenza. Prosecuzione progetto. GdM per la definizione del percorso
Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze (SPDC)	7.3 Gestione del miglioramento	Miglioramento	Ridefinizione del percorso urgenza/emergenza psichiatrica (nel PdC) ;
Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze (SPDC)	7.3 Gestione del miglioramento	Miglioramento	PROTOCOLLO GESTIONE AGITI AGGRESSIVI (compresa la modalità organizzativa chiamata per situazione di emergenza infermieristica o prolungamento del turno in caso di emergenza)
Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze (SPDC)	7.3 Gestione del miglioramento	Miglioramento	Formazione del personale "gestione del paziente sedato"
Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze	7.3 Gestione del miglioramento	Miglioramento	Corso di aggiornamento e GESTIONE DELLE URGENZE CLINICHE NON PSICHIATRICHE rivolto al personale infermieristico (programmazione biennale)
REMS	2.1 Gestione Accredитamento	Accreditamento	GdM Requisiti organizzativi previsti dall'accreditamento istituzionale: prosecuzione lavori - Cartella clinica
Dipartimento Neuroscienze (Neurologia - Riabilitazione)	6.19 Gestione degli audit	Piano Qualità e Risk Management: riduzione numero cadute	Progetto di audit clinico "cadute accidentali" promosso dal GAD
Dipartimento Medico (Medicina Generale Mantova)	6.19 Gestione degli audit	Piano Qualità e Risk Management: riduzione numero cadute	Progetto di audit clinico "cadute accidentali" promosso dal GAD
Dipartimento CardioToracoVascolare (Cardiochirurgia - Ch Toracica - Ch. Vascolare -Riabilitazione Cardio Respiratoria)	Miglioramento	Promozione "buone pratiche assistenziali": medicazione della ferita chirurgica (sternale e toracica)	Attivazione GdM per la revisione del PRCIO 29 Procedura per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico (SSI) con l'integrazione della parte relativa alla gestione della ferita chirurgica sternale e toracica

Dipartimento CardioToracoVascolare (Penumologia - Riabilitazione Cardio Respiratoria)	6.19 Gestione degli audit	Piano Qualità e Risk Management: riduzione numero cadute	Progetto di audit clinico "cadute accidentali" promosso dal GAD
Struttura Qualità Rischio		Qualità	Avvicinamento nuova edizione norma ISO 9001. Modifica sistema gestione qualità aziendale con mappatura del rischio attraverso GdM- Accompagnamento delle UO certificate
Struttura Qualità Rischio		Qualità	Avvio processo certificazione area acquisto beni e servizi: Costruzione del SGQ area acquisto beni e servizi
Farmacia	3.2 farmacovigilanza	Ridefinizione del programma di farmacovigilanza	Riattivazione della modalità di segnalazione
Dipartimento CardioToracoVascolare (Cardio MN-Cardio PV-Pneumo)	3.2 farmacovigilanza	Farmacovigilanza: promozione della segnalazione spontanea delle ADR da parte degli operatori sanitari.	Segnalazioni ADR (reazione avversa da farmaci)
Dipartimento CardioToracoVascolare (Cardio MN-Cardio PV)	3.2 farmacovigilanza	Farmacovigilanza: promozione della segnalazione spontanea delle ADR da parte degli operatori sanitari.	Processo di ricognizione e di riconciliazione farmacologica per la prescrizione corretta e sicura; progetto pilota sperimentazione
SIA	4.2 disaster recovery	Sviluppo del Disaster recovery	Pubblicazione del piano di disaster recovery. Condivisione e diffusione capillare del piano con simulazione
SIA	PIMO	Garantire il riscontro periodico sullo stato di avanzamento degli obiettivi, fornire immediate evidenze degli scostamenti, e attivare tempestivamente azioni correttive	Strutturare per ciascun processo di competenza un sistema di monitoraggio degli obiettivi /indicatori e delle azioni di miglioramento che consenta di tener sotto controllo: - le scadenze, - l'andamento rispetto gli standard definiti - lo stato di avanzamento delle azioni di miglioramento pianificate

Controllo di Gestione	PIMO	Garantire il riscontro periodico sullo stato di avanzamento degli obiettivi, fornire immediate evidenze degli scostamenti, e attivare tempestivamente azioni correttive	Strutturare per ciascun processo di competenza un sistema di monitoraggio degli obiettivi /indicatori e delle azioni di miglioramento che consenta di tener sotto controllo: - le scadenze, - l'andamento rispetto gli standard definiti - lo stato di avanzamento delle azioni di miglioramento pianificate
GASS	PIMO	Garantire il riscontro periodico sullo stato di avanzamento degli obiettivi, fornire immediate evidenze degli scostamenti, e attivare tempestivamente azioni correttive	Strutturare per ciascun processo di competenza un sistema di monitoraggio degli obiettivi /indicatori e delle azioni di miglioramento che consenta di tener sotto controllo: - le scadenze, - l'andamento rispetto gli standard definiti - lo stato di avanzamento delle azioni di miglioramento pianificate
SRU	PIMO	Garantire il riscontro periodico sullo stato di avanzamento degli obiettivi, fornire immediate evidenze degli scostamenti, e attivare tempestivamente azioni correttive	Strutturare per ciascun processo di competenza un sistema di monitoraggio degli obiettivi /indicatori e delle azioni di miglioramento che consenta di tener sotto controllo: - le scadenze, - l'andamento rispetto gli standard definiti - lo stato di avanzamento delle azioni di miglioramento pianificate
Gestione acquisti	PIMO	Garantire il riscontro periodico sullo stato di avanzamento degli obiettivi, fornire immediate evidenze degli scostamenti, e attivare tempestivamente azioni correttive	Strutturare per ciascun processo di competenza un sistema di monitoraggio degli obiettivi /indicatori e delle azioni di miglioramento che consenta di tener sotto controllo: - le scadenze, - l'andamento rispetto gli standard definiti - lo stato di avanzamento delle azioni di miglioramento pianificate

Affari generali	PIMO	Garantire il riscontro periodico sullo stato di avanzamento degli obiettivi, fornire immediate evidenze degli scostamenti, e attivare tempestivamente azioni correttive	Strutturare per ciascun processo di competenza un sistema di monitoraggio degli obiettivi /indicatori e delle azioni di miglioramento che consenta di tener sotto controllo: <ul style="list-style-type: none"> <li>- le scadenze,</li> <li>- l'andamento rispetto gli standard definiti</li> <li>- lo stato di avanzamento delle azioni di miglioramento pianificate</li> </ul>
Risorse Economiche e finanziarie	PIMO	Garantire il riscontro periodico sullo stato di avanzamento degli obiettivi, fornire immediate evidenze degli scostamenti, e attivare tempestivamente azioni correttive	Strutturare per ciascun processo di competenza un sistema di monitoraggio degli obiettivi /indicatori e delle azioni di miglioramento che consenta di tener sotto controllo: <ul style="list-style-type: none"> <li>- le scadenze,</li> <li>- l'andamento rispetto gli standard definiti</li> <li>- lo stato di avanzamento delle azioni di miglioramento pianificate</li> </ul>
SPPA	PIMO	Garantire il riscontro periodico sullo stato di avanzamento degli obiettivi, fornire immediate evidenze degli scostamenti, e attivare tempestivamente azioni correttive	Strutturare per ciascun processo di competenza un sistema di monitoraggio degli obiettivi /indicatori e delle azioni di miglioramento che consenta di tener sotto controllo: <ul style="list-style-type: none"> <li>- le scadenze,</li> <li>- l'andamento rispetto gli standard definiti</li> <li>- lo stato di avanzamento delle azioni di miglioramento pianificate</li> </ul>
Struttura tecnico economale e dei servizi	PIMO	Garantire il riscontro periodico sullo stato di avanzamento degli obiettivi, fornire immediate evidenze degli scostamenti, e attivare tempestivamente azioni correttive	Strutturare per ciascun processo di competenza un sistema di monitoraggio degli obiettivi /indicatori e delle azioni di miglioramento che consenta di tener sotto controllo: <ul style="list-style-type: none"> <li>- le scadenze,</li> <li>- l'andamento rispetto gli standard definiti</li> <li>- lo stato di avanzamento delle azioni di miglioramento pianificate</li> </ul>

Struttura Qualità Rischio	6.20 Gestione appropriatezza clinia e organizzativa	Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione in urgenza differibile e riduzione dei costi e delle liste d'attesa in Fisiatria, miglioramento della qualità di vita dei pazienti	PERCORSO DI APPROPRIATEZZA Prescrittiva –Branca di fisiatria
Dipartimento Neuroscienze	6.20 Gestione appropriatezza clinia e organizzativa	Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione in urgenza differibile e riduzione dei costi e delle liste d'attesa in Fisiatria, miglioramento della qualità di vita dei pazienti	Definizione PERCORSO DI APPROPRIATEZZA Prescrittiva – Branca di fisiatria
Dipartimento CardioToracoVascolare	6.20 Gestione appropriatezza clinia e organizzativa	Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione in urgenza differibile e riduzione dei costi e delle liste d'attesa in Fisiatria, miglioramento della qualità di vita dei pazienti	PERCORSO DI APPROPRIATEZZA Prescrittiva –Branca di fisiatria
Struttura Qualità Rischio	6.20 Gestione appropriatezza clinia e organizzativa	Miglioramento dell'appropriatezza della gestione della paziente post partum _ valutazione e alert emorragia post partum	GESTIONE E MONITORAGGIO post partum della paziente-Valutazione precoce rischio emorragia post-partum
Dipartimento Materno Infantile (Ostetricia)	6.20 Gestione appropriatezza clinia e organizzativa	Miglioramento dell'appropriatezza della gestione della paziente post partum _ valutazione e alert emorragia post partum	GESTIONE E MONITORAGGIO post partum della paziente-Valutazione precoce rischio emorragia post-partum
Struttura Qualità Rischio	6.20 Gestione appropriatezza clinia e organizzativa	Miglioramento dell'appropriatezza	Gestione e monitoraggio dei percorsi di appropriatezza in atto in Ematologia
Dipartimento dei Servizi (SIMT )	6.20 Gestione appropriatezza clinia e organizzativa	Miglioramento dell'appropriatezza	Gestione e monitoraggio dei percorsi di appropriatezza in atto in Ematologia
Struttura Qualità Rischio	6.20 Gestione appropriatezza clinia e organizzativa	Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e riduzione dei costi , nonché miglioramento della qualità di vita dei pazienti	Gestione e monitoraggio dei percorsi di appropriatezza in atto dell'IMMUNOALLERGOLOGIA EMATOCHIMICA

Dipartimento Medico (Medicina Generale - DayHospital Allergol.)	6.20 Gestione appropriatezza clinia e organizzativa	Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e riduzione dei costi , nonché miglioramento della qualità di vita dei pazienti	Gestione e monitoraggio dei percorsi di appropriatezza in atto dell'IMMUNOALLERGOLOGIA EMATOCHIMICA
Struttura Qualità Rischio	2.2 Gestione Rischio Clinico: gestione CVS	Revisionare il processo di gestione delle richieste di risarcimento danni e gestione CVS in coerenza con la nuova organizzazione aziendale e la recente normativa sulla responsabilità professionale	1. Revisione della PG20MQ08 Gestione del Comitato Valutazioni Sinistri aziendale 2. Definizione sistema di monitoraggio e verifica dell'applicazione della procedura: definizione di almeno n° 1 indicatore di processo e n° 1 di risultato 3. Raccolta dati indicatori relativi al periodo ottobre – dicembre 2017 4. stesura report di monitoraggio dell'andamento
Struttura Qualità Rischio	6.20 Gestione appropriatezza clinia e organizzativa	Revisione della Politica aziendale del Consenso Informato nel rispetto delle Regole regionali per l'esercizio 2017	GdM in collaborazione all'Avvocatura e Medicina legale per la definizione della sottoscrizione del consenso informato alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie
Struttura Qualità Rischio	6.20 Gestione appropriatezza clinia e organizzativa	Realizzazione del miglioramento della compilazione della documentazione clinica (Ricovero e ambulatoriale) a seguito di verifica NOC	Sostegno alle verifiche dei NOC
Struttura Qualità Rischio	6.20 Gestione appropriatezza clinica e organizzativa	Realizzazione dei controlli con il gruppo TAADS	Controllo dell'attività documentale del 3% dei dimessi del 2017
Struttura Qualità Rischio	6.20 Gestione appropriatezza clinia e organizzativa	Miglioramento della sinergia tra il management e la clinica	Definizione, condivisione e monitoraggio degli indicatori clinici e di sicurezza
Struttura Qualità Rischio	Internal Auditing (IA)	Piano annuale di Internal Auditing	Invio Piani di Survey, analisi risk assessment, audit preliminare- analisi della documentazione e della normativa; audit sul campo, valutazione dei rischi, rapporto preliminare alla direzione generale, rapporto finale agli interessati incluso raccomandazioni ed azioni di miglioramento dei rischi
Struttura Qualità Rischio	6.20 Gestione appropriatezza clinia e organizzativa	Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva a livello interno (Specialisti) e a livello territoriale (MMG e PDF)	Ripristino del Tavolo Interaziendale ASST _ ATS e con tutti gli erogatori provinciali con l'obiettivo di condividere il protocollo della corretta prescrizione e dei Percorsi di

			appropriatezza stilati dall'ASST di Mantova per omogeneizzare i comportamenti prescrittivi.
REMS	2.2 Gestione Rischio Clinico: gestione reattiva	Completamento Piano d'Azione Evento Sentinella 2016	Procedura interfaccia attivazione Forze dell'ordine nelle situazioni di emergenza
REMS	2.2 Gestione Rischio Clinico	definizione di azioni correttive/di miglioramento sulla base all'andamento indicatori, segnalazione non conformità /eventi avversi	1. Definizione di azioni correttive/di miglioramento sulla base all'andamento indicatori, segnalazione eventi avversi. Procedura PrS02REMS Gestione del comportamento aggressivo del paziente L'equipe attraverso audit effettuerà: - il monitoraggio della casistica - la misura degli indicatori - la valutazione dell'applicazione della procedura con la rilevazione delle cause degli eventuali scostamenti, delle criticità intercorse e la definizione delle azioni di miglioramento compresa l'eventuale revisione della procedura stessa. 2. Aggiornamento / Revisione Documentazione sanitaria
MEDICINA LEGALE (territoriale)	Gestione documentale	definizione di nuova documentazione o la revisione di quella esistente in linea al sistema qualità aziendale	1. Messa a sistema di: procedure – modulistica - pagina sito web
Direzioni Sanitarie	Gestione documentale	definizione di nuova documentazione o la revisione di quella esistente in linea al sistema qualità aziendale	Definizione di nuova documentazione o revisione di quella esistente relativa ai processi in certificazione
SITRA	Gestione documentale	definizione di indicatori di processo/procedure	1. Definizione di indicatori di qualità e di sicurezza assistenziale 2. Definizione di indicatori di processo/esito PRSITRA01 "Protocollo prevenzione e trattamento lesioni da pressione" definizione di almeno n° 1 indicatore di processo e n° 1 di risultato 3. Raccolta dati indicatori relativi al periodo ottobre – dicembre 2017

			4. stesura report di monitoraggio dell'andamento
Dipartimento Materno Infantile (Ostetricia)	2.2 Gestione Rischio Clinico	Completamento Piano d'Azione Evento Sentinella 2016	Attivazione GdM emergenze ostetriche e definizione messaggio registrato di allerta anestesisti e neonatologi via cellulare
Dipartimento Fragilità: Cure Domiciliari	Gestione documentale	Allineamento al sistema qualità aziendale e ai requisiti di accreditamento	Ridefinizione dei percorsi e processi ADI/ Cure Domiciliari
Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze (SERD)	Gestione documentale	Allineamento al sistema qualità aziendale e ai requisiti di accreditamento	Ridefinizione dei percorsi e processi SERT /SERD
Dipartimento materno infantile (Consultori)	Gestione documentale	Allineamento al sistema qualità aziendale e ai requisiti di accreditamento	Ridefinizione dei percorsi e processi CONSULTORI
Dipartimento CardioToracoVascolare (PNEUMO)	6.8.1 Definizione di PDTA aziendale in base a criteri di priorità	Definizione percorso paziente con BPCO tra ospedale e territorio	PDTA BPCO
Dipartimento CardioToracoVascolare (Cardio MN-Cardio PV)	6.8.1 Definizione di PDTA aziendale in base a criteri di priorità	Definizione percorso paziente con scompenso cardiaco cronico tra ospedale e territorio	PDTA Scompenso cardiaco cronico
Dipartimento Fragilità: Cure Domiciliari	6.8.1 Definizione di PDTA aziendale in base a criteri di priorità	Definizione percorso paziente con BPCO tra ospedale e territorio	PDTA BPCO
Dipartimento Fragilità: Cure Domiciliari	6.8.1 Definizione di PDTA aziendale in base a criteri di priorità	Definizione percorso paziente con scompenso cardiaco cronico tra ospedale e territorio	PDTA Scompenso cardiaco cronico
Dipartimento Medico (Medicina Generale Mantova)	6.8.1 Definizione di PDTA aziendale in base a criteri di priorità	delineare percorsi personalizzati di presa in carico domiciliare dei pazienti fragili, in un processo di integrazione fra ospedale e territorio	PDTA PZ POLIPATOLOGICO DIMESSO DA MEDICINA DI MANTOVA
Dipartimento Fragilità: Cure Domiciliari	6.8.1 Definizione di PDTA aziendale in base a criteri di priorità	delineare percorsi personalizzati di presa in carico domiciliare dei pazienti fragili, in un processo di integrazione fra ospedale e territorio	PDTA PZ POLIPATOLOGICO DIMESSO DA MEDICINA DI MANTOVA

Dipartimento fragilità: Continuità delle cure	6.8.1 Definizione di PDTA aziendale in base a criteri di priorità	Definizione del percorso ospedale territorio del paziente fragile dimesso	PDTA DIMISSIONI PROTETTE
Dipartimento Fragilità: Cure Domiciliari		Prevenzione cadute in ambito ADI	Ridefinizione percorso con inserimento della valutazione ambientale
Dipartimento fragilità	Benessere/ accreditamento	Indagine di clima nelle strutture sociosanitarie	Somministrazione indagine di clima mirata nelle strutture sociosanitaria attraverso software Talete
Dipartimento fragilità: Cure domiciliari	2.1 Gestione Accreditamento: ADI (Benessere)	GESTIONE DEI CONFLITTI	CORSO DI FORMAZIONE ALLA COMUNICAZIONE E GESTIONE DEI CONFLITTI
Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze (SERD)	2.1 Gestione Accreditamento: SERD (Benessere)	GESTIONE DEI CONFLITTI	CORSO DI FORMAZIONE ALLA COMUNICAZIONE E GESTIONE DEI CONFLITTI
Dipartimento fragilità: CURE PALLIATIVE	2.1 Gestione Accreditamento	NUOVO ACCREDITAMENTO STRUTTURA	Ridefinizione dei percorsi e processi
PROTESICA MAGGIORE E MINORE	Gestione documentale	Allineamento al sistema qualità aziendale	GdM per la definizione dei presidi per l'assorbenza
VACCINAZIONI	Gestione documentale	Allineamento al sistema qualità aziendale	GdM per la revisione dei documenti in uso per le vaccinazioni in ASST
Dipartimento fragilità: Centro Servizi	Gestione documentale	COSTITUZIONE CENTRO SERVIZI	GdM PER DEFINIZIONE CENTRO SERVIZI
Dipartimento Fragilità	6.8.1 Definizione di PDTA aziendale in base a criteri di priorità	Definizione percorso paziente demente tra ospedale e territorio	PDTA DEMENZE
Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze (SERD)	2.2 Gestione Rischio Clinico	interventi di formazione e/o informazione a supporto della riorganizzazione	1. Analisi dell'attuale sistema di segnalazione 2. Allineamento al sistema di Risk Management aziendale 3. verifica sul campo
Dipartimento materno infantile (Consultori)	2.2 Gestione Rischio Clinico	interventi di formazione e/o informazione a supporto della riorganizzazione	1. Analisi dell'attuale sistema di segnalazione 2. Allineamento al sistema di Risk Management aziendale 3. verifica sul campo
SRU- Formazione	PIMO	Garantire uniformità di gestione nei processi già certificati ISO nell'ambito del PIMO.	1. Applicazione dello strumento di valutazione dei rischi nell'ambito dei processi certificati 2. Aggiornamento del sistema di monitoraggio degli obiettivi /indicatori rispetto al rischio rilevato e delle azioni di miglioramento 3. monitoraggio indicatori e azioni di miglioramento definite 4. stesura e invio report

SIC	PIMO	Garantire uniformità di gestione nei processi già certificati ISO nell'ambito del PIMO.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Applicazione dello strumento di valutazione dei rischi nell'ambito dei processi certificati</li> <li>2. Aggiornamento del sistema di monitoraggio degli obiettivi /indicatori rispetto al rischio rilevato e delle azioni di miglioramento</li> <li>3. monitoraggio indicatori e azioni di miglioramento definite</li> <li>4. stesura e invio report</li> </ol>
STP	PIMO	Garantire uniformità di gestione nei processi già certificati ISO nell'ambito del PIMO.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Applicazione dello strumento di valutazione dei rischi nell'ambito dei processi certificati</li> <li>2. Aggiornamento del sistema di monitoraggio degli obiettivi /indicatori rispetto al rischio rilevato e delle azioni di miglioramento</li> <li>3. monitoraggio indicatori e azioni di miglioramento definite</li> <li>4. stesura e invio report</li> </ol>
Fisica Sanitaria	PIMO	Garantire uniformità di gestione nei processi già certificati ISO nell'ambito del PIMO.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Applicazione dello strumento di valutazione dei rischi nell'ambito dei processi certificati</li> <li>2. Aggiornamento del sistema di monitoraggio degli obiettivi /indicatori rispetto al rischio rilevato e delle azioni di miglioramento</li> <li>3. monitoraggio indicatori e azioni di miglioramento definite</li> <li>4. stesura e invio report</li> </ol>
DMP	2.2 Gestione Rischio Clinico	Garantire una gestione efficace e sicura dei pazienti che devono essere trasportati sia in ambito ospedaliero che extraospedaliero	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Analisi del processo e delle criticità</li> <li>2. Analisi e revisione della documentazione aziendale <ul style="list-style-type: none"> <li>• POL6MQ07 Politica dei trasporti</li> <li>• PG11MQ07 Gestione dei trasporti interni</li> <li>• IO01PG1MQ07 Trasporto in sicurezza del pz critico con patologia neurologica</li> <li>• PI02MQ07 Gestione dei trasporti sanitari secondari</li> <li>• PI03MQ07 gestione del trasporto del neonato e trasporto assistito materno e del trasporto del paziente pediatrico</li> </ul> </li> <li>3. Definizione sistema di monitoraggio e verifica</li> </ol>

			<p>dell'applicazione delle procedure: definizione per ciascuna procedura di almeno n° 1 indicatore di processo e n° 1 di risultato</p> <p>4. Raccolta dati indicatori relativi al periodo ottobre – dicembre 2017</p> <p>5. stesura report di monitoraggio dell'andamento</p>
Farmacia	2.2 Gestione Rischio Clinico	Prevenire gli errori in terapia legati all'uso dei farmaci LASA, sia in ambito ospedaliero che territoriale	<p>1. Analisi del processo e delle criticità</p> <p>2. Analisi e revisione della documentazione aziendale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PG28MQ08 Gestione in sicurezza del farmaco e documenti collegati</li> </ul> <p>3. Revisione /Definizione sistema di monitoraggio e verifica dell'applicazione della procedura: definizione di almeno n° 1 indicatore di processo e n° 1 di risultato</p> <p>4. Raccolta dati indicatori relativi al periodo ottobre – dicembre 2017</p> <p>5. stesura report di monitoraggio dell'andamento</p>
Farmacia	2.2 Gestione Rischio Clinico	Garantire la qualità e la sicurezza delle cure ai pazienti in terapia con farmaci antineoplastici e chemioterapici	<p>1. Analisi del processo e delle criticità</p> <p>2. Analisi e revisione della documentazione aziendale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PG27MQ08 Gestione preparazione e somministrazione farmaci chemioterapici</li> </ul> <p>3. Definizione sistema di monitoraggio e verifica dell'applicazione della procedura: definizione di almeno n° 1 indicatore di processo e n° 1 di risultato</p> <p>4. Raccolta dati indicatori relativi al periodo ottobre – dicembre 2017</p> <p>5. stesura report di monitoraggio dell'andamento</p>

SPPA	2.2 Gestione Rischio Clinico	Garantire la qualità e la sicurezza delle cure ai pazienti in terapia con farmaci antineoplastici e chemioterapici	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Analisi del processo e delle criticità</li> <li>2. Analisi e revisione della documentazione aziendale <ul style="list-style-type: none"> <li>• PG27MQ08 Gestione preparazione e somministrazione farmaci chemioterapici</li> </ul> </li> <li>3. Definizione sistema di monitoraggio e verifica dell'applicazione della procedura: definizione di almeno n° 1 indicatore di processo e n° 1 di risultato</li> <li>4. Raccolta dati indicatori relativi al periodo ottobre – dicembre 2017</li> <li>5. stesura report di monitoraggio dell'andamento</li> </ol>
Dipartimento Medico (Oncologia)	2.2 Gestione Rischio Clinico	Garantire la qualità e la sicurezza delle cure ai pazienti in terapia con farmaci antineoplastici e chemioterapici	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Analisi del processo e delle criticità</li> <li>2. Analisi e revisione della documentazione aziendale <ul style="list-style-type: none"> <li>• PG27MQ08 Gestione preparazione e somministrazione farmaci chemioterapici</li> </ul> </li> <li>3. Definizione sistema di monitoraggio e verifica dell'applicazione della procedura: definizione di almeno n° 1 indicatore di processo e n° 1 di risultato</li> <li>4. Raccolta dati indicatori relativi al periodo ottobre – dicembre 2017</li> <li>5. stesura report di monitoraggio dell'andamento</li> </ol>

**Il Direttore**  
**Struttura Complessa Qualità Accreditamento e Risk Management**  
**Dott. Enrico Burato**

Mantova, 29 marzo 2018

Referente del procedimento: Elena Benati – Addetto Al Risk Management