Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ATS Val Padana

PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT

ANNO 2018

ATS della Val Padana

Sede Legale: Via dei Toscani, 1 - 46100 Mantova - www.ats-valpadana.it - C.F / P.I. 02481970206

"Non aspettare: non sarà mai il tempo opportuno.
Inizia ovunque ti trovi, con qualsiasi mezzo
tu possa avere a tua disposizione:
mezzi migliori li troverai lungo il cammino."
(Napoleon Hill)

PREMESSA

Il Piano dell'attività di Risk Management per l'anno 2018 continua nell'obiettivo intrapreso nel corso del 2016 e 2017, di coniugare le specificità dei territori mantovani e cremonesi dando continuità ai percorsi di gestione strategica ed operatività dei rischi.

L'attività di Risk Management infatti, attraverso strumenti di intervento proattivo e reattivo, si è rivelata indispensabile per assicurare l'erogazione delle prestazioni sanitarie garantendo la migliore qualità e sicurezza possibile.

Questo percorso virtuoso si è avviato formalmente in Regione Lombardia con l'emanazione della Circolare n. 46/SAN del 27 dicembre 2004, ed annualmente si è arricchito di innovazioni ed implementazioni di carattere regionale e locale, a sostegno del fatto che la corretta gestione del rischio clinico e della sicurezza del paziente siano aspetti decisivi ed elementi imprescindibili di un moderno sistema di gestione delle strutture sanitarie.

ATS della val Padana continua a perseguire una politica di Gestione del rischio clinico, per altro ricompresa all'interno della più ampia politica per la qualità aziendale, che si fonda sulla visione dell'errore come un'occasione di apprendimento e di miglioramento, abbandonando il comune atteggiamento di colpevolizzazione. Ciò non significa dimenticare le responsabilità davanti agli eventi avversi, ma spostare l'attenzione sulle cause profonde che, se analizzate ed affrontate, possono evitare il ripetersi dell'evento in futuro.

È ferma convinzione che lo sviluppo di interventi efficaci discenda non solo dalla comprensione delle criticità dell'organizzazione, ma anche dalla reale diffusione di una consapevolezza che consenta di superare gli individualismi e le resistenze culturali, barriere per l'attuazione di misure organizzative e di comportamenti volti a promuovere l'analisi degli eventi avversi e a raccogliere gli insegnamenti che da questi possono derivare. Pertanto la sicurezza dei pazienti viene collocata nella prospettiva di un complessivo miglioramento della qualità. Per realizzare ciò è necessaria l'interazione delle molteplici componenti che agiscono nel sistema e l'adozione di pratiche di governo clinico che consentano di porre al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini, valorizzando nel contempo il ruolo e la responsabilità di tutte le figure professionali che operano in sanità.

VERIFICA DEI RISULTATI DEL PIANO RISK MANAGEMENT ANNO 2017

Nel rispetto di un percorso consolidato, la definizione del Piano annuale di Risk Management dell'ATS Val Padana, per l'anno 2018, non può prescindere, nei suoi contenuti, dall'analisi dei risultati raggiunti nel 2017.

In particolare ha trovato la conclusione il progetto:

- ANALISI PROATTIVA DEI RISCHI NELL'AMBITO DELLA DIAGNOSI PRECOCE DEL CARCINOMA DEL COLON RETTO.
  Durante il 2017, come da cronoprogramma, si è cercato di attuare il piano d'azione da parte di tutti gli attori coinvolti e si è provveduto alla rivalutazione delle azioni introdotte, al fine di superare le criticità rilevate attraverso lo strumento FMECA. Si ritiene, pertanto, chiuso.

Mentre verrà ripreso, seppur modificandolo e adattandolo alla realtà e alle differenti dinamiche della Continuità Assistenziale, il progetto relativo alla

- SICUREZZA OPERATORI: RISCHIO AGGRESSIONI.

La diffusione del protocollo "aggressioni" redatto nel 2016 sarà divulgato anche attraverso un corso di formazione da estendersi principalmente al personale dell'ATS. Questa tematica verrà orientata e calata nel ben più ampio progetto della "sicurezza delle sedi di Continuità Assistenziale"

Proseguirà, invece, per la seconda annualità il progetto:

- RICOGNIZIONE FARMACOLOGICA (RACCOMANDAZIONE 17) – PROGETTO BIENNALE

Obiettivo della Raccomandazione 17 è la prevenzione degli errori in terapia nei momenti in cui il paziente viene ricoverato o dimesso o trasferito in reparti della stesso ospedale o ad altra struttura ospedaliera o extraospedaliera (territoriale) e al domicilio.

LE LINEE DI INDIRIZZO REGIONALE 2018

In continuità con la strategia delineata con la circolare 46/SAN del dicembre 2004 e successivi aggiornamenti, la nota n. G1.2017.38696 del 21.12.2017 detta le aree tematiche principali all'interno dei quali definire progetti operativi specifici e declina l'attività di Risk Management come segue:

PROGETTI: il numero di progetti da realizzare va da un minimo di 2 a un massimo di 5, favorendo la realizzazione di progetti multi-aziendali per ottimizzare le risorse e far crescere le sinergie.

A livello Aziendale dovrà risultare implementato almeno l'80% delle 17 Raccomandazioni Ministeriali (fra quelle applicabili alla propria realtà).

Tra le tematiche ritenute prioritarie in cui far rientrare almeno un progetto e scelte da ATS, si sottolineano:

- *infezione-sepsi,*
- *rischio nell'utilizzo di farmaci.*

I restanti progetti saranno scelti in base alle peculiarità dell'Azienda ed alle aree ritenute maggiormente a rischio.

MONITORAGGIO DEGLI EVENTI SENTINELLA: Proseguono anche per l'anno 2018 le attività di monitoraggio di:

- eventi sentinella garantendo la qualità e la completezza dei dati per l'aggiornamento dei flussi informativi e per la redazione dei report a livello regionale e nazionale; in particolare è fondamentale il Monitoraggio degli Eventi Sentinella in SIMES;
- richieste di risarcimento con l'obiettivo di un aggiornamento continuo delle informazioni riguardanti le richieste di risarcimento ai fini della conoscenza delle sinistrosità dell'ATS.

ASCOLTO E MEDIAZIONE TRASFORMATIVA: Rimane fondamentale l'obiettivo di "fare rete" per lo svolgimento dell'attività di ascolto/mediazione trasformativa attuando gli scambi interaziendali necessari per garantire l'operatività delle équipe di mediatori.

RACCOMANDAZIONE MINISTERIALI: Entro fine del 2018 le Aziende e le Agenzie dovranno aver implementato delle Raccomandazioni pubblicate dal Ministero della Salute (fra quelle applicabili alla propria realtà).

EVENTI FORMATIVI: Le Aziende e le Agenzie dovranno organizzare eventi formativi aziendali specifici sulle aree di maggior criticità atti a migliorare la sicurezza del paziente.

NETWORK: Partecipazione ai network con cadenza trimestrale.

TRASPARENZA DEI DATI: la Legge n. 24/2017 prevede, per tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie, la pubblicazione sul proprio sito internet di una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto e l'importo dei risarcimenti erogati (il liquidato annuo) relativamente alle richieste di risarcimento in ambito di Risk Management, con riferimento all'ultimo quinquennio.

L'OBIETTIVO GENERALE E LA STRATEGIA AZIENDALE

La gestione del rischio clinico rimane la leva su cui agire per migliorare la sicurezza del paziente e la qualità delle cure, anche, ma non solo, alla luce dei cambiamenti organizzativi e dei nuovi assetti territoriali.

Nell'anno 2018, nel rispetto delle Linee Guida annuali sulla materia, l'obiettivo generale del Piano si conferma identificato nella piena realizzazione di un sistema integrato per la gestione del rischio, nelle sue componenti di sicurezza clinica, ambientale e del lavoro.

Gli ambiti costantemente presidiati dal sistema di Gestione del Rischio sono identificati in:

- utenza e rischi associati all'erogazione delle prestazioni sanitarie (rischio clinico), anche se non direttamente erogate;
- rischi correlati all'erogazione delle prestazioni amministrative;
- operatori e rischi correlati con le attività svolte, ai fini della riduzione degli infortuni e delle malattie professionali;
- rischi correlati a risorse patrimoniali (fabbricati, impianti, macchinari, attrezzature, ecc..).

Di primario rilievo appare il mantenimento a regime degli strumenti di controllo, monitoraggio e gestione di eventi inattesi e significativi e di trend e variazioni indesiderate. Tali strumenti includono:

- il processo di incident reporting;
- il registro degli infortuni sul lavoro;
- le indagini di soddisfazione degli utenti ed il sistema di raccolta delle segnalazioni/reclami;
- operatività del CVS (analisi e gestione dei contenziosi e delle richieste di risarcimento danni).

Viene mantenuta la collaborazione tra il Risk Manager e il Servizio Affari Generali Legali e Istituzionali dell'Agenzia per l'efficace definizione delle attività utili alla gestione dei sinistri e la valutazione ed eventuale liquidazione dei risarcimenti.
Sarà garantita la continuità operativa del Gruppo di Coordinamento per la Gestione del Rischio (la cui composizione è stata rivista a fine 2017) e del Comitato Valutazione Sinistri.

I PROGETTI OPERATIVI ANNUALI

I progetti che si attueranno nel corso del 2018 sono n. 3 di cui n. 2 multiaziendali:

1. *PROGETTO N.1. PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALLE PRATICHE ASSISTENZIALI IN RSA LOMBARDE.*

Le infezioni rappresentano la principale causa di morbilità e di ospedalizzazione per gli ospiti delle strutture residenziali (RSA), in particolare da patogeni cosiddetti “difficili” e multiresistenti. A ciò si aggiunge che gli ospiti delle RSA si caratterizzano per l’estrema fragilità, e, nel contempo per la presenza di patologie croniche e comorbosità con compromissione delle difese immunitarie e della necessità di conseguenti trattamenti politerapici specifici. Nelle RSA la gestione delle infezioni può risultare particolarmente complessa, sia per problemi clinici specifici a livello di diagnosi e di terapia, sia per problemi organizzativi. L'insorgenza di una complicanza infettiva in un paziente ospedalizzato proveniente da una RSA, comporta costi sia in termini di salute che economici tanto per il paziente quanto che per il sistema socio sanitario.

Le infezioni correlate all’assistenza (ICA) sono, almeno in parte, prevenibili, adottando pratiche assistenziali validate, per questo motivo le ICA rappresentano un indicatore della qualità delle cure erogate. L’entità e la diffusione del problema infezioni possono essere ben governate dalle ATS, sia in ragione del proprio ruolo o (programmazione, acquisto, accreditamento e controllo delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie), ma anche in virtù del fatto che dispongono di fonti informative privilegiate in grado di consentire la mappatura del rischio nel territorio di competenza.

Il progetto avrà durata triennale. Vedrà il coinvolgimento dei principali attori del sistema socio sanitario Lombardo e si articolerà nelle seguenti fasi:

1) Costituzione gruppo di coordinamento multidisciplinare interaziendale con la regia delle ATS.
2) Studio contesto per ogni ATS, attraverso l’analisi dei flussi di dati a disposizione.
3) Redazione check-list logistico - organizzativa per accertare e valutare la presenza e l’applicazione in RSA di determinati protocolli atti a prevenire la diffusione di ICA (lavaggio delle mani, gestione CVC, Gestione CV, gestione decubiti, gestione PEG).
4) Somministrazione check-list alle strutture residenziali aderenti al progetto, da restituirsi alle ATS di competenza.
5) Analisi dati raccolti mediante la check-list con individuazione delle aree a maggior rischio nell’arco di due mesi a cura del gruppo di lavoro.
6) Promozione momenti formativi per la restituzione risultati e rappresentare le evidenze aderenti alle raccomandazioni riconosciute dal mondo scientifico con la finalità di proporre e stimolare strategie di miglioramento (Formazione residenziale a cura di ATS e ASST e Formazione sul campo a cura delle RSA).

7) Richiesta alle RSA di implementare un piano di miglioramento che contempli l'elaborazione /revisione e distribuzione controllata di procedure, buone prassi, istruzioni operative correlate alla prevenzione del rischio di infezione/sepsi.
8) Attuazione programma di verifica con rivalutazione mediante AUDIT ed utilizzo di indicatori (con riferimento all'allegato 2 alla DGR 1765 dell'8 maggio 2014) di processo (es. aderenza a protocolli assistenziali/procedure, attività formative svolte, ecc.) e di esito (riduzione dell'incidenza delle infezioni correlate all'assistenza e loro complicanze, soddisfazione utenti/familiari nei confronti della qualità dell'assistenza percepita, ecc.).
9) Rivalutazione contesto per ogni ATS lombarda, attraverso l'analisi dei flussi di dati a disposizione (BDA, SOSIA, Denuncia di Malattie Infettive, Verbali PS e SDO).

Nel 2018 si prevede di mettere in atto le fasi 1-5.

SCHEDA PROGETTO - ANNO 2018	
ASST/IRCCS/ATS	ATS lombarde - progetto congiunto
Risk Manager	Abbiati, Bovio, Donzelli, Fascendini, Paiano, Politi, Ravelli, Tereanu
1. Titolo del Progetto	**PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALLE PRATICHE ASSISTENZIALI NELLE RSA LOMBARDE**
2. Motivazione della scelta	La popolazione ospite delle strutture residenziali socio sanitarie è particolarmente esposta al rischio infettivo, a causa delle condizioni di fragilità e di compromissione di base dello stato di salute, associate alla vita in comunità e, spesso, a frequenti ricoveri in ospedale. Si segnala che il tasso di prevalenza totale delle ICA, presso le strutture socio sanitarie del territorio, è stimato in una percentuale che varia tra il 3 e il 4 % degli ospiti, con una preponderanza di quelle a carico delle vie respiratorie, delle vie urinarie, della cute (lesioni, piaghe da decubito) e del tratto gastrointestinale. La frequenza delle malattie infettive nelle RSA determina spesso un utilizzo empirico degli antibiotici ed il conseguente aumento della selezione e trasmissione di microorganismi antibiotico resistenti (Studio pilota ECDC).Oggi questa problematica è diventata una vera e propria priorità di sanità pubblica a livello mondiale, non soltanto per le importanti implicazioni cliniche (aumento della morbilità, letalità, durata della malattia, possibilità di sviluppo di complicanze, possibilità di epidemie), ma anche per la ricaduta economica delle infezioni da batteri antibiotico-resistenti, dovuta al costo aggiuntivo richiesto per l'impiego di farmaci e di procedure più costose, per l'allungamento delle degenze in ospedale e per eventuali invalidità che ne derivano. Appare, quindi, indispensabile nell'evoluzione delle attività delle A.T.S. Lombarde implementare l'analisi del rischio non solo nella fase diretta (ormai molto limitata), ma nella fase gestionale e organizzativa dei processi che riconducono a una prestazione clinica con particolare attenzione al territorio e alla mappatura del percorso del cittadino/utente.
3.Area di RISCHIO	Rischio Infezioni - Sepsi
se ALTRO, specificare:	
4. Ambito Aziendale P.O/U.O. /Ambito ove verrà attuato il progetto:	Risk Management, Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie, Programmazione per l'integrazione delle Prestazioni Sociosanitarie e Sociali, RSA Lombarde
5. Nuovo/Prosecuzione	Nuovo
6. Durata Progetto	3 anni
7. Eventuali Aziende Compartecipanti	RSA del territorio lombardo, ASST lombarde
8. Obiettivo	1. Prevenzione e contenimento delle infezioni correlate all'assistenza. 2. Riduzione ospedalizzazione per ICA. 3. Diffusione della consapevolezza/conoscenza del rischio correlato alla pratica assistenziale tra gli operatori sociali e sanitari, i familiari ed i volontari delle RSA. 4. Sviluppo di competenze che facilitino percorsi orientati alla sicurezza del paziente nell'ambito della prevenzione delle ICA, compresa la gestione della terapia antibiotica. 5. Mappatura dei processi assistenziali che permetta di fotografare la struttura logistico-organizzativa delle RSA aderenti, mediante check list. 6. Revisione di procedure/istruzioni operative relative al controllo delle infezioni.
10. Realizzazione/Prodotto Finale	**Per il 2018**: mappatura delle infezioni sviluppate nelle RSA Lombarde (ottenuta sia tramite l'analisi dei flussi di dati amministrativi a disposizione delle ATS, sia tramite i dati raccolti dalle check list compilate dalle RSA aderenti al progetto). **Per il 2019:** indivuduazione delle criticità organizzative e gestionali più rilevanti e più frequenti nelle RSA, incontri per restituzione dei dati alle RSA (verbali) e Incontri formativi. **Per il 2020** audit con RSA a campione (percentuale da definire in funzione delle adesioni)e nuova mappatura (rivalutazione)

9. Strumenti e metodi	Utilizzo flussi informativi amministrativi SOSIA SDO MAINF - Analisi e valutazione degli indicatori generali e specifici adottati nei controlli di appropriatezza - Revisione della letteratura scientifica - Somministrazione della check list logistico/organizzativa - applicativo survey monkey - Formazione - Audit		
11. Risultati e indicatori	Risultato	Indicatore	Dati della Misurazione a fine anno
	Estrazione dati	si/no	
	redazione check list	si/no	
	restituzione check list da parte delle RSA aderenti	%	
	RSA lombarde aderenti al progetto	N°	

allegato alla pagina 8

SCHEDA DI PROGETTO

Pianificazione del Progetto (Cronoprogramma)

Azienda ATS DELLA VAL PADANA

Risk Manager DONZELLI CECILIA

Titolo del Progetto PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALLE PRATICHE ASSISTENZIALI NELLE RSA LOMBARDE.

			2018											
FASI	**RISORSE**	**RESPONSABILITA'**	**Gennaio**	**Febbraio**	**Marzo**	**Aprile**	**Maggio**	**Giugno**	**Luglio**	**Agosto**	**Settembre**	**Ottobre**	**Novembre**	**Dicembre**
Identificazione del Progetto	Risk Management, Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie, Programmazione per l'integrazione delle Prestazioni Sociosanitarie e Sociali, RSA Lombarde	Risk Management, Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie, Programmazione per l'integrazione delle Prestazioni Sociosanitarie e Sociali, RSA Lombarde	x	x										
Costituzione Gruppo Regionale ATS	Risk Management ATS e Gruppo di lavoro Regionale	Risk Management ATS e Gruppo di lavoro Regionale	x	x										
Redazione check list per rilevazione dell'organizzazione dell'unità d'offerta in merito alla prevenzione e gestione delle infezioni in collaborazione con Rappresentanti delle RSA.	Risk Management,Rappresentanti RSA	Risk Management, RSA Lombarde			x	x								

allegato alla pagina 8

Rilevazione quali-quantitativa delle infezioni sviluppate nelle RSA Lombarde (ottenuta tramite l'analisi dei flussi di dati amministrativi a disposizione delle ATS). Mappatura del fenomeno	Risk Management, Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie, Programmazione per l'integrazione delle Prestazioni Sociosanitarie e Sociali, Servizio Epidemiologico Aziendale, UOC Sistemi Informativi e Controllo Direzionale, RSA	Risk Management, Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie, Programmazione per l'integrazione delle Prestazioni Sociosanitarie e Sociali, Servizio Epidemiologico Aziendale, UOC Sistemi Informativi e Controllo Direzionale, RSA Lombarde			x	x	x	x	x	x	x			
Presentazione del Progetto e della check list alle RSA e invio delle check-lists.	Risk Management, Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie, Programmazione per l'integrazione delle Prestazioni Sociosanitarie e Sociali, RSA Lombarde	Risk Management, Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie, Programmazione per l'integrazione delle Prestazioni Sociosanitarie e Sociali, RSA Lombarde						x	x	x	x			
Raccolta dati check list e loro analisi	Risk Management, Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie, Programmazione per l'integrazione delle Prestazioni Sociosanitarie e Sociali, RSA Lombarde	Risk Management, Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie, Programmazione per l'integrazione delle Prestazioni Sociosanitarie e Sociali, RSA Lombarde										x	x	x

2. RIORGANIZZAZIONE DELLE SEDI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE DI ATS DELLA VAL PADANA: puntiamo sulla sicurezza.

La D.G.R. n. X/4702 del 29.12.2015 – Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario per l'esercizio 2016 - in particolare nel sub allegato 3 - riporta che la *"gestione amministrativa distrettuale/territoriale MMG, PLS e MCA (verifica ADI, ADP, PIPP, attività prescrittiva - attuazione AIA – turni MCA e gestione postazioni)"* sia di competenza delle ASST.

La D.G.R. n. X/5513 del 02.08.2016 *"Ulteriori determinazioni in ordine alle linee guida regionali per l'adozione dei piani di organizzazione aziendale strategici delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST)*" fornisce indicazioni riguardo le competenze del Dipartimento Cure Primarie dell'ATS. Tali disposizioni prevedono, tra l'altro, che siano assegnate al Dipartimento delle Cure Primarie dell'ATS "*le funzioni relative all'attuazione, secondo le indicazioni nazionali e regionali, delle convenzioni MMG, PLS e MCA, le funzioni relative al governo dell'assistenza sanitaria al cittadino (diritto all'assistenza e riconoscimento delle esenzioni), nonché la gestione di tutte le attività strettamente connesse, tra cui le rendicontazioni (ADI, ADP, PIPP), la verifica dell'attività prescrittiva, l'attuazione dell'Accordo Integrativo Aziendale, i turni MCA e l'individuazione e gestione delle postazioni di Continuità Assistenziale anche in previsione del ruolo unico della Medicina Generale"*. La stessa deliberazione di cui sopra precisa, inoltre, che *"il Dipartimento Cure Primarie dell'ATS si avvale delle ASST per garantire l'accesso ai servizi da parte dei cittadini, compresa l'attività di scelta e revoca, le esenzioni, l'assistenza sanitaria al cittadino, ecc. e la disponibilità delle postazioni di continuità assistenziale".*

Da quanto premesso si evince che la Continuità Assistenziale prevede una gestione in parte in capo ad ATS ed in parte in capo alle ASST competenti per territorio.

Le problematiche della sicurezza delle sedi di Continuità Assistenziale e dei medici che vi lavorano al servizio dei cittadini sono sempre più attuali, anche nella nostra realtà, oltre che nel resto del paese.

Il Ministero della Salute nella Raccomandazione n. 8, del Novembre 2007 relativa alla *"Prevenzione degli Atti di violenza a danno degli operatori sanitari"* definisce gli atti di violenza eventi sentinella che richiedono la messa in atto di opportune iniziative di protezione e prevenzione. Pertanto, di concerto con ASST, con particolare riguardo della sede di Mantova, si è convenuti nel ritenere prioritari i rischi inerenti le problematiche riguardanti la continuità assistenziale, poiché sono sempre numerose le segnalazioni di criticità da parte dei medici di C.A. e di disservizi da parte dei cittadini, per le più disparate motivazioni.

Nel 2017 è stato intrapreso un percorso di analisi delle sedi di CA di tutto il territorio di ATS della Val Padana, da parte dell'RSPP e del Medico Competente, che ha evidenziato situazioni effettivamente "critiche" sotto diversi aspetti.

Considerato quanto sopra, in relazione alla situazione esistente, è stata formulata una ipotesi di revisione organizzativa, finalizzata al miglioramento dell'efficienza del Servizio, alla maggiore omogeneizzazione tra territori e alla tutela della sicurezza dei MCA.

Per raggiungere gli obiettivi di sicurezza sarebbe necessario che le sedi di CA fossero ubicate presso strutture nelle quali, sono presenti altri soggetti oltre al MCA, ad esempio collocando la sede presso Presidi Ospedalieri, RSA, postazioni di servizi per Emergenza Urgenza, ecc.

Le sedi di CA, oltre a disporre di locali aventi le caratteristiche previste dagli Accordi Nazionali e Regionali, dovranno essere dotate di dispositivi adeguati a garantire la sicurezza del MCA in caso di eventuali accessi di cittadini negli ambulatori delle sedi di CA.

Una prima ipotesi di riorganizzazione potrebbe comportare una contrazione del numero di sedi, oltre che una riorganizzazione dell'attività e del numero di medici in turno, dovendo anche rivisitare i comuni di competenza dei vari Presidi; o cercare di contenere gli accessi ambulatoriali quando è presente un solo medico, o altre azioni con l'obiettivo comune di rafforzare la sicurezza delle sedi per tutelare l'incolumità dei medici. Infine, si prevede anche un corso di formazione da rivolgere ai MCA, poiché potrebbe avere un ruolo importante l'acquisizione di competenze tecnico professionali sulla comunicazione con particolare riferimento alla gestione dei conflitti anche mediante la conoscenza delle tecniche di programmazione neurolinguistica.

SCHEDA PROGETTO - ANNO 2018			
ASST/IRCCS/ATS	ATS Val Padana		
Risk Manager	Cecilia Donzelli		
1. Titolo del Progetto	**RIORGANIZZAZIONE DELLE SEDI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE DI ATS DELLA VAL PADANA: puntiamo sulla sicurezza**.		
2. Motivazione della scelta	Le problematiche della sicurezza delle sedi di Continuità Assistenziale e dei medici che vi lavorano al servizio dei cittadini sono sempre più attuali, anche nella nostra realtà, oltre che nel resto del paese. Il Ministero della Salute nella Raccomandazione n. 8, del Novembre 2007 relativa alla "Prevenzione degli Atti di violenza a danno degli operatori sanitari" definisce gli atti di violenza eventi sentinella che richiedono la messa in atto di opportune iniziative di protezione e prevenzione. Pertanto, di concerto con ASST, con particolare riguardo della sede di Mantova, si è convenuti nel ritenere prioritari i rischi inerenti le problematiche riguardanti la continuità assistenziale, poiché sono sempre numerose le segnalazioni di criticità da parte dei medici di C.A. e di disservizi da parte dei cittadini, per le più disparate motivazioni. Nel 2017 è stato intrapreso un percorso di analisi delle sedi di CA di tutto il territorio di ATS della Val Padana, da parte dell'RSPP e del Medico Competente, che ha evidenziato situazioni effettivamente "critiche" sotto diversi aspetti. Considerato quanto sopra, in relazione alla situazione esistente, è stata formulata una ipotesi di revisione organizzativa, finalizzata al miglioramento dell'efficienza del Servizio, alla maggiore omogeneizzazione tra territori e alla tutela della sicurezza dei MCA.		
3.Area di RISCHIO	Violenza a danno operatori		
se ALTRO, specificare:			
4. Ambito Aziendale P.O/U.O. /Ambito ove verrà attuato il progetto:	Risk Management; Dipartimento Cure Primarie		
5. Nuovo/Prosecuzione	Nuovo		
6. Durata Progetto	2 anni		
7. Eventuali Aziende Compartecipanti	ASST di Mantova		
8. Obiettivo	a) Razionalizzazione delle sedi di continuità assistenziale; b) aumento della sicurezza delle sedi; c) riduzione degli episodi di aggressione nei confronti dei MCA		
10. Realizzazione/Prodotto Finale	Relazione relativa al progetto di razionalizzazione/riduzione delle sedi di CA.		
9. Strumenti e metodi	a) mappatura delle sedi di CA ed analisi delle criticità/punti di forza a partire dai verbali dei sopralluoghi effettuati da RSPP e Medico Competente		
11. Risultati e indicatori	Risultato	Indicatore	Dati della Misurazione a fine anno
	2018.Analisi dei sopralluoghi effettuati da medico competente ed RSPP per le sedi di CA di tutta l' ATS, con particolare riguardo al distretto di Mantova. (entro 30.06.2018)	Relazione	

2018. Predisposizione ed avvio del progetto di razionalizzazione delle sedi di CA, integrato ATS/ASST (entro 31.12.2018)	Progetto	
2018. Realizzazione corsi di formazione per riconoscere e gestire situazioni a rischio aggressione (31.12.2018)	Corso da proporre al 100% dei MCA	

allegato alla pagina 10

SCHEDA DI PROGETTO

Pianificazione del Progetto (Cronoprogramma)

Azienda ATS della Val Padana

Risk Manager Donzelli Cecilia

Titolo del Progetto **RIORGANIZZAZIONE DELLE SEDI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE DI ATS DELLA VAL PADANA: puntiamo**

FASI	RISORSE	RESPONSABILITA'	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	gen-19	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Costituzione gruppo di lavoro interaziendale	Risk Manager ATS, Direttore dipartimento Cure Primarie, Risk Manager ASST	Risk Manager	x	x	x	x																				
Analisi sopralluoghi effettuati nelle sedi di CA e mappatura delle situazioni maggiormente a rischio	Risk Manager ATS, Direttore dipartimento Cure Primarie, Risk Manager ASST, operatori ASST	Risk Manager; Direttore DCP				x	x	x																		
Predisposizione progetto di riduzione/razionalizzazione delle sedi di CA ed avvio progetto, da ultimare nel 2019	Risk Manager di ATS, Direttore del DCP	Risk Manager di ATS, Direttore del DCP							x	x	x	x	x	x												
Corso di formazione per riconoscere e gestire eventuali episodi di violenza nei confronti dei MCA	Formazione, risk manager	Risk manager							x	x	x	x	x	x												

3. RICOGNIZIONE e RICONCILIAZIONE FARMACOLOGICA (RACCOMANDAZIONE 17).

Come ribadito dal Ministero della Salute nella raccomandazione 17 del 2014 "*Raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica*", la conoscenza puntuale della terapia farmacologica corrente del paziente costituisce un passaggio fondamentale a garanzia della sicurezza nella prescrizione dei medicinali e della sicurezza delle cure. Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità e alcune Agenzie di riferimento internazionale (Joint Commission, Institute for Health Improvement…) raccomandano interventi mirati a ridurre il pericolo di errori derivanti da un'inadeguata conoscenza delle terapie in atto. La raccomandazione 17 ribadisce, infatti, che la mancata riconciliazione delle terapie farmacologiche può causare gravi danni al paziente.

Si è osservato, infatti, che circa il 67% delle terapie farmacologiche prescritte nei contesti assistenziali di "*transizioni di cura*" presentano spesso tra di loro "*differenze*" non imputabili ad una mutata condizione clinica del paziente; tali differenze, dette "*discrepanze non intenzionali",* possono determinare gravi danni. In particolare l'omissione dei farmaci è la più frequente discrepanza non intenzionale, seguita dalle assunzioni non necessarie. Diviene, quindi, fondamentale effettuare un confronto tra i medicinali assunti dal paziente e quelli indicati per la cura nella particolare circostanza, affinché la nuova prescrizione sia ritenuta sicura ed appropriata ai nuovi obiettivi terapeutici.

Nella raccomandazione vengono trattati due aspetti distinti tra loro, strettamente interconnessi: uno legato al processo di RICOGNIZIONE e l'altro basato sulla RICONCILIAZIONE.

Diversi elementi accentuano la rilevanza dei momenti ricognitivo e riconciliativo, come l'aumento dell'aspettativa di vita della popolazione con quote crescenti di pazienti in età avanzata affetti da una serie di problemi di salute, prevalentemente di carattere cronico. A questo si correla l'incremento del consumo di farmaci assunti per un lungo periodo e l'alta frequenza di polipatologie.

Il carico delle malattie croniche sta aumentando anche nella nostra realtà, a causa dell'incremento dell'età della popolazione, della crescente consapevolezza che ha portato ad un aumento delle diagnosi di malattia in fase precoce, della diffusione di terapie innovative e della migliore gestione delle complicanze. E' progressivamente aumentata negli ultimi anni la proporzione di soggetti con patologie croniche e bisogni assistenziali complessi.

L'applicazione puntuale della Raccomandazione Ministeriale 17 ha come obiettivo primario quello di raccogliere informazioni che costituiscono la "storia terapeutica del paziente".

Gli stakeholder coinvolti nel processo di registrazione/modifica/fruizione del dato sono: medici di medicina generale, pediatri di famiglia, professionisti ospedalieri e territoriali ed i pazienti con i loro *caregiver.*

Le fasi operative della raccomandazione si suddividono in:

a) **Ricognizione:** raccolta anamnestica dettagliata della terapia attualmente in atto sulla modulistica individuata; ha come elemento centrale un'adeguata raccolta di informazioni e la loro verifica. Oltre alla conoscenza dei prodotti assunti, altri elementi devono essere acquisiti dai sanitari in vista di una successiva prescrizione corretta e sicura: allergie o intolleranze conosciute, eventuali effetti indesiderati dovuti a precedenti terapie, dati inerenti il peso e altezza del paziente, stili di vita e patologie.

b) **Riconciliazione:** accurato confronto tra la pregressa terapia e la nuova prescrizione al fine di "riconciliare" eventuali differenze; induce quindi il medico curante a confrontare la terapia regolarmente assunta dal paziente, imprescindibile dato anamnestico, con le nuove prescrizioni (introdotte ex novo o modificando terapie già in uso) ritenute necessarie nella specifica circostanza. Tale confronto consente di evitare errori da sovrapposizioni, omissioni, confondimenti o dovuti all'avere trascurato interazioni possibili.

c) **Documentazione e comunicazione** dei cambiamenti terapeutici apportati, dandone evidenza nella lettera di dimissione (per il pz ricoverato); questa terza ed ultima fase appare quella maggiormente significativa, non essendo assolutamente scontato che la chiarezza da parte dell'operatore sanitario sulle modalità di gestione dei farmaci già precedentemente in terapia e/o di nuova introduzione sia chiara al paziente, senza una mediazione efficace, anche attraverso una comunicazione verbale diretta ed effettivamente verificata e validata.

   Al termine di tale fase all'operatore sanitario e/o al paziente deve, quindi, essere chiaro come gestire ciascuno dei farmaci già precedentemente in terapia (continuare, interrompere, modificare dosi e/o modalità di assunzione) e quali eventuali nuovi farmaci devono essere iniziati.

   Particolare evidenza deve essere data qualora farmaci presenti nella fase di ricognizione vengano nuovamente prescritti nella nuova lista, ma con differenti dosaggi, vie o frequenza di somministrazione.

   Pur nella difficoltà correlata all'incertezza circa la disponibilità di fondi necessari per l'implementazione della cartella clinica informatizzata, l'applicazione della Raccomandazione Ministeriale 17 merita di essere sviluppata in modo da facilitare al massimo la trasferibilità dei dati su supporto informatico, anche nel caso si debba iniziare avvalendosi unicamente di supporto cartaceo, come nel nostro caso.

   L'avvio del modello di presa in carico della cronicità, segna una accelerazione della applicazione delle norme regionali in materia e costituisce una irrinunciabile opportunità per collegare gli adempimenti previsti dalla Raccomandazione n.17 con le modalità che regolano la gestione del paziente cronico.

   Come anticipato in precedenza la fonte primaria delle informazioni relative alla ricognizione farmacologica è il paziente cosciente e collaborante. Di grande utilità può rilevarsi la lista

delle terapie farmacologiche in atto redatta dal curante; pur in presenza di tale lista si ritiene necessario interloquire con il paziente stesso per:

- verificare l'effettiva assunzione coerente o meno con le indicazioni del curante,
- conoscere l'assunzione di ulteriori prodotti non ricompresi nella lista in quanto può risultare non esaustiva.

In una logica di responsabilizzazione della propria salute e di educazione sanitaria ai cittadini è utile che la ricognizione farmacologica possa essere anche autocertificata dal cittadino stesso (compilazione da parte dell'utente di una scheda di ricognizione farmacologica). È infatti importante che i cittadini siano informati sulla necessità di tenere una completa ed aggiornata documentazione della terapia farmacologica assunta che consenta di essere visionata in qualsiasi momento dal personale sanitario per necessità di cura (es: accessi al pronto soccorso, richiesta di prestazione da parte dei sanitari di continuità assistenziale, ecc). Inoltre tale strumento potrà fungere da promemoria per l'assunzione della terapia.

Nel contesto territoriale è indispensabile diffondere il più possibile in punti strategici del territorio dell'ATS della Val Padana le schede di ricognizione farmacologia affinché i cittadini siano indotti a prendere la scheda e a compilarla presso il loro domicilio, o il format (sito aziendale, ecc).

La scheda verrà diffusa prevalentemente nei seguenti luoghi:

- ambulatori dei Medici di Medicina generale;
- farmacie del territorio;

L'obiettivo specifico del progetto è, perciò, quello di ridurre gli errori farmacologici (mancata assunzione/sospensione della terapia, errata posologia) in pazienti polipatologici e politrattati, creando una "rete protettiva" attorno al paziente fragile, da parte di tutti gli attori che hanno un ruolo nella gestione del paziente cronico.

SCHEDA DI PROGETTO 2017 - 2018

ASST_IRCCS_ATS	ATS VAL PADANA
Risk Manager	Coppi Maria Cristina - Donzelli Cecilia
1. Titolo del Progetto	**RICOGNIZIONE FARMACOLOGICA: raccomandazione n°17**
2. Motivazione della scelta	La conoscenza puntuale della terapia farmacologica corrente del paziente costituisce un passaggio fondamentale a garanzia della sicurezza nella prescrizione dei medicinali e della sicurezza delle cure. Nella raccomandazione 17 vengono trattati due aspetti distinti tra loro strettamente interconnessi, una legato al processo di RICOGNIZIONE e l'altro basato sulla RICONCILIAZIONE. Alcuni aspetti della raccomandazione sono applicabili anche nel contesto sociosanitario e negli ambulatori dei MMG. Si è osservato infatti che circa il 67% delle terapie farmacologiche prescritte nei contesti assistenziali di "transizioni di cura" presentano spesso tra di loro "differenze" non imputabili ad una mutata condizione clinica del paziente; tali differenze, dette "discrepanze non intenzionali",possono determinare gravi danni. In particolare l'omissione dei farmaci è la più frequente discrepanza non intenzionale seguita dalle assunzioni non necessarie.
3. Area di RISCHIO	Farmacovigilanza
4. Ambito di intervento	EDUCAZIONE SANITARIA
5. Nuovo/Prosecuzione	Nuovo
6. Multiaziendale	SI
6.a Se Sì indicare le Aziende compartecipanti al progetto:	Coinvolgimento ASST nella seconda annualità
7. Obiettivo specifico	L'obiettivo specifico del progetto è perciò quello di ridurre gli errori farmacologici (mancata assunzione/ sospensione della terapia, errata posologia…) in pazienti con polipatologia in
8. Strumenti e metodi	Corso di Formazione sul campo, con la finalità di stendere una scheda di riconizione farmacologica (prima annualità). Corso di formazione rivolto ai MMG del territorio. Distribuzione scheda a disposizione degli assistiti e/o copia scheda terapia come da PAI, nell'ambito della nuova modalità di presa in carico del paziente cronico, che si sta attuando in Lombardia.
9. Realizzazione/prodotto finale	Scheda di riconizione farmacologica utilizzabile nel territorio dell'ATS Val Padana (prima annualità). Relazione finale (seconda annualità)
10. Durata	2 anni

11. Risultati e indicatori

Risultato	*Indicatore*
realizzazione di una scheda di ricognizione farmacologica valevole sul territorio dell'ATS Valpadana	redazione scheda
utilizzo scheda da parte degli assistiti, sensibilizzati ed affiancati dai curanti (MMG e Specialisti)	diffusione della scheda presso almeno il 50% degli ambulatori MMG, Amb specialistici di ASST, farmacie del territorio. Sensibilizzazione dei medici attraverso un corso di formazione frontale.
Valutazione e monitoraggio benefici dell'utilizzo della scheda	sondaggio presso un campione di pazienti da identificare, con breve questionario di customer

SCHEDA DI PROGETTO

allegato alla pagina 13

Pianificazione del Progetto (Cronoprogramma)

Azienda ATS VAL PADANA

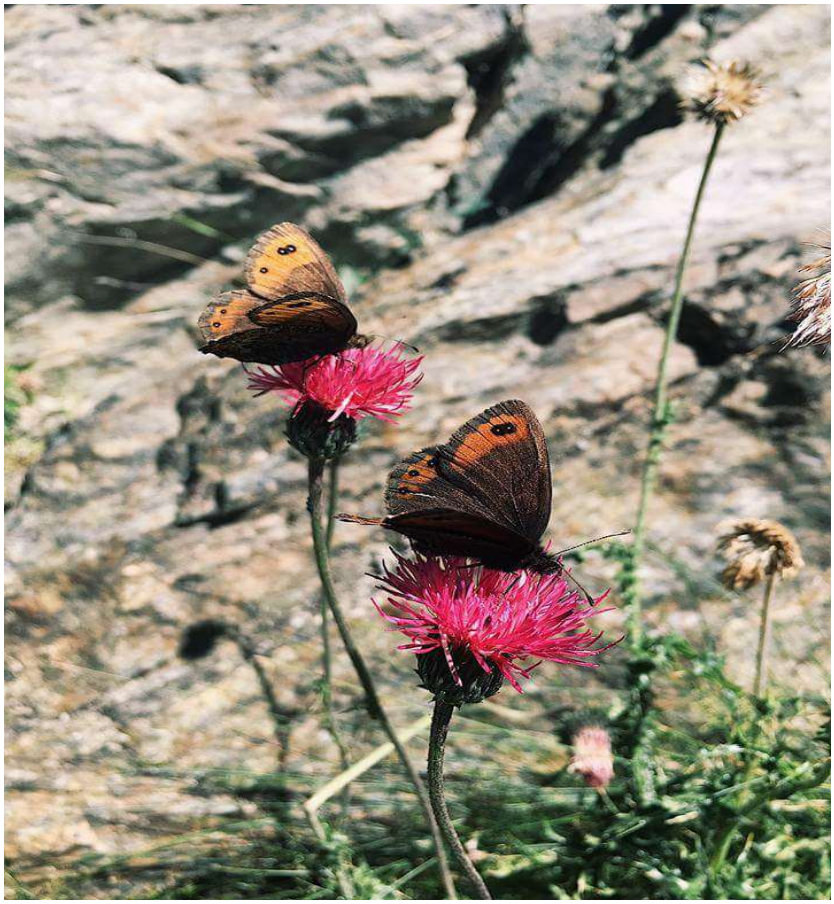
Risk Manager Coppi Maria Cristina

Titolo del Progetto **RICOGNIZIONE FARMACOLOCICA: raccomandazione n°17**

FASI	RISORSE	RESPONSABILITA'	gen-17	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	gen-18	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Corso di formazione sul campo per predisposizione scheda di ricognizione	Ufficio formazione	Risk Manager ATS			X	X	X																			
Realizzazione grafica della scheda di ricongizione farmacologica	Ufficio Educazione alla salute	ufficio comunicazione						X	X						x	x	x	x								
Distribuzione del materiale in diversi punti strategici dell'ATS	Risk Manager ATS	Risk Manager ATS e ASST																	x	x	x	x	x	x	x	x
Corso di formazione rivolto a MMG e Specialisti sulla raccomandazione 17 e sensibilizzazione all'utilizzo della scheda	Ufficio formazione, risk manage e DCP	Risk Manager ATS																x	x							
Valutazione e monitoraggio benefici, attraverso sondaggio presso un campione di pazienti da identificare	Risk manager di ATS e ASST, mmg e specialisti																							x	x	
relazione finale e conclusioni	Risk Manager di ATS e ASST																									x

PIANO FORMATIVO
Risk Management

ANNO 2018



Devo pur sopportare qualche bruco
se voglio conoscere le farfalle,
sembra che siano così belle.

(Il Piccolo Principe)
Antoine de Saint-Exupéry

PIANO FORMATIVO

Per quanto riguarda l'attività di formazione per l'anno 2018, sono state individuate le seguenti aree formative inserite nel piano di formazione per il 2018 di ATS della Val Padana di cui a Decreto n.121 del 28/02/218:

- **RISCHIO AGGRESSIONI NELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE:**

  Il National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH) definisce la violenza nel posto di lavoro come *"ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro".*

  Dall'analisi della letteratura emerge, in maniera preoccupante, la dimensione del fenomeno, che rimane comunque tendenzialmente sottostimato a causa della scarsa propensione a denunciare gli episodi di violenza.

  Il Ministero della Salute nella Raccomandazione n. 8 del novembre 2007 relativa alla "Prevenzione degli Atti di violenza a danno degli operatori sanitari" definisce gli atti di violenza eventi sentinella che richiedono la messa in atto di opportune iniziative di protezione e prevenzione.

  L'attività di Continuità Assistenziale è ritenuta una attività a rischio e questo progetto formativo si inserisce in una progettualità ben più ampia di razionalizzazione delle sedi di CA (Distretto di Mantova), che punta anche alla maggior sicurezza dei medici che vi operano.

  Più nello specifico, si ritiene necessario che i medici di CA, ritenuti soggetti a rischio aggressione, ricevano nozioni teoriche spendibili nel quotidiano, riguardanti, in sintesi:

  - un approfondimento sul rischio aggressione, sulla sua individuazione, rilevazione e valutazione quale rischio professionale;
  - l'acquisizione di specifiche tecniche al fine di prevenire e gestire situazioni critiche a rischio di aggressione;
  - l'introduzione di conoscenze e modalità di gestione di situazioni critiche e di controllo degli utenti aggressivi.

- **RICONCILIAZIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA,** da rivolgere ai MMG, ancor più nella nuova modalità di presa in carico del paziente cronico, che si sta attuando in Lombardia.

  Gli errori in corso di terapia farmacologica riguardano tutto il processo di gestione del farmaco, sia in ospedale che sul territorio. In particolare, nei momenti cosiddetti di "Transizione di cura" (ricovero del paziente in ospedale, dimissione, trasferimento tra reparti della stessa struttura o ad altra struttura sanitaria) gli errori correlati a *differenze non intenzionali nella terapia*, possono causare danni al paziente con un prolungamento della permanenza in ospedale o ricoveri ripetuti

e l'utilizzo di ulteriori risorse sanitarie. Risulta, dunque, essenziale effettuare, nelle transizioni di cura, una revisione accurata dei medicinali assunti dal paziente e di quelli previsti per l'attuale condizione clinica. La conoscenza puntuale della terapia farmacologica corrente del paziente costituisce un passaggio fondamentale a garanzia della sicurezza nella prescrizione dei medicinali e della conseguente appropriatezza delle cure, come ribadito anche dal Ministro della Salute nella Raccomandazione ministeriale n.17/2014. Appare, quindi, strategico il coinvolgimento della medicina del territorio (con particolare riferimento ai MMG) per la sensibilizzazione nei confronti del proprio paziente o suo care giver, in una logica di responsabilizzazione della propria salute e di educazione sanitaria. È, infatti, importante che i cittadini siano informati sulla necessità di tenere una completa ed aggiornata documentazione della terapia farmacologica assunta che consenta di essere visionata in qualsiasi momento dal personale sanitario per necessità di cura (es: accessi al pronto soccorso, richiesta di prestazione da parte dei sanitari di continuità assistenziale…). Inoltre tale strumento potrà fungere da promemoria per l'assunzione della terapia. Quindi il MMG deve essere formato a tal riguardo e deve sensibilizzare i propri pazienti relativamente all'obbiettivo della raccomandazione ministeriale 17.

- **USO RAZIONALE DEGLI ANTIBIOTICI: CRITICITÀ E NUOVE INDICAZIONI TERAPEUTICHE**, in coerenza con le Regole di Sistema e con le linee guida di risk management per il 2018**,** da rivolgere a medici e pediatri del territorio di ATS della Val Padana, nonché ad una rappresentanza degli specialisti delle 3 ASST del nostro territorio.

  Una delle maggiori criticità in campo chemioterapico è rappresentata dall'abuso e dall'impiego inadeguato ed inappropriato della terapia antibiotica. Questo aspetto, oltre a favorire l'emergenza e la diffusione di patogeni multiresistenti, sia in ambito comunitario che ospedaliero (e strutture socio sanitarie come RSA e RSD), ha determinato un incremento dei costi sanitari, per la gestione ed il controllo degli effetti collaterali e la risoluzione delle complicanze collegate. Tutto questo impone una maggiore attenzione nell'impiego degli antibiotici, che deve essere il più limitato e razionale possibile. Pertanto ci si propone l'obiettivo di fornire, ai medici prescrittori, strumenti ed informazioni utili al fine di limitare l'uso degli antibiotici a situazioni in cui sono davvero indispensabili: appropriatezza di scelta, dose, via di somministrazione e durata della terapia. Altri obiettivi da perseguire sono legati al contenimento dell'antibioticoresistenza, alla riduzione di eventi avversi legati a farmaci somministrati inutilmente, ed infine, ma non ultimo, alla limitazione della spesa sanitaria.