

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara



International Network of
Health
Promoting
Hospitals & Health Services



università di ferrara

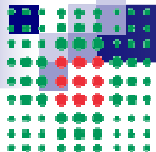
Il Comitato per la gestione del rischio infettivo: attività e sviluppi futuri

D.ssa Paola M. Antonioli

Struttura Dipartimentale Igiene Ospedaliera – Qualità Servizi Ambientali – Risk Management

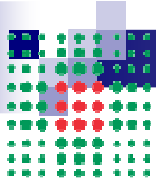


Società Medico Chirurgica di Ferrara
Patologia Infettiva emergente e riemergente
Ferrara 5 maggio 2012
Aula Magna delle Nuove Cliniche
Arcispedale S. Anna, FERRARA



Riferimenti per l'analisi e la definizione delle LINEE DI AZIONE:

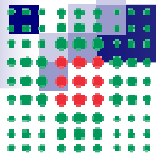
- **Circolare Ministero della Sanità n. 52/1985 "LOTTA CONTRO LE INFEZIONI OSPEDALIERE"**
- **Circolare Min. Sanità 30 gennaio 1988 n. 8 "LOTTA CONTRO LE INFEZIONI OSPEDALIERE: LA SORVEGLIANZA"**
- **Linee di indirizzo per l'adozione dell'Atto Aziendale 2005**
- **PSN 2006-2008: la sicurezza dei pazienti come componente STRUTTURALE dei LEA**
- **Atto di Intesa Stato-Regioni 20 marzo 2008**
- **DGR di finanziamento del SSR 2007, 2008, 2009, 2010-2011 (DGR 1544/2010), DGR 732/2011**
- **DGR 9 novembre 2009, n. 1706** "Individuazione di aree di miglioramento della qualità delle cure e integrazione delle politiche assicurative e di gestione del rischio", **Allegato 2:** Schede Sinottiche con indicazioni operative:
 - sicurezza dei sistemi RIS/PACS in Radiologia
 - sicurezza dei comportamenti professionali in Radiologia
 - corretta identificazione del paziente
 - corretta tenuta della documentazione sanitaria
 - indicazioni a procedure invasive ed iter diagnostico
 - profilassi antibiotica in chirurgia**
 - profilassi antitromboembolica in chirurgia
 - assistenza post-operatoria**
 - comunicazione ai pazienti e comunicazione istituzionale pubblica



- **ACCREDITAMENTO – Check-list rischio – Mappatura dei rischi ASSR**
- **Partecipazione cittadini e loro Associazioni e promozione della salute (HPH)**
- **REPORT 2011 PROGRAMMA GESTIONE RISCHIO - ASSR(attività al 2010)**
- **Situazioni aziendali “a potenziale rischio” / critiche**
- **Progetti aziendali di eccellenza**

AOUFE: Piano-Programma gestione del rischio triennio 2008-2010: AREE PRIORITARIE DI INTERVENTO

- ✓ **Medication Error**
- ✓ **Identificazione del paziente**
- ✓ **Infezioni correlate all’assistenza sanitaria**
- ✓ **Lesioni da pressione**
- ✓ **Comitato Valutazione dei sinistri**



DGR 732/2011

(A) DIGNITA' DELLA PERSONA

(A 1) Sviluppo di relazioni empatiche e attività di counselling nella relazione operatore assistito; miglioramento comprensibilità e chiarezza del linguaggio nella relazione operatore assistito e nella redazione di materiali informativi.

Obiettivo 2011

Relazioni empatiche operatore-assistito

Aumentare la capacità di comunicazione empatica dei professionisti della sanità nella relazione con gli assistiti e i loro familiari con riferimento particolare a:

- 1) percorsi terapeutici critici: oncologia, medicina interna, lungodegenza, terapia intensiva e rianimazione;
- 2) soggetti "fragili": persone con demenza, disabilità congenite o acquisite;
- 3) prima comunicazione della diagnosi nei Dipartimenti di salute mentale e dipendenze patologiche con particolare attenzione a persone con patologie che comportano disabilità, cronicità, rischio di stigmatizzazione, minori, giovani e familiari.

Azioni riguardo al primo punto:

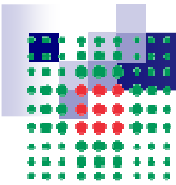
- costituzione di gruppi di lavoro a livello aziendale composti da professionisti delle discipline individuate, da esperti in comunicazione e in counselling, rappresentanti dei Comitati consultivi misti e del volontariato per pianificare le sperimentazioni
- definite dal gruppo regionale che verrà istituito sul tema;

Azioni sul secondo punto:

- realizzazione di percorsi di formazione insieme agli Enti locali (Uffici di piano) in tutti i Distretti coinvolgendo operatori sanitari e sociali; sul terzo punto: applicazione delle procedure previste dalla DGR 286/2003 e iniziative di appropriata comunicazione sui diritti della persona con disabilità (DGR 1/2010).

Comprensibilità del linguaggio nella relazione operatore-assistito e nei materiali informativi:

- Partecipare al gruppo di lavoro regionale per la progettazione di iniziative di formazione per operatori sui temi della health literacy.
- Analisi di strumenti di comunicazione di Aziende sanitarie su percorsi "critici" (come scompenso cardiaco, diabete, patologie oncologiche) e di materiale prodotto dalla Regione per tutto il sistema.



(B) ACCESSIBILITA', QUALITA', SICUREZZA, CONTINUITA' DELLE CURE

(B 1) Aree di miglioramento della qualità delle cure e integrazione delle politiche assicurative e gestione del rischio: raccomandazioni su organizzazione processi assistenziali in ospedale

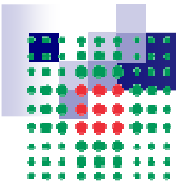
Obiettivo 2011

Applicazione e monitoraggio delle raccomandazioni contenute nella Dgr 1706/2009, in particolare su:

- tenuta documentazione sanitaria con l'adozione del foglio unico di terapia,
- **monitoraggio post-operatorio**
- **profilassi antibiotica chirurgica**
- profilassi antitromboembolica,
- sicurezza dei sistemi RIS-PACS
- procedure di informazione e consenso con una specifica attenzione alla definizione di percorsi per facilitare il consenso consapevole ai trattamenti ospedalieri.
- Utilizzare in modo integrato le banche dati per la mappatura dei pericoli/rischi, come base per la stesura del piano-programma aziendale.
- Redigere un report sulle azioni effettuate e i risultati raggiunti in tema di gestione del rischio.
- Implementazione delle raccomandazioni del Ministero della salute e della Regione Emilia- Romagna.
- **Partecipazione al Progetto regionale per la Sicurezza in Sala Operatoria (SOSnet).**
- **Rilevare gli eventi sentinella**
- Rilevare i sinistri per assicurare il flusso ministeriale SIMES.
- Utilizzare in maniera regolare e strutturata gli strumenti per la gestione del rischio (Incident Reporting, RCA, Fmea\Fmeca, Audit, ecc.).

Consolidamento delle attività di sorveglianza delle ICA:

- segnalazione rapida di epidemia ed eventi sentinella,**
- sorveglianza in chirurgia-SICHER**
- sorveglianza in terapia intensiva SITIER.**



(B 13) Prevenzione del rischio clinico nell'uso dei farmaci e farmacovigilanza

Obiettivo 2011

Attivare nelle Aziende sanitarie progetti di farmacovigilanza in particolare in RSA, pediatria ospedaliera, oncologia, pronto soccorso, pazienti politrattati.

(D 2.3) Promozione stili di vita salutari: nutrizione, lotta al fumo, lotta all'uso di sostanze

Obiettivo 2011

Promozione ambienti liberi dal fumo sul lavoro, in ospedale, nei servizi sanitari.

Aumento degli interventi di sensibilizzazione dei cittadini, nelle diverse classi di età, dei rischi connessi con il consumo di sostanze:

elaborazione documento regionale con metodologie di intervento e scheda di rilevazione dei consumi a rischio nei diversi contesti.

(D 4) Promozione sicurezza e salute

(D 4.1) Promozione della salute e prevenzione infortuni sul lavoro

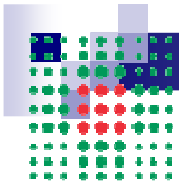
Obiettivo 2011

▪ Riduzione del 15% degli infortuni sul lavoro con attenzione ai comparti a maggior rischio (edilizia, agricoltura).

▪ **Realizzazione azioni di informazione e promozione della salute e della sicurezza.**

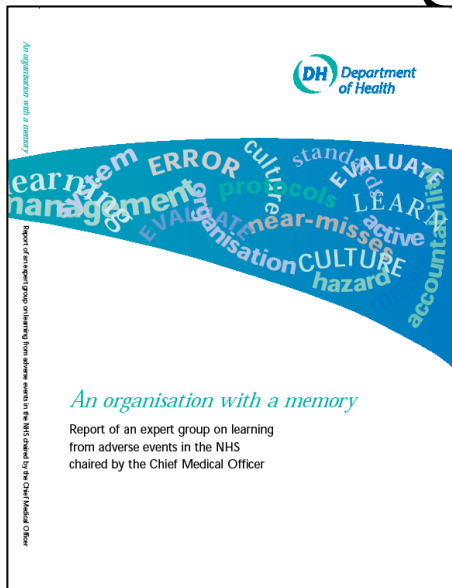
▪ **Monitoraggio dei fattori di rischio per patologie correlate al lavoro con potenziamento del sistema informativo.**

▪ Azioni di tutela a lavoratori esposti a rischi particolari (es stress da lavoro, lavoratrici in stato di gravidanza, lavoratori migranti..).

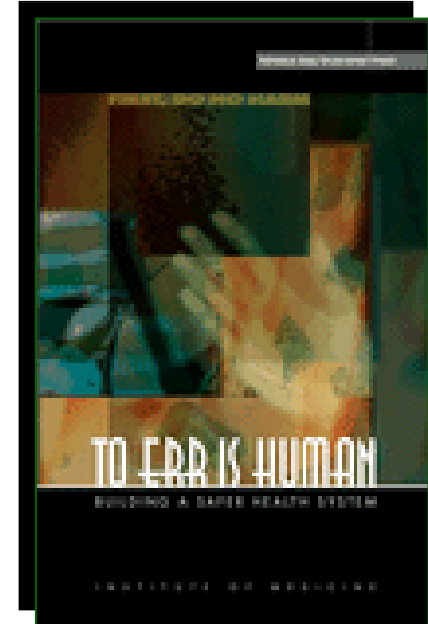


Gestione del rischio: un “movimento” culturale mondiale

**PRIMI ANNI
2000**



USA: rapporto “**To err is human**” (nov. 2001)
Revisione e Progetto per la qualità in sanità prodotti dall’**Institute of Medicine**.

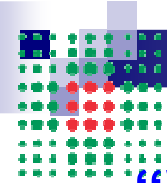


✓ **U.K.: Seven steps for patient safety** (2004), NHS



✓ **U.K.:** rapporto “**An organization with a memory**” (giu. 2000) curata dal **Departement of Health** cui ha fatto seguito il programma di sviluppo “**Building a safer NHS for patient**” (feb. 2001) .

- Seven steps to patient safety**
- Step 1 Build a safety culture
 - Step 2 Lead and support your staff
 - Step 3 Integrate your risk management activity
 - Step 4 Promote reporting
 - Step 5 Involve and communicate with patients and the public
 - Step 6 Learn and share safety lessons
 - Step 7 Implement solutions to prevent harm



Aree prioritarie di intervento “World Alliance for Patient Safety”, WHO, 2005



A. La dichiarazione di Londra “Patients for Patient Safety” della WHO World Alliance for Patient Safety del novembre 2005 comprende i seguenti impegni:

- Promuovere programmi per la promozione e l’ empowerment dei pazienti
- Sviluppare un dialogo con tutti i partner per la promozione della sicurezza
- Introdurre sistemi per la segnalazione degli errori sanitari su base internazionale
- Identificare le “migliori pratiche” in questo ambito e diffonderle

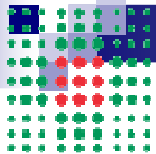
B. La linea guida diffusa dalla Organizzazione Mondiale della Sanità “Hand Hygiene In Health Care: A Summary- Clean Hands Are Safer Hands”



5 maggio 2009

SAVE LIVES: Clean your hands!

Struttura Dipartimentale Igiene
Ospedaliera - Qualità Servizi Ambientali
- Risk Management

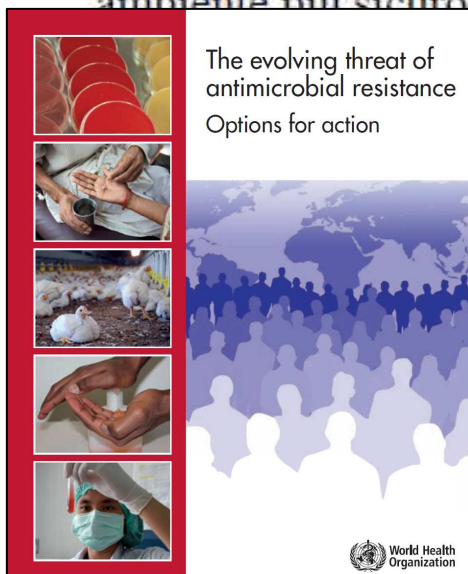


Aree prioritarie di intervento

“World Alliance for Patient Safety”, WHO, programma 2006-2007

- Safe Surgery save lifes, ovvero porre attenzione agli interventi ed alle pratiche chirurgiche
- Dare voce ai pazienti nelle attività di gestione
- Sviluppare i sistemi di segnalazione e l'apprendimento
- Tassonomia internazionale delle informazioni per la sicurezza
- Promuovere la ricerca anche in tema di sicurezza del paziente
- Soluzioni pratiche per affrontare problemi e situazioni, da sviluppare sulla base delle conoscenze che si producono e disseminarle affinché possano creare veramente un ambiente più sicuro

WHO 2008 SAFE SURGERY SAVE LIVES -> ITALIA 2009 Progetto S.O.S.

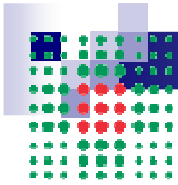


zione, identificare cosa veramente funziona dal punto di vista

WHO 2012 – The evolving threat of antimicrobial resistance. Options for action

ambito

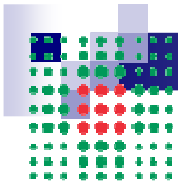
ur fingertips”, per assicurare a tutti di produrre e diffondere le
o che possano venire utilizzate.



GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

- **rischio per pazienti, visitatori e operatori**
- **rilevanti dimensioni del rischio**
- **complessità dei determinanti**
- **impatto clinico ed economico rilevante⁽¹⁾:**
 - prolungamento della durata di degenza,
 - disabilità a lungo termine,
 - aumento della resistenza dei microrganismi agli antibiotici,
 - carico economico aggiuntivo per i sistemi sanitari e per i pazienti e le loro famiglie
 - significativa mortalità in eccesso.

(1) WHO. Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide. World Health Organization, 2011



In Europa, ogni anno:

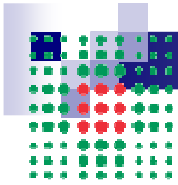
- **16 milioni di giornate aggiuntive di degenza**
- **37.000 decessi attribuibili**
- **110.000 decessi per i quali l'infezione rappresenta una concausa**
- **costi stimati in approssimativamente €7 miliardi (incluso solo i costi diretti)**

(1) WHO. Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide. World Health Organization, 2011

- **in ospedale 5-8 pazienti ogni 100 contraggono una ICA**
- **4 siti di infezione rappresentano 3/4 di tutte le ICA (2):**
 - infezioni delle **vie urinarie associate a catetere vescicale** (>30%)
 - infezioni del **sito chirurgico** (17%)
 - **batteriemie associate a cateteri intravascolari centrali** (15%)
 - **polmoniti associate a ventilazione** (13%)
- **preoccupante incremento infezioni da *Clostridium difficile* e da MRSA (...Enterobatteri carbapemenasi I/R: Klebsiella pn.!).**

(2) CCM. I siti del network: Infezioni correlate all'assistenza.

http://asr.regione.emiliaromagna.it/wcm/asr/aree_di_programma/rischioinfettivo/gr_ist/pr_inf_ccm.htm



- **Trend epidemiologico in aumento:**

- ✓ maggiore proporzione di pazienti immunocompromessi o comunque fragili
- ✓ accentuata complessità assistenziale

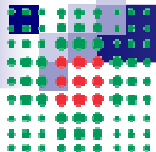
(2) CCM. I siti del network: Infezioni correlate all'assistenza.

http://asr.regione.emiliaromagna.it/wcm/asr/aree_di_programma/rischioinfettivo/gr_ist/pr_inf_ccm.htm

- **In aumento le localizzazioni di infezione più gravi:**

- ✓ maggiore gravità di base dei pazienti
- ✓ progressiva diffusione di microrganismi resistenti ed a volte multiresistenti agli antibiotici

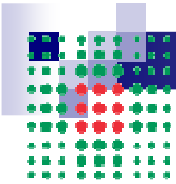
(23) Harbarth S, Sax H, Gastmeier P. The preventable proportion of nosocomial infections: an overview of published reports. J Hosp Infect 2003; 54: 258–266



Quali gli **eventi avversi** più frequenti?

(Qual. Saf.Health Care 2007, 434)

Infezioni ospedaliere	14.0%
Infezioni post-chirurgiche	16.9%
Altre complicanze post-operatorie	19.9%
Eventi correlati ai farmaci	14.0%
Lesioni pressione	8.8%
Eventi avversi in diagnostica	5.1%
Cadute	2.2%
Altri	19.2%
Il 21% viene considerato evitabile	



Non tutte le ICA sono prevenibili

MA

la quota prevenibile è molto più ampia di quanto creduto fino a poco tempo fa ^(3,4).

Si stima che siano prevenibili **fino al 65%–70% dei casi di batteriemie CVC-correlate e di infezioni urinarie CV-correlate, il 55% dei casi di VAP e di ISC.**

- (3) Harbarth S, Sax H, Gastmeier P. The preventable proportion of nosocomial infections: an overview of published reports. *J Hosp Infect* 2003; 54: 258–266
- (4) Umscheid CA, Mitchell MD, Doshi JA, Agarwal R, Williams K, Brennan PJ. Estimating the proportion of healthcare-associated infections that are reasonably preventable and the related mortality and costs. *Infect control Hosp Epidemiol.* 2011 Feb;32(2):101-14.



Agenzia Sanitaria e Sociale
Regionale-Emilia-Romagna



1) Modello di riferimento



Struttura Dipartiment
Ospedaliera - Qualità Ser
- Risk Manager



2) Assetto

(nelle Linee di indirizzo per l'adozione dell'Atto Aziendale 2005 e ribadito dal Piano Sociale e Sanitario 2008-2010)

- La responsabilità sulla sicurezza è della **Direzione Generale**, con delega al **Direttore Sanitario**.
- Il **Collegio di Direzione** sceglie, attiva e monitora i programmi per la sicurezza e gestione rischio clinico.
- Il **Dipartimento** ne è la principale sede di gestione.
- Le reti di facilitazione di **Unità Operativa** sono gli interpreti-traduttori delle 'policy' a livello di base.



I SOGGETTI "INTERESSATI"

**C.G.R.I.
(ex CIO)**

Igienista

Infettivologo

Microbiologo

Farmacista

Direzione Medica

**Direzione
Assistenziale**

Clinici

URP

Area Comunicazione

SPP

Medicina del Lavoro

**Rete Referenti
Medici - Assistenziali**

Direzione Tecnica

Medicina Legale

Ufficio Qualità

Ufficio Legale

ICT

Ingegneria Clinica

Ufficio Formazione

Fisica Medica



3) “Architettura” stabile

(DGR di finanziamento del SSR 2007, 2008, 2009, 2010)

❖ Funzione aziendale di gestione del rischio Comitato per la gestione del Rischio Infettivo

Programma RER
Sicurezza e
gestione rischio

Programma RER
Gestione rischio
infettivo

Obiettivi
Aziende sanitarie

- ✓ formulare il piano-programma aziendale per la per la promozione della sicurezza e la gestione del rischio

Nel piano-programma si identificano e mettono in relazione interna le componenti del “**sistema sicurezza aziendale**” le sue risorse, i suoi processi, i suoi momenti di controllo, realizzando sinergie.



**Infezioni
Correlate
all'assistenza**

**Alert Organism
e antibiotico-R**

**Antibiotico
PROFILASSI
perioperatoria**

**Infezioni
Emergenti –
Riemergenti**

**Antibiotici in
TERAPIA**

**Cadute
accidentali**

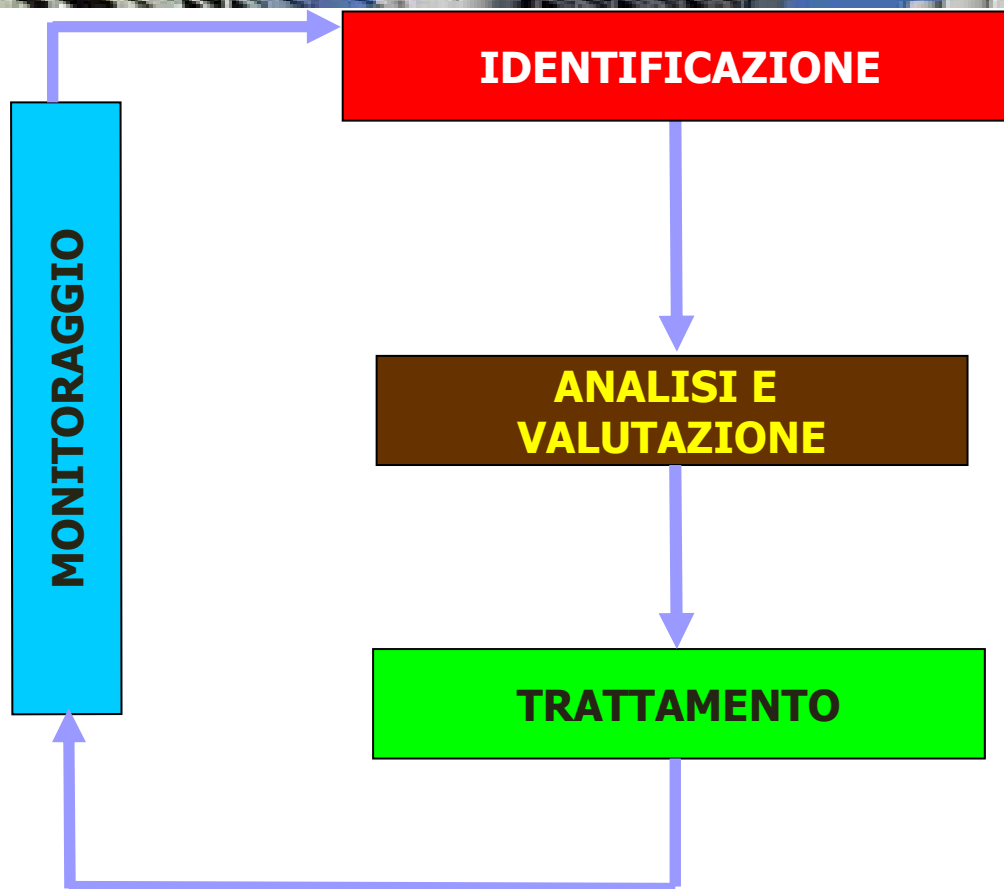
**... MAPPATURA
DEI PERICOLI
E DEI RISCHI**

**Ulcere da
pressione**

**Medication
errors**

**PDT
ICTUS, IMA...**

**PROFILASSI
tromboenbolica**



IL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO



**Strumenti
sperimentati e
disponibili a livello
regionale**

**IDENTIFICAZIONE
RISCHIO**

Sistemi di segnalazione

Revisione cartelle cliniche

Data base SDO

Data base reclami

Data base contenzioso

**ANALISI
RISCHIO**

FMEA - FMECA

Root cause analysis

SEA

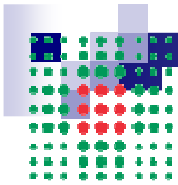
MM&M

Audit clinico / organizzativo

**TRATTAMENTO
RISCHIO**

Buone Pratiche

**Procedure regionali e
adattamento delle
raccomandazioni ministeriali**



Coinvolgimento degli stakeholders

Progetto nazionale

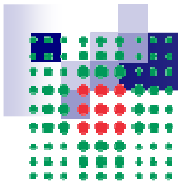


⇒ **8 Guide** (fogli informativi orientati a segnalare accorgimenti per la sicurezza dei pazienti)

- per la promozione della sicurezza
- per acquisire e rinnovare la consapevolezza dei rischi, identificare possibili nuovi determinanti degli stessi pericoli e realizzare un sistema integrato per la gestione del rischio clinico.

⇒ **Coinvolgimento dei pazienti e carta dei servizi**

- patto tra le strutture del SSN e i cittadini per la promozione di una nuova cultura della sicurezza con il coinvolgimento dei pazienti nei propri processi di cura.



GUIDE



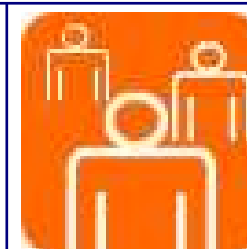
**Guida per gli
Operatori che
prestano assistenza
domiciliare
"ASSISTO E CURO A
CASA IN SICUREZZA"**



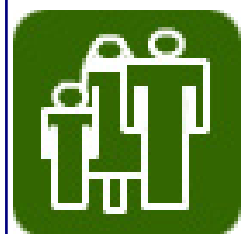
**Guida per l'assistenza
a casa
"ASSISTENZA A
CASA"**



**Guida per l'uso sicuro
dei farmaci
"FARMACI E
SICUREZZA DEI
PAZIENTI"**



**Guida per i cittadini
"E' LA MIA SALUTE
E IO CI SONO"**



**Guida per i familiari
PRENDERSI CURA
INSIEME"**



**Guida per i volontari
"COLLABORARE PER
LA SICUREZZA DEI
PAZIENTI, DEI
VISITATORI, DEL
PERSONALE"**



**Guida per i pazienti degli
studi odontoiatrici
"IO E IL MIO
DENTISTA
COLLABORIAMO PER
LA MIA SICUREZZA"**



**Guida per gli
operatori
"INSIEME SIAMO
NOI LA SICUREZZA"**



OBIETTIVI DI MANTENIMENTO/ PERFEZIONAMENTO GESTIONE DEL RISCHIO

■ INTEGRAZIONE COMPONENTI **AREA-PROGETTO** SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO (Ingegneria Clinica, RAV, ICT)

■ 3 MACRO-AREE DI RIFERIMENTO DEI PROGETTI:

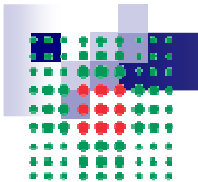
- **RISCHIO CLINICO**
- **SALUTE E PROTEZIONE LAVORATORI**
- **GESTIONE DEL CONTENZIOSO**

I Progetti possono essere appartenere ad una singola o più macro-aree (es. rischio infettivo).



■ CAMBIO NOME C.I.O. **COMITATO PER LA GESTIONE RISCHIO INFETTIVO** + INTEGRAZIONE COMPONENTI (Direttore DAI Chirurgico + chirurgo, Direttore DAI Chirurgico Specialistico + chirurgo, Direttori UU.OO. Di A.R. Ospedaliera e Universitaria + 2 anestesisti, Direttore Pediatria + pediatra + Direttore Direzione assistenziale)

■ 2 PROGRAMMI: - **CONTROLLO INFEZIONI**
- **ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP**

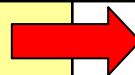


GESTIONE RISCHIO INFETTIVO:

DATI REPORT 2011 PROGRAMMA GESTIONE RISCHIO - ASSR

1) OBIETTIVI DI MANTENIMENTO / PERFEZIONAMENTO

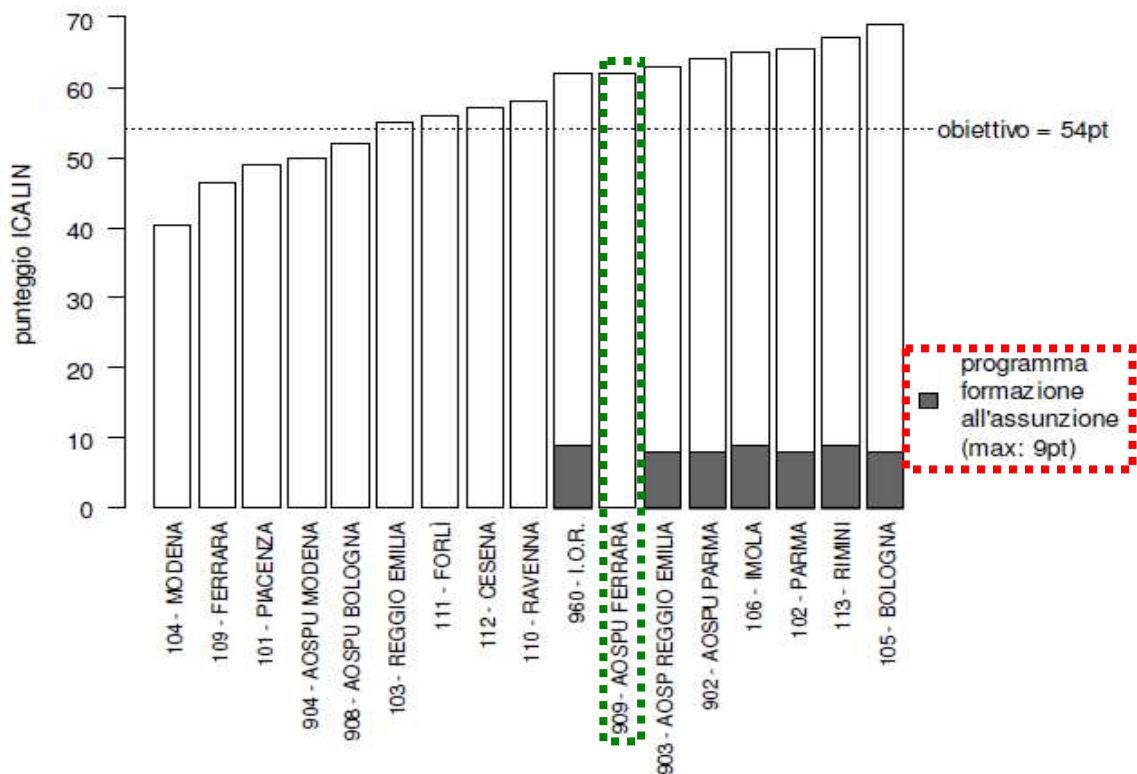
Programma attività di controllo ICA



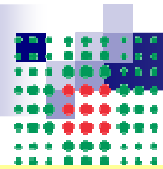
DA SANARE:

Standard di riferimento

- Obiettivo: Punteggio globale ottenuto non inferiore al 75% del punte punti su 72).



Formazione neoassunto



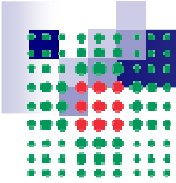
■ Attività assemblea e Gruppo operativo CCIOS e Antimicrobici (DOC ATB-PROFILASSI PERIOPERATORIA)

■ Progettualità sviluppate

■ Formazione

■ Attività di sorveglianza ICA:

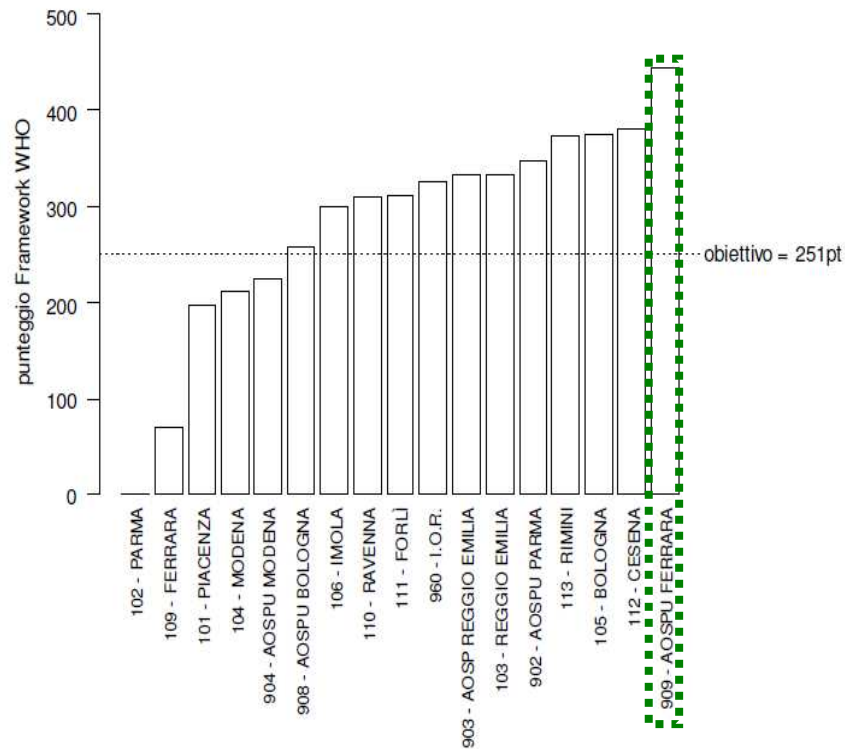
- Indagini di prevalenza in Acuto e in Riabilitazione AOUFE
- Indagine di incidenza in Acuto prospettico storica AOUFE (401 cartelle cliniche, 3^a sett. Gennaio 2010, UU.OO. MIO2, GER, CARDIO, MIU, NCH, ORTOP, UMR)
- **Indagine di prevalenza europea (sito pilota) ECDC**
- Indagine di incidenza in Riabilitazione AOUFE
- **Studio ECDC PROHIBIT** (*Prevention of Hospital Infections by Intervention & Training*)
- **Partecipazione CIO-RER**
- **Partecipazione Commissione Regionale controllo infezioni e uso razionale antimicrobici**



promozione igiene delle mani (in acuto)

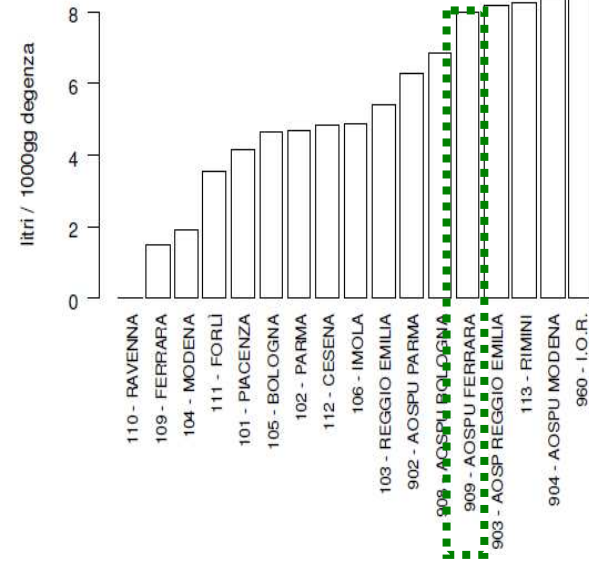
Standard di riferimento (indicatore B)

- Obiettivo: punteggio ottenuto di almeno 251, che identifica il limite inferiore del livello intermedio dell'igiene delle mani (in questa categoria il punteggio va da 251 a 375).



Standard di riferimento (indicatore A)

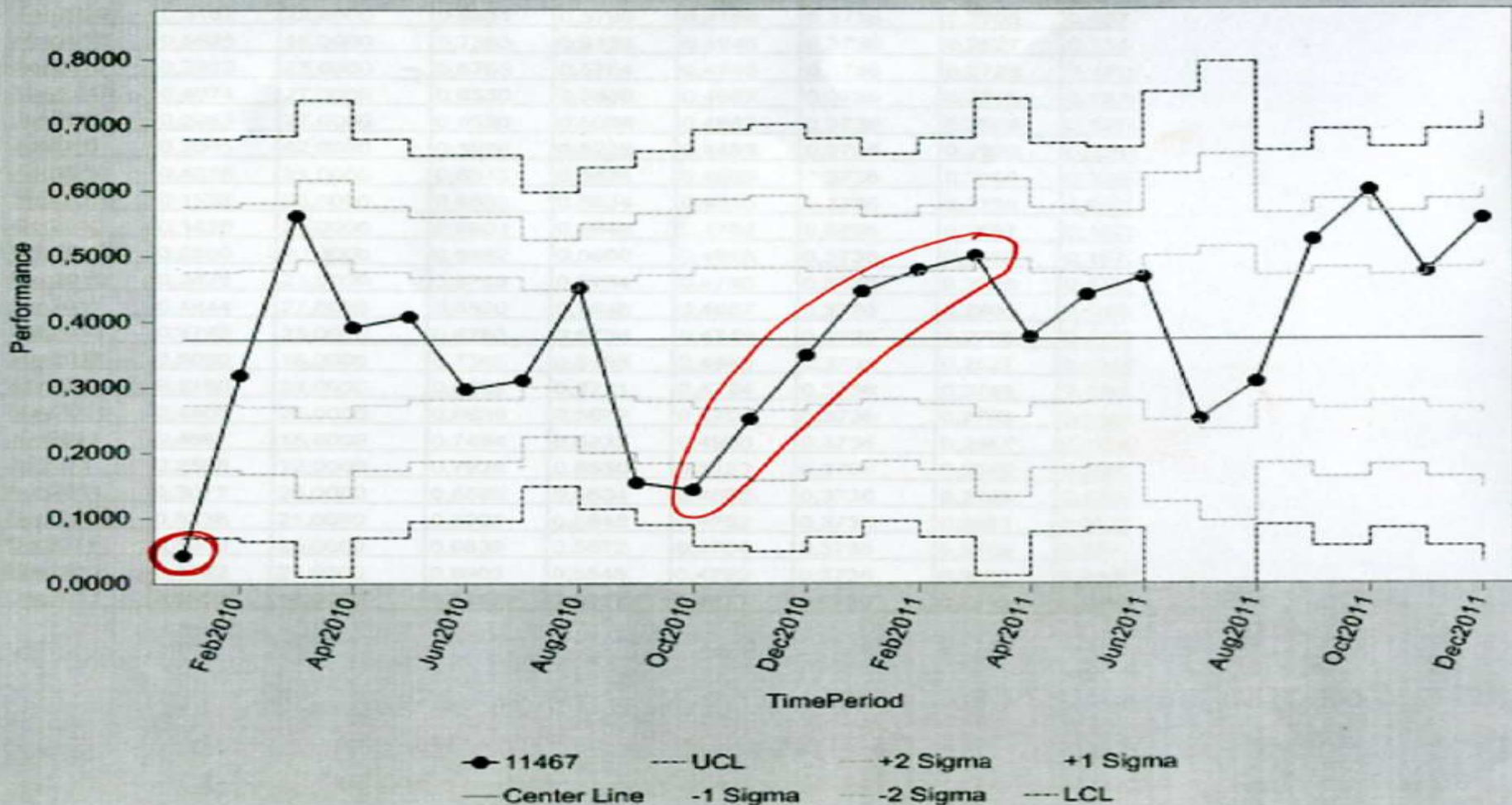
- La qualità del dato ottenuto non consente ancora di confrontarsi a uno standard. Non sono infatti stati sistematicamente forniti da tutte le aziende i dati di consumo per specialità e non sempre è stato specificato se i consumi relativi a sala operatoria e pronto soccorso siano stati inclusi nella stima. I consumi presentati di seguito non sono quindi stati pesati per composizione dell'ospedale. I dati forniti consentono comunque di avere un'idea della situazione regionale. Si sottolinea come questo indicatore risulterebbe di grande utilità per il monitoraggio dei programmi di promozione della igiene delle mani e si opererà pertanto per migliorare la qualità del dato nei prossimi invii.

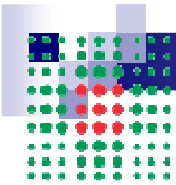


PRIER – LASER (SEPSI)

-SORVEGLIANZA (dati S.D.O.) trend prevalenza annuale casi sepsi e mortalità per sepsi → CONFRONTO ALTRE AZIENDE RER
INTERVENTI AD HOC SU AREE ASSISTENZIALI “CRITICHE”

AC 3.9 Acute care inpatient mortality for DRGs 870, 871, and 872

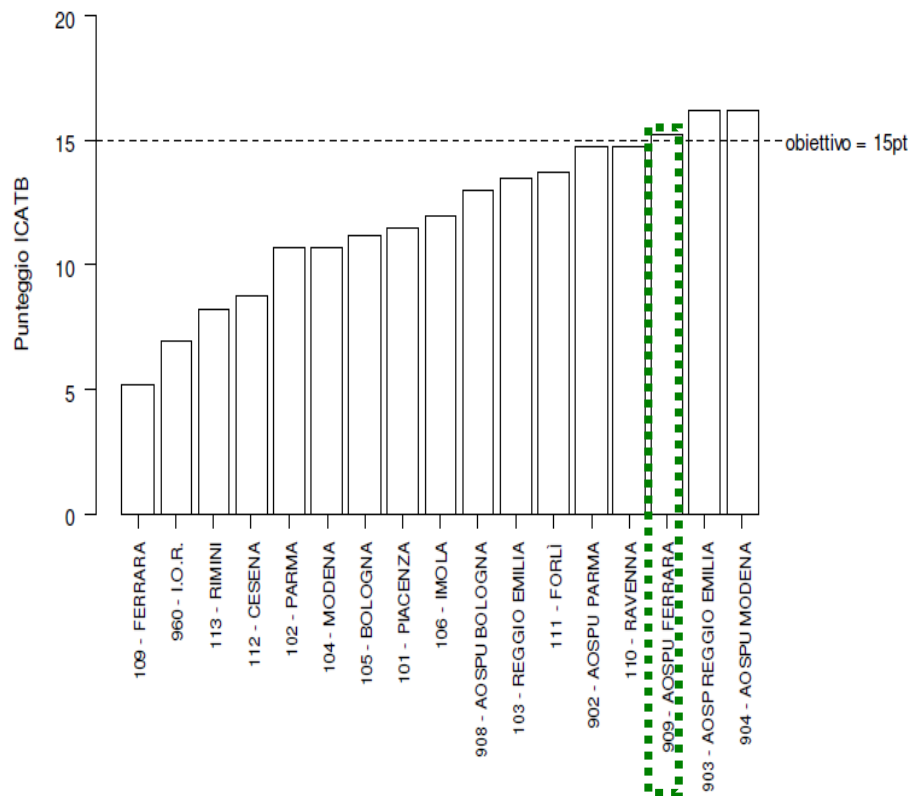




Programma uso responsabile antibiotici (antimicrobial stewardship)

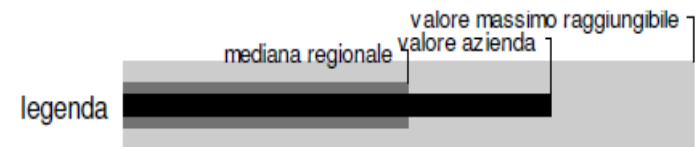
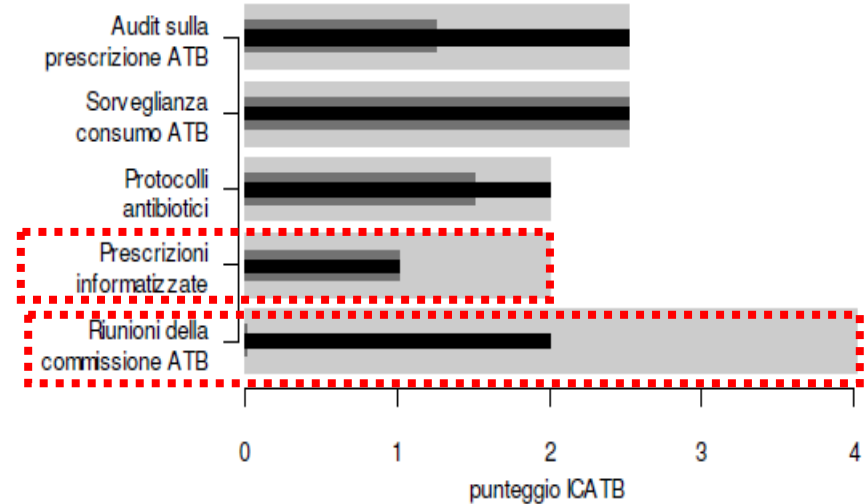
Standard di riferimento

- Obiettivo: Punteggio globale ottenuto non inferiore al 75% del punteggio massimo (15 punti su 20).



Punteggio per azienda con dettaglio sulle principali componenti del programma per promuovere l'uso responsabile di antibiotici

909 - AOSPU FERRARA

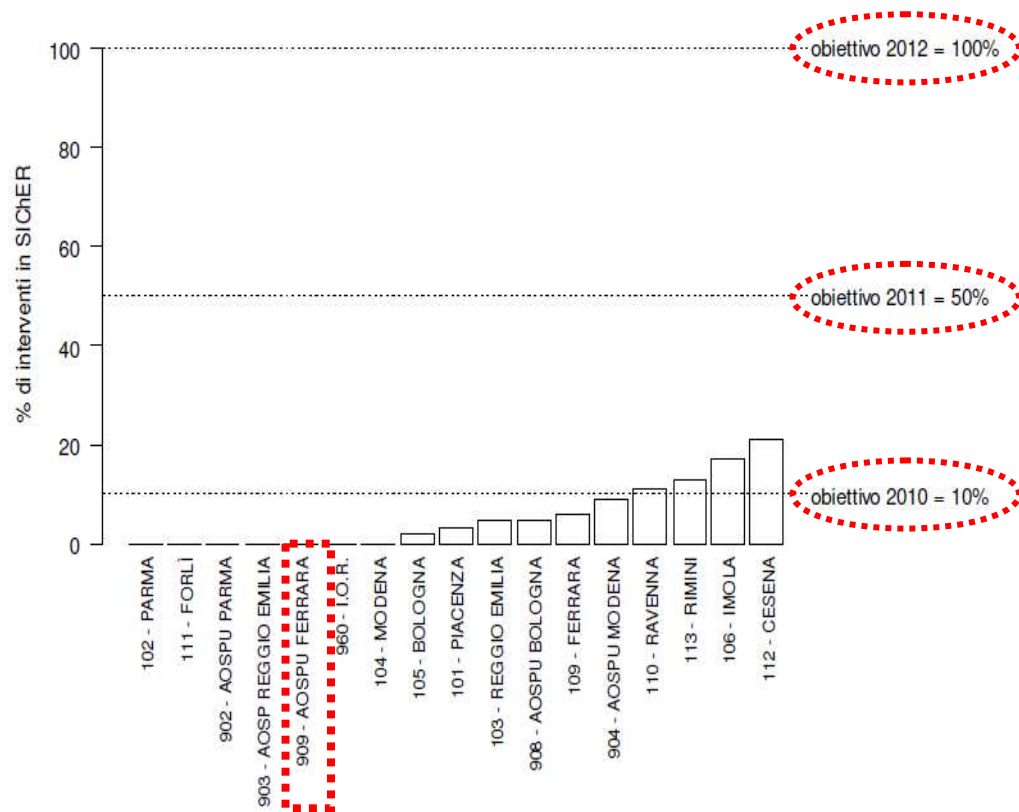


2) OBIETTIVI CRITICI SU CUI INTERVENIRE:

Sorveglianza ISC

Standard di riferimento

- Obiettivo per il 2010: Almeno il 10% di interventi sorvegliati sul totale di quelli inclusi nella sorveglianza

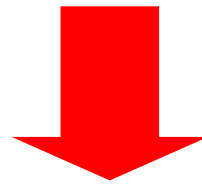
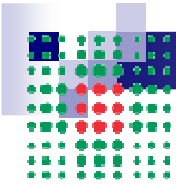


MA:

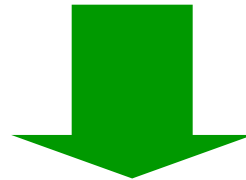
Progetto pilota CHIRVASC (2012)

Ridurre le complicanze infettive correlate all'assistenza del sito chirurgico (ISC) attraverso azioni di provata efficacia e sostenibilità implementate secondo una strategia **MULTIMODALE** e **MULTIDIMENSIONALE** in Chirurgia Vascolare. Procedure e istruzioni operative specifiche per la **gestione del paziente chirurgico**:

- igiene personale pre-ricovero,
- preparazione del paziente e del sito chirurgico in degenza,
- profilassi atb perioperatoria
- gestione in sala operatoria
- gestione post-chirurgica del sito chirurgico (**medicazione**; **introduzione della Scheda AWS**)
- sorvegliata ISC con adesione al **Sistema nazionale SNICH** – 3° trim. 2012) in **TUTTE** le UU.OO. chirurgiche



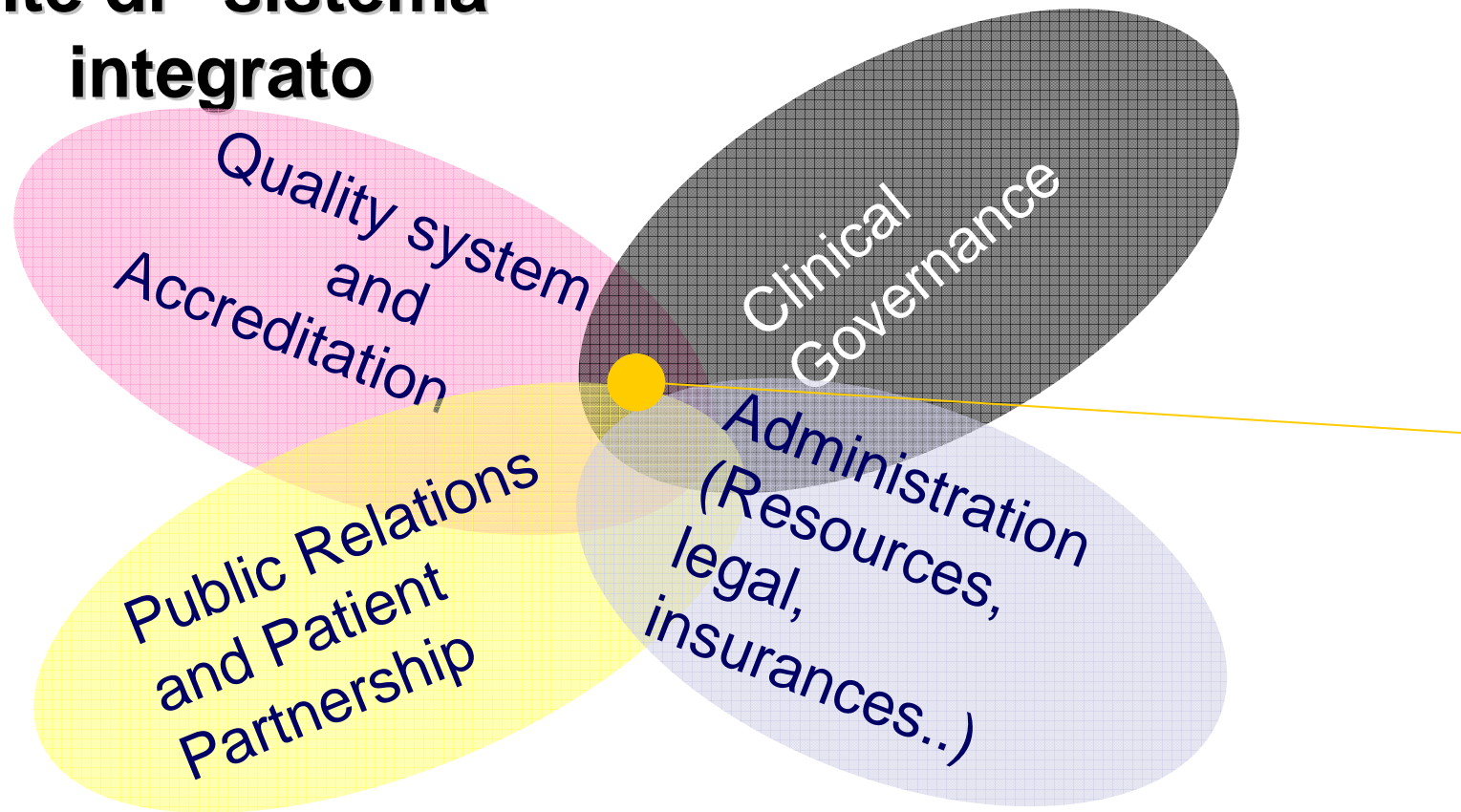
**Il Programma sicurezza e gestione del rischio
biennio 2011-2012 (in corso di stesura)**



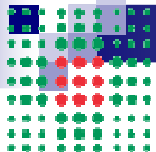
**Il Programma sicurezza e gestione del rischio
triennio 2013-2015 (cadenza regionale uniforme)**



Orizzonte di “sistema” integrato



**SICUREZZA DEI PAZIENTI E
GESTIONE DEL RISCHIO**



INSIEME ... POSSIAMO CREARE UN AMBIENTE SICURO, gestendo il rischio, facendo diventare la sicurezza una dimensione agita della pratica quotidiana!

“We cannot change the human beings but we can change the conditions under they work”

(James Reason, 2003)

