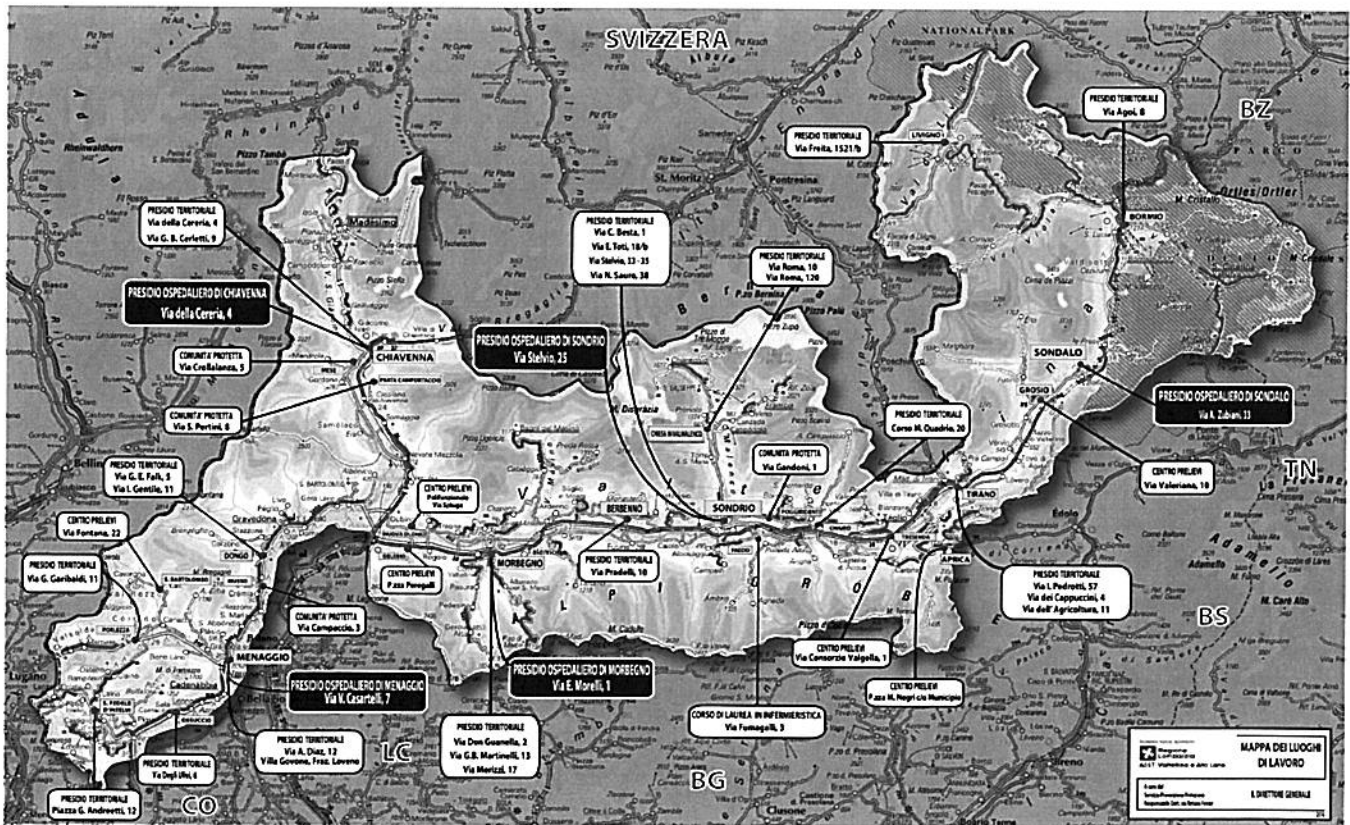




# PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT

## Anno 2018

### Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) della Valtellina e dell'Alto Lario



---

**INDICE**


---

<b>1. LINEE STRATEGICHE E DI INTERVENTO-Riesame della DIREZIONE.....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 MACRO OBIETTIVI DELL'AREA SANITARIA.....</b>	<b>5</b>
<b>1.2 DESCRIZIONE DEI PROGETTI PIANO RISCHIO 2018.....</b>	<b>10</b>
1.2.1 Sicurezza in ambito farmacologico: prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da Bifosonati/ denosumab e antiangiogenetici (allegato scheda progetto n.1).....	10
1.2.2 Sicurezza del paziente: Riduzione del rischio di danno al paziente in seguito a caduta (allegato scheda progetto n.2).....	11
1.2.3 Sicurezza oncologica: Processo di centralizzazione dell'allestimento dei chemioterapici antitumorali -secondo anno- (allegato scheda progetto n.3).....	11
<b>1.3 DATI di INCIDENT REPORTING .....</b>	<b>12</b>
Cadute.....	13
Infortuni .....	14
Eventi sentinella .....	14
<b>1.5 SEGNALAZIONI DEI CITTADINI .....</b>	<b>19</b>
<b>1.6. AUTOVALUTAZIONE STANDARD REGIONALI QUALITÀ E SICUREZZA DEL PAZIENTE .....</b>	<b>20</b>
<b>2. MONITORAGGI .....</b>	<b>21</b>
2.1 Monitoraggio degli Eventi Sentinella in SIMES.....	21
2.2 Aggiornamento delle sezioni del DB regionale .....	21
2.3 Segnalazione trigger materni e fetali .....	22
<b>3. PROGETTO ASSICURATIVO REGIONALE .....</b>	<b>23</b>
<b>4. COMITATI AZIENDALI.....</b>	<b>23</b>
4.1 Comitato Valutazione Sinistri (CVS).....	23
4.2 Gruppo di coordinamento per la gestione del rischio (GCR).....	23
<b>5. ASCOLTO E MEDIAZIONE TRASFORMATIVA .....</b>	<b>24</b>
<b>6. EVENTI FORMATIVI .....</b>	<b>24</b>
<b>7. PRINCIPALI RIFERIMENTI.....</b>	<b>27</b>
<b>ALLEGATI.....</b>	<b>27</b>

## 1. LINEE STRATEGICHE E DI INTERVENTO-Riesame della DIREZIONE

Nel 2018 le linee strategiche aziendali di intervento riguarderanno principalmente la riorganizzazione dei servizi ospedalieri e territoriali, proseguendo l'azione di innovazione e di efficientamento dei servizi avviata con l'entrata in vigore della legge di riordino del SSR (L.R. n. 23 dell'11 agosto 2015 "Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 -Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità).

In particolare saranno attuati e completati tutti i cambiamenti indicati nel Piano di Organizzazione Aziendale (POAS) approvato con Delibera n. 203 in data 29/03/2017.

Nel 2018 si intende continuare e completare il passaggio delle funzioni da ATS a ASST, raggiungendo la piena autonomia ed efficienza nello svolgimento delle attività erogative.

I macro-obiettivi individuati a livello aziendale e di seguito riportati, sulla base dei dati di ingresso del riesame, tendono all'aumento di efficienza dell'organizzazione, efficacia, qualità e sicurezza delle prestazioni, miglioramento della rete di offerta dei servizi, monitoraggio costante degli esiti.

In relazione all'area territoriale, l'obiettivo principale consiste nella definizione della filiera erogativa fra ospedale e territorio attraverso la presa in carico della persona e la costruzione di un percorso di cura integrato, definito sulla base del livello di intensità del bisogno. Con la DGR n. 6164 del 30/01/2017 "Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili", e con la D.G.R. n. 6551/2017 "Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei cronici e fragili", si è dato infatti avvio ad un modello di presa in carico dei pazienti cronici e fragili che vedrà coinvolta l'Azienda nell'organizzazione di un Centro Servizi per la gestione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie. È in corso l'attività nel Presidio Ospedaliero Territoriale di Morbegno (POT) di potenziamento delle attività ambulatoriali, in modo da fornire un'ampia gamma di servizi ed interventi sociali, socio-sanitari e sanitari per un'assistenza mirata alla persona e alla sua famiglia, nella logica della presa in carico globale, è già attuata la trasformazione dei posti letto di medicina in posti letto sub acuti. Nello stesso POT è stato organizzato il **Centro servizi** della ASST, il centro servizi è una struttura costituita da un'équipe di personale dipendente dall'ASST, che organizza il percorso definito nel PAI, cura la prenotazione delle prestazioni previste per tutti i tre livelli di complessità e si interfaccia con le persone prese in carico. Il centro servizi si avvale della piattaforma regionale per la consultazione e monitoraggio dei PAI.

Nel 2018 termineranno i lavori del nuovo pronto soccorso di Sondrio: la start up dei nuovi percorsi prevede una revisione dei percorsi interni e dei pazienti, quindi una riformulazione delle procedure e PDTA multidisciplinari.

Con atto deliberativo n.902 del 29 dicembre 2017, in attuazione alle indicazioni regionali è stata costituita la **Breast Unit** ASST della Valtellina e Alto Lario. Nell'ambito di questa struttura funzionale sono stati definiti i percorsi di presa in carico delle pazienti secondo criteri di qualità definiti nel sistema di monitoraggio regionale, con particolare attenzione al rispetto dei tempi che devono intercorrere tra il sospetto diagnostico, la conferma diagnostica e l'inizio del trattamento. La Breast Unit, strutturata sui due ospedali principali di Sondrio e Sondalo, opera come un unico centro di senologia nell'ambito della complessa organizzazione aziendale garantendo elevati livelli di qualità di cura un team multidisciplinare si fa carico secondo le indicazioni della DGR n. IX/4882/2013. Dovrà garantire altresì adeguati volumi di attività come da indicazioni del Decreto interministeriale n.70 del 02/04/2015.

In ottemperanza a quanto indicato nelle Regole e nelle Linee Guida Risk Management 2018, e in connessione con la neo-costituzione della Breast Unit, nel corrente anno si continua il progetto di Centralizzazione dell'allestimento dei chemioterapici antitumorali, con la partecipazione di tutte le strutture competenti e definite nel piano di progetto. Nel corso del 2017 è stata bandita la gara per l'acquisizione di sacche multi prelievo multi dose e costruzione delle camere bianche per U.Ma.C.A.

È indubbio che questa progettazione, fortemente auspicata dalla Direzione Strategica, proseguirà in un periodo di tempo ancora biennale, vede coinvolto il gruppo di progetto multidisciplinare con professionisti che afferiscono ai dipartimenti clinici interessati e alle strutture tecnico-gestionali, come dettagliato nel cronoprogramma. L'impatto organizzativo, strutturale ed economico di questo progetto sarà molto rilevante ed impegnativo in quanto verranno ridefiniti ruoli e percorsi a livello di tutti i Presidi ospedalieri ove è presente attività oncologica, così come importanti sono gli aspetti di efficientamento atteso delle risorse umane, tecnologiche e logistiche. Per questo motivo verrà posta particolare cura agli aspetti e alla metodologia comunicativa e di coinvolgimento del personale in tutte le fasi progettuali anche attraverso incontri periodici e mirati.

Nel corso del corrente anno, previa ovviamente, la disponibilità di risorse umane e finanziarie si continuerà a dare attuazione alle disposizioni regionali sul bilancio e proseguiranno gli interventi di spending review già avviati negli anni scorsi.

Verranno attuate tutte le azioni propedeutiche all'attuazione del PAC attraverso il lavoro di gruppi dedicati e l'emissione delle procedure di riferimento.

Nel corso dell'incontro della Direzione Sanitaria con i direttori di dipartimento e di UOC Sanitarie e il Gruppo Aziendale di Coordinamento Rischio, in data 14 marzo 2018, sono stati presentati i dati di analisi sulle aree di rischio come elencate e in coerenza con le *Linee guida per l'attività di risk management* emesse da Regione Lombardia e definito quanto segue:

- livello di applicazione delle raccomandazioni ministeriali in tema di rischio clinico
- incident reporting, eventi sentinella, trigger in ostetricia, percorso di segnalazione cadute dei pazienti (nuove modalità operative), risultanze delle segnalazioni dei cittadini e delle attività di ascolto e mediazione dei conflitti
- percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali (PDTA) definiti e da sviluppare
- esito dell'autovalutazione degli standard regionali sulla qualità e sicurezza del paziente
- proposte di attuazione dei progetti di risk management.

Sono stati illustrati e condivisi gli elementi strategici e le aree prioritarie di intervento e definiti gli obiettivi specifici da conseguire nel 2018 come di seguito dettagliati.

## 1.1 MACRO OBIETTIVI DELL'AREA SANITARIA

### Polo Ospedaliero

- **Progetti di risk management:**
  - Sicurezza del processo degli antitumorali: continuazione del progetto pluriennale sul Processo di centralizzazione dell'allestimento dei chemioterapici antitumorali.
  - Nuovo progetto: Sicurezza del paziente: prevenzione e gestione delle cadute dei pazienti, revisione dei percorsi interni di gestione/segnalazione di caduta paziente.
  - Nuovo progetto: definizione del percorso per la prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati/denosumab e antiangiogenetici nella ASST VALT.
- **Area materno-infantile:**
  - Revisione del processo di individuazione e segnalazione dei trigger materni-fetali
  - Formazione/implementazione del percorso di utilizzo dei segnali di allerta materno-fetali.
  - Ridefinizione del percorso diagnostico terapeutico del neonato critico, revisione della procedura aziendale.
- **Raccomandazioni ministeriali sul rischio clinico:** aumento del grado di implementazione delle raccomandazioni attraverso la verifica e progettazione di eventi formativi.
- **Incident reporting:** aumento dell'efficacia/efficienza del sistema di segnalazione di near miss

ed eventi avversi attraverso l'informatizzazione delle segnalazioni con il supporto del broker aziendale, progetto pilota che coinvolgerà inizialmente solo alcuni presidi.

- **PDTA:** revisione / redazione dei PDTA secondo una metodologia uniforme, raccolta e analisi dei dati degli indicatori di riferimento. Di seguito, alcuni dei PDTA, elenco non esaustivo, che saranno oggetto di revisione:
  - PDTA Il tumore della mammella
  - PDTA Ipotiroidismo e gravidanza
- **Sicurezza in chirurgia:** Raccomandazione n.3 - Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura: revisione e implementazione di nuove modalità gestionali, aumento dei livelli di sicurezza attraverso la revisione dei percorsi del blocco operatorio e della scheda di time out. Un team multidisciplinare aziendale con medici e infermieri effettuerà l'analisi e le proposte di cambiamento. Seguirà l'effettuazione di audit di processo.
- **Gestione del dolore:** ridefinizione del COSD aziendale, definizione dei percorsi e revisione/attualizzazione della procedura di gestione del dolore cronico e sintomi correlati.
- **Percorso strumentario chirurgico:** in considerazione della ridefinizione del Comitato Infezioni Ospedaliere - CIO, verrà revisionata la procedura della Centrale di Sterilizzazione e il percorso interno dello strumentario chirurgico arrivando a migliorie nella tracciabilità dello stesso. Un gruppo di lavoro interdisciplinare svilupperà una procedura aggiornata.
- **Autovalutazione standard regionali sulla qualità e sicurezza del paziente- Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione - PRIMO:** partecipazione agli incontri di RL e attività conseguenti correlate allo sviluppo del Piano di Miglioramento dell'Organizzazione nell'ambito del Pr.I.M.O.
- **Monitoraggi:** trasmissione tempestiva dei dati e dei flussi richiesti da RL come indicato nelle scadenze allegate alle linee guida 2018.
- **Certificazione ISO 9001: 2015 della Formazione:** nel corso del 1° semestre è attesa la conversione dei percorsi e delle procedure già in vigore secondo la norma del 2008 alla nuova norma del 2015 nell'ambito della formazione. Entro settembre 2018 verrà effettuata la visita ispettiva dell'ente di certificazione Bureau Veritas alla Formazione per la verifica di conformità del sistema di gestione per la qualità. In funzione di questo importante obiettivo sono stati pianificati due eventi formativi, tenuti da docenti esterni, sulla norma del 2015 e sull'attività di audit interni secondo la UNI EN ISO 19011.
- **Documentazione** in uso nelle strutture ospedaliere e nella rete territoriale: miglioramento e

uniformità del processo di gestione, al fine di maggior efficienza e immagine coordinata dell'ASST.

- **Cruscotto indicatori:** creazione di un cruscotto di indicatori clinici di governo del sistema a disposizione dei direttori di UOC/ Dipartimento e di altre funzioni aziendali di riferimento. Tale cruscotto comprenderà i dati e gli indicatori del PNE, quelli pubblicati sul portale di governo di regione e verranno resi evidenti i dati provenienti dai flussi correnti (SDO, 28SAN,...). Saranno anche introdotti e resi evidenti i dati provenienti dai questionari customer e dai reclami ricevuti, suddivisi per dipartimento/ area funzionale.. Questo progetto si svilupperà in un arco di almeno due anni, vista l'imponenza e la rilevanza strategica nonché l'impatto progettuale su più funzioni e servizi.

#### **Rete territoriale**

- **Presa in carico integrata delle cronicità:** definizione delle procedure di presa in carico e della documentazione di riferimento.
- **Attività di cure sub acute:** definizione del processo e del percorso dei subacuti, della procedura e della documentazione di riferimento.

#### **Area gestionale - amministrativa**

- **Customer satisfaction:** revisione del percorso e della procedura di customer e della procedura, indicatori e reporting.
- **Ascolto e mediazione dei conflitti:** sviluppo e incremento del numero di ascolti e mediazioni dei conflitti nei presidi aziendali.
- **Percorso Attuativo della certificabilità dei bilanci (PAC)** con delibera n. 796 del 23 novembre 2017, affiancamento da parte di operatori della UOC Qe RM del gruppo di lavoro aziendale nell'emissione delle procedure minime di riferimento e le attività conseguenti realizzate nel rispetto delle scadenze.

AREA	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	RISULTATO ATTESO	STRUTTURE COINVOLTE
Sistema Qualità	Piano integrato di miglioramento dell'organizzazione ( PIMO)	Report periodici per la Direzione Strategica	Invio dati nel rispetto delle scadenze indicate da RL 100%	Q e R
	Passaggio del SGQ della Formazione alla norma ISO 9001: 2015 .	Conversione della documentazione secondo norma ISO 9001:2015	Superamento della visita ispettiva senza non conformità gravi  2018	Q e R Formazione
	Gestione della documentazione aziendale emissione controllata di documenti	Tutti i documenti emessi sono verificati dalla struttura	Pubblicazione sulla intranet di almeno 50 documenti  2018	Q e R
	Autovalutazione Standard regionali e PRIMO	Partecipazione agli incontri Attuazione di quanto richiesto da RL	Rispetto scadenze Dicembre 2018	Q e R Strutture coinvolte in PIMO
PDТА	PDТА Mammella	Emissione PDТА	Emissione del PDТА	Dip. Servizi clinici Oncologia Dip. di chirurgia, DMP SITRA
PDТА	Ipotiroidismo e gravidanza	Emissione PDТА	Emissione del PDТА	Dip. Medicina Ostetricia e ginecologia, DMP SITRA
Risk management	Sistema di allerta precoce in Ostetricia	Implementazione del percorso di valutazione precoce e tempestivo riconoscimento, diagnosi e trattamento delle donne che sviluppano condizioni cliniche critiche, con documentazione indicata da RL	Emissione istruzione operativa utilizzo scheda meows documentazione Attuazione incontri formativi 100% Dicembre 2018 revisione del PDТА (in rif.to alle indicazioni regionali)	Ostetricia DEA DMP SITRA
	Sicurezza in chirurgia (Raccomandazione n.3)	Percorso del prericovero chirurgico	Emissione della procedura	Dipartimento di Chirurgia DEA SIA SITRA DMP



AREA	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	RISULTATO ATTESO	STRUTTURE COINVOLTE
	Sicurezza nel percorso di gestione dei farmaci chemioterapici antiblastici (Raccomandazione n. 14) Secondo anno	Come da crono programma	Attuazione di almeno 50% delle fasi previste tenendo conto dell'esito della gara	Farmacia Oncologia DMP SITRA SPP Q e R E altre indicate
	Sicurezza dei pazienti: prevenzione e gestione delle cadute (Raccomandazione n. 13)	Come da crono programma: revisione della procedura aziendale e del flusso delle segnalazioni utilizzo applicativo informatico e formazione.	Emissione procedura e documentazione. Dicembre 2018	SIA DMP Dipartimento cronicità e fragilità Dip . medicina
	Sicurezza in ambito farmacologico: prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da Bifosonati/ denosumab e antiangiogenetici (Raccomandazione n. 10)	Come da crono programma: emissione della procedura aziendale	Emissione procedura e documentazione. Dicembre 2018	DMP Dipartimento di chirurgia Dip . medicina
	Sicurezza in area materno infantile (Raccomandazione n. 16)	Ridefinizione percorso del neonato critico, revisione della procedura aziendale	Emissione procedura e documentazione. Dicembre 2018	Pediatria Ostetricia - Ginecologia SITRA DMP
	Prevenzione infezioni ospedaliere	Ridefinizione Comitato Infezioni Ospedaliere	Emissione di Regolamenti e procedure dicembre 2018	CIO DMP
	Programma di RL partecipazione ai network di RL e a formazione proposta ai Risk Manager	Partecipazione a tutti i network di Risk Management	100% di partecipazione	Q e R
Socio Sanitaria Territoriale	Presa in carico integrata delle cronicità: percorso pazienti sub acuti	Definizione del gruppo di lavoro e predisposizione della procedura	Predisposizione della procedura	Direz. Socio Sanitaria Dipartim. Cronicità e fragilità

AREA	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	RISULTATO ATTESO	STRUTTURE COINVOLTE
Gestionale Amministrativa	Processo di Customer	Revisione del processo di customer e della documentazione di riferimento	Revisione procedura e documentazione. Diffusione Indicatori e reporting Maggio 2018	Q e R URP DMP
	Ascolto e mediazione trasformativa	Partecipazione alle attività e incontri promossi da RL; definizione del percorso aziendale Definizione della procedura, documentazione e indicatori di processo.	-Partecipazione a quanto indicato 100% -Aumento (25%) del numero di ascolti	Q e R URP Mediatori
	Percorso Attuativo della certificabilità dei bilanci (PAC)	Rispetto della tempistica indicata da Regione Lombardia	Verifica delle procedure predisposte dal gruppo di lavoro aziendale	Dipartimento amministrativo SIC

LEGENDA: Q e R= Qualità e Risk Management

## 1.2 DESCRIZIONE DEI PROGETTI PIANO RISCHIO 2018

### I Nuovi progetti (1, 2) e la prosecuzione del progetto biennali (3)

#### 1.2.1 Sicurezza in ambito farmacologico: prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da Bifosonati/ Denosumab e antiangiogenetici (allegato scheda progetto n.1)

In questo ambito non sono di fatto pervenute segnalazioni di evento avverso/ near miss / evento sentinella, ma dagli incontri periodici nel corso del 2017 con il personale di alcuni reparti, si sono evidenziati percorsi e documentazione disomogenei che potevano rappresentare un rischio e dare luogo a un'offerta non coordinata. Quindi è stato deciso di procedere alla progettualità di prevenzione dell'osteonecrosi.

Il progetto ha lo scopo di rendere evidente e omogeneo a livello aziendale il percorso offerto per la prevenzione dell'osteonecrosi come indicato dalla Raccomandazione Ministeriale n. 10 per aumentare la sicurezza dei pazienti e migliorare le condizioni di vita diminuendo le complicanze, a volte altamente invalidanti, derivanti dall'uso di questi farmaci.

Attraverso la redazione e l'emissione di una procedura condivisa da parte di tutti gli attori coinvolti, alla luce della normativa e della bibliografia esistente nonché della Raccomandazione

Ministeriale n.10 si garantirà uniformità di gestione dei pazienti che devono iniziare o che hanno già iniziato il trattamento con bifosfonati/Denosumab/antiangiogenetici.

### **1.2.2 Sicurezza del paziente: Riduzione del rischio di danno al paziente in seguito a caduta (allegato scheda progetto n.2)**

Le cadute rientrano tra gli eventi avversi più frequenti anche nella nostra struttura sanitaria e possono determinare conseguenze immediate e tardive anche gravi fino a condurre, in alcuni casi, alla morte del paziente. L' Azienda, per dare attuazione agli indirizzi regionali, ha istituito con deliberazione n. 350/2012 un Gruppo di lavoro Aziendale Dedicato (GAD Cadute).

La funzione del GAD ovvero individuare misure rivolte alla prevenzione e gestione dell'evento cadute dei pazienti e le criticità emergenti dall'analisi delle segnalazioni e dalle informazioni di ritorno dai partecipanti ai corsi di formazione, dovrà essere ricondivisa e resa omogenea in tutti i presidi aziendali e sul territorio attraverso la ridefinizione nel 2018 della composizione del GAD e la revisione della Procedura, già elaborata sulla base del Decreto 7295 22.VII.2010 di Regione Lombardia "Linee di indirizzo e requisiti minimi regionali per l'implementazione di un sistema per la prevenzione e la gestione del rischio di caduta del paziente degente in ospedale o in RSA – RSD" e della Raccomandazione Ministeriale n.13 "Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie".

Attraverso l'analisi delle segnalazioni si sottolinea che i gravi danni a seguito di caduta occorsi negli ultimi anni vedono come elemento di prevenzione l'utilizzo di letti regolabili in altezza per i pazienti identificati a maggior rischio si evidenzia a tal proposito la necessità di acquisizione di tali ausili.

Il progetto prevede inoltre il rafforzamento, attraverso incontri specifici con i reparti, dei criteri e delle modalità di segnalazione caduta nell'applicativo informatico. Questo strumento renderà più semplice e comprensibile il sistema di segnalazione per gli operatori, uniformerà in tutta l'azienda il sistema e permetterà di rendere immediatamente disponibili i dati statistici degli eventi, con un grado di dettaglio personalizzabile.

L'obiettivo principale è l'uniformità dei criteri di segnalazione, maggiore tempestività di segnalazione e quindi di analisi, nonché, attraverso eventi formativi, una sensibilizzazione al rischio caduta di operatori e pazienti/ famigliari. Come in precedenza saranno infine attuati audit di processo.

### **1.2.3 Sicurezza oncologica: Processo di centralizzazione dell'allestimento dei chemioterapici antitumorali. -secondo anno- (allegato scheda progetto n.3)**

Anche per il 2018 le linee guida regionali di Risk Management anno evidenziano il tema del rischio

associato ai farmaci antineoplastici come prioritario sia a livello regionale che in un'ottica nazionale: le Regole 2018 e le linee guida risk management indicano l'obbligatorietà della centralizzazione dell'allestimento dei chemioterapici. Nell'ultimo periodo del 2017 è stata bandita la gara per l'UMACA e, alla chiusura dei termini e con la successiva aggiudicazione, verranno predisposte le camere bianche e rivisto dal gruppo multidisciplinare tutto il percorso di allestimento distribuzione ed erogazione delle chemioterapie. Visti i tempi di gara, si ritiene che tale progetto occuperà ancora il prossimo biennio, essendo poco verosimile la conclusione efficace e totale entro l'anno.

Nel 2018 la progettazione e costruzione dell'UMACA (unità di manipolazione chemioterapici antiblastici), la formazione di un farmacista da dedicare all'attività, la revisione con l'oncologo dei protocolli di terapia antiblastica in vigore, la riorganizzazione dei processi-procedure di presa in carico del paziente, la reingegnerizzazione dei percorsi logistico-organizzativi di allestimento, erogazione e distribuzione delle terapie, l'introduzione della prescrizione informatizzata per gli schemi di chemioterapia, sono sinteticamente le macrofasi progettuali al termine delle quali sono previsti audit periodici di processo per la validazione finale e un percorso di formazione e aggiornamento del personale. (vedi scheda e crono programma).

Tutte le fasi saranno comunque attuate dopo l'aggiudicazione della gara in corso.

L'obiettivo principale resta quello di aumentare il grado di sicurezza per gli operatori in tutte le fasi di gestione dei farmaci antiblastici e omogeneizzare le attività e i controlli, garantendo altresì al paziente massimo livello di sicurezza e qualità delle cure.

### **1.3 DATI di INCIDENT REPORTING**

Relativamente ai dati sulle segnalazioni di incidenti/near miss, si riscontra nel 2017 e nel primo periodo del 2018, un tasso di segnalazione spontanea di incidenti, near miss ed eventi avversi ancora statisticamente non significativo e in termini assoluti in numero davvero contenuto. Pur trattandosi di piccoli numeri e di eventi prognosticamente non gravi, tali fattispecie costituiscono comunque un segnale sempre valutato e analizzato per l'implementazione di azioni correttive.

Il sistema di incident reporting in uso si avvale di moduli di segnalazione differenti su supporto cartaceo e con data entry manuale oltre che una scarsa sensibilità alla segnalazione da parte degli operatori: sicuramente la possibilità di utilizzare uno strumento informatizzato in rete, vista la complessità e l'articolazione/dispersione territoriale della ASST Valtellina e Alto Lario consentirebbe maggior efficacia ed efficienza in questo processo. Prendendo spunto dal contratto in essere con il broker aziendale si costruirà un sistema incident reporting informatizzato

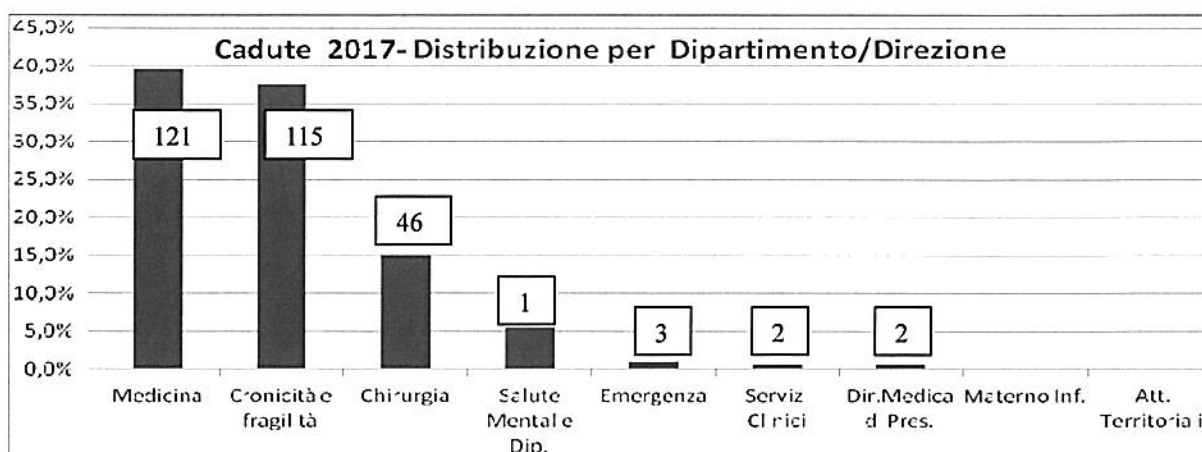
attraverso l'utilizzo di una piattaforma strutturata. Parallelamente, saranno attuati incontri formativi con i referenti qualità di reparto per aumentare la sensibilizzazione alla segnalazione, come sinonimo di tesoro, e non come elemento di critica e deostruente.

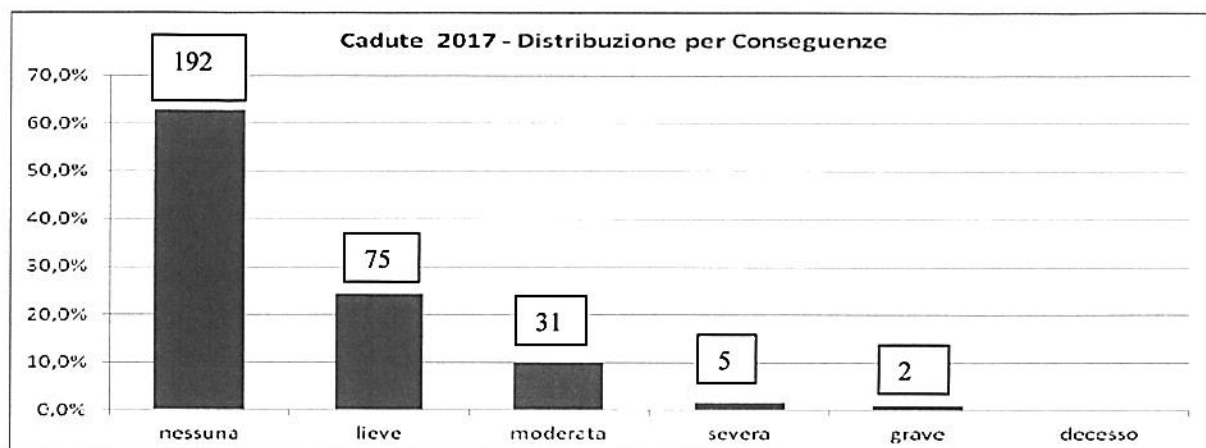
## Cadute

Il tasso di segnalazione delle cadute e risulta costante in un arco temporale anche prolungato. Le cadute pazienti vengono segnalate prevalentemente su pazienti ricoverati nelle SC di Medicina, di Riabilitazione e di Geriatria – Sub –Acuti dei vari Presidi. Nella tabella seguente sono riportati i dati del triennio 2015-2017.

RIASSUNTO SEGNALAZIONI tab.1	Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017
CADUTE PAZIENTI	278	342	306
CADUTE VISITATORI	5	12	11

Come negli anni precedenti, la maggiore frequenza è in Medicina e Riabilitazione, legata alla tipologia di pz, con molte comorbilità ed età avanzata. Si evidenzia nel 2017 una diminuzione nella numerosità totale delle cadute e una riduzione delle conseguenze severe o gravi. Si evidenzia altresì un numero significativo di cadute ripetute dello stesso paziente in particolare 12 pazienti sono caduti due volte nell'ambito dello stesso episodio di ricovero e 1 paziente è caduto 3 volte nell'ambito dello stesso episodio di ricovero e 1 altro paziente è caduto 4 volte nello stesso episodio di ricovero.





SVILUPPO: revisione procedura, Redazione e distribuzione informative, software gestione delle segnalazioni, progetto piano di risk management (vedi)

### Infortuni

Gli infortuni hanno un tasso tendenzialmente costante ma che viene comunque sempre attentamente vagliato e indagato. (tabella n.2).

<b>CLASSIFICAZIONE INFORTUNI</b> tab. 2	<b>Anno 2015</b>	<b>Anno 2016</b>	<b>Anno 2017</b>
Rischio biologico	50	52	44
Rischio chimico	0	0	4
Rischio da movimentazione	9	13	11
Altri rischi	87	78	79

Nel corso del 2018 verrà posta particolare attenzione allo sviluppo e diffusione di una politica per la prevenzione degli infortuni a seguito di episodi di violenza. Con un gruppo multidisciplinare che comprende l'SPP, le DMP, il dipartimento di salute mentale e dipendenze, il dipartimento territoriale e alcune associazioni del territorio, verrà definita una procedura e verranno attuati incontri dedicati.

### Eventi sentinella

Nel corso del 2017 sono pervenute due segnalazioni di 2 gravi danni conseguenti a caduta che, dopo analisi approfondite con gli operatori, le Direzioni Mediche e SITRA della documentazione clinica e delle procedure in uso, e un confronto con la regione, hanno portato a considerare che

non erano eventi prevenibili e le procedure attuate erano conformi ed adeguate. Quindi questi due eventi non sono stati inseriti nel portale, ma è stata comunque condotta un audit documentato.

È stato segnalato un evento sentinella relativo a errore in terapia farmacologica, accaduto in ambito territoriale.

Questo evento non ha di fatto comportato danni gravi sulla salute del paziente. Dall'audit condotto dal Risk Manager, con la Farmacia e la Direzione Medica di Presidio è stata evidenziata la necessità di formazione sulle procedure aziendali degli operatori e una revisione delle modalità di controllo/registrazione. Le azioni correttive sono state implementate efficacemente e concluse.

CLASSIFICAZIONE EVENTI SENTINELLA tab. 3		ANNO		
CODICE	DESCRIZIONE	2015	2016	2017
2	Procedura in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte )	1		
4	Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico		1	
6	Morte, coma o gravi alterazioni funzionali derivati da errori in terapia farmacologica		1	1
7	Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto		1	
8	Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 g non correlata a malattia congenita		2	
9	Morte o grave danno per caduta di paziente	1	3	
10	Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale		2	
11	Violenza su paziente		1	
12	Atti di violenza a danno di operatore	4	1	
15	Morte o grave danno imprevisti a seguito dell'intervento chirurgico	3		
16	Ogni ALTRO evento avverso che causa morte o grave danno	1		

Anche in questo ambito, nel corso del 2018 verrà implementato in azienda un software per le segnalazioni, revisionando il percorso e le procedure.

## Trigger in area ostetrica

Il Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP), è stato arricchito dal 1/1/2016, di alcune informazioni cliniche sulla gravidanza e sul parto e di un intero capitolo che riguarda la segnalazione di eventuali eventi avversi (trigger) occorsi in sala parto. Al fine di migliorare la gestione del rischio e aumentare la consapevolezza tra gli operatori dei punti nascita, è continuato il monitoraggio e l'analisi periodica dei trigger materni e fetali/neonatali, come da classificazione presentata nell'ambito della formazione regionale. Nella tabella n.4 si riporta la classificazione dei trigger segnalati nell'anno 2017 dai diversi punti nascita, si documenta che il numero di parti, complessivamente per i tre PN, è di poco superiore a 1000.

<b>ANNO 2017 TIPOLOGIA TRIGGER tab. 4</b>		<b>SONDRIO</b>	<b>SONDALO</b>	<b>CHIAVENNA</b>
<b>MATERNI</b>	Ritorno in sala operatoria		1	
	Ventosa o Forcipe adoperati senza successo		2	
	Distocia di spalla	3		
	Embolizzazione arterie uterine			
	Ricovero in terapia intensiva	2	2	
	Rottura d'utero			
	Parto a casa non pianificato			1
	Emorragia > 1500 ml	8	1	
	Complicanze anestesologiche da epidurale/ spinale		2	
	Lacerazioni di III/IV grado	6	2	1
	Parto non assistito		1	
	<b>FETALI</b>	Trauma alla nascita	1	1
pH ombelicale < 7.0 arterioso o < 7.1 venoso		2	2	1
Anomalia fetale non diagnosticata		2		
SGA inaspettato a termine (peso alla nascita < al 10° percentile per età gestazionale e sesso)		1		
Neonato a termine senza malformazioni ricoverato in Terapia Intensiva neonatale		3	2	
<b>Totale eventi</b>		<b>28</b>	<b>16</b>	<b>3</b>

I dati dei trigger segnalati sono coerenti in termini di incidenza con i dati a livello nazionale: l'Emorragia Post partum rappresenta ancora l'evento più frequente nei PN anche se sono state recepite e diffuse le Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità ed è stato revisionato il PDTA aziendale sull'Emorragia Post Partum. Questi dati però non ci consentono di diminuire l'attenzione in questo ambito, pertanto continueranno incontri di formazione sul tema. I trigger segnalati sono stati riesaminati collegialmente con gli operatori di reparto e sono state attuate revisioni di



procedure e percorsi quando ritenuto necessario.

In aggiunta è in corso la revisione del PDTA sul diabete gestazionale.

Uno strumento di controllo del rischio è rappresentato dal Modified Early Obsteric Warning System (MEOWS), un sistema di allarme ostetrico precoce per il tempestivo riconoscimento e trattamento di tutte le situazioni patologiche acute: per il 2018 ci si propone di validare e incrementare nei punti nascita dell'Azienda la scheda di rilevazione MEOWS per evidenziare precocemente una situazione patologica acuta al fine di ridurre le probabilità di errore. Sono stati definiti incontri pressoché mensili di formazione dell'equipe di ostetricia che, da quest'anno, con la nomina di un nuovo primario di pediatria, vedranno la fruttuosa partecipazione dei pediatri-neonatologi.

La **pediatria** si occuperà di revisionare e aggiornare i percorsi interni e quindi tutta la documentazione utilizzata sia in reparto che al Nido, nelle procedure e nella modulistica.

In particolare dovrà essere revisionata la procedura di valutazione e trasporto del neonato critico.

**1.4 DATI DI SINISTROSITÀ**

I dati di sinistrosità, così come segnalati nel database regionale, dimostrano un numero di richieste di risarcimento costante nel triennio come riportato nella tabella n.5, con una prevalenza costante nell'ambito di errori diagnostici e chirurgici. Nel 2017 c'è stato un lieve incremento delle richieste di risarcimento inerenti l'area del PS, mentre si nota una netta diminuzione dei sinistri per smarrimento protesi dentaria nei reparti. Questo è legato verosimilmente alla introduzione e diffusione di un sistema di conservazione delle protesi, regolamentato attraverso una procedura ad hoc.

<b>CLASSIFICAZIONE SINISTRI tab.5</b>	<b>Anno 2015</b>	<b>Anno 2016</b>	<b>Anno 2017</b>
CADUTA	2	1	
DANNEGGIAMENTO COSE	3	2	2
DANNEGGIAMENTO PERSONE	1		
ERRORE ANESTESIOLOGICO	0	2	1
ERRORE CHIRURGICO	13	9	11
ERRORE DIAGNOSTICO	5	8	5
ERRORE PROCEDURE INVASIVE			2
ERRORE DI PREVENZIONE		1	
ERRORE TERAPEUTICO	2		6
INFEZIONI	1	4	
INFORTUNIO	1	1	
LIVELLO DI SERVIZIO	4		4
MATERIALE DIFETTOSO	1	1	
NON IDENTIFICATO	1		
SMARRIMENTO	2	3	1
<b>Totale complessivo</b>	<b>36</b>	<b>32</b>	<b>32</b>

## 1.5 SEGNALAZIONI DEI CITTADINI

TIPOLOGIA RECLAMO	N.	%
aspetti economici	98	38
aspetti strutturali	7	3
assistenza protesica	19	7
comunicazione e relazione	13	5
condizioni dell'accesso	7	3
informazione e orientamento	2	1
prestazioni	102	39
rilascio documentazione clinica	12	4
<b>TOT.</b>	<b>260</b>	<b>100</b>

I reclami pervenuti all'Ufficio Relazioni con il Pubblico nel corso dell'anno 2017 sono stati n. 260, (in netto calo rispetto al 2016 anno in cui sono stati 313) di cui il 38% si riferisce all'area degli aspetti economici, il 39% all'area delle prestazioni mentre il rimanente 23% rientra nelle altre tipologie previste dalla

classificazione regionale come specificato nella tabella.

## Distribuzione per dipartimento

DIPARTIMENTO	N.	%
Amministrativo	75	29%
Attività Territoriali	30	12%
Chirurgia	35	14%
Emergenza Accettazione	50	19%
Fragilità Cronicità	11	4%
Materno Infantile	6	2%
Medicina	31	12%
Salute Mentale Dipendenze	3	1%
Servizi Clinici	19	7%
<b>TOT.</b>	<b>260</b>	<b>100%</b>

Nell'ambito del dipartimento amministrativo i reclami sono relativi ad aspetti economici, si ricevono contestazioni di pagamento per codice bianco in dimissione dal Pronto soccorso e contestazioni di pagamento per mancata presentazione (drop out) a visite/esami. Verrà revisionata la

modalità di comunicazione all'utenza.

Tutti i reclami sono stati e valutati dal responsabile URP in collaborazione con le DMP, il SITRA e i mediatori: relativamente al rilascio della documentazione clinica i reclami erano legati soprattutto alla refertazione TAO. Nei punti prelievo periferici sono state attuate e si sono rivelate efficaci le modifiche di percorso organizzativo che hanno consentito un maggiore efficientamento della performance. I reclami sull'assistenza protesica, particolarmente "critici", sono stati analizzati con il provveditore e i responsabili dei PRESST: la causa è stata riconducibile a inefficienze della ditta fornitrice di ausili, sia in termini di tempistica che in relazione alla qualità e modalità della fornitura. I disservizi sono stati notificati alla ditta, ad ARCA e nell'ultimo periodo non sono più stati notificati reclami in questo ambito. Sulla base di quanto rilevato è stato definito di strutturare in azienda, verosimilmente in un arco di tempo di 18 mesi, un Percorso per i Pazienti in TAO-NAO: questo progetto vedrà la partecipazione della ematologia, del laboratorio oltre che delle DMP, SITRA e Ufficio Informatico. Verrà inoltre predisposta una revisione del processo di customer e della documentazione di riferimento.

## **1.6. AUTOVALUTAZIONE STANDARD REGIONALI QUALITÀ E SICUREZZA DEL PAZIENTE**

È stata assicurata la partecipazione del Direttore Sanitario e del Risk Manager all'incontro con i Referenti per il PRIMO di Regione Lombardia e di LISPA per la valutazione del servizio C svoltosi il 24 gennaio 2018.

Durante l'incontro, sulla base della disamina effettuata in azienda sono stati rivalutati in senso positivo alcuni punteggi della Check list di autovalutazione.

Per quanto riguarda il livello di soddisfacimento degli standard, tutte le azioni e i progetti sino a qui descritti saranno strutturati e implementati nella direzione del maggiore e più esaustivo soddisfacimento dei requisiti stessi.

Si sottolinea inoltre che verrà attuata una revisione dei percorsi interni al Dipartimento amministrativo prendendo spunto dalle attività indicate per il percorso di certificabilità del Bilancio – progetto PAC.

## **1.7 RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI**

L'Azienda ha effettuato l'autovalutazione sullo stato di implementazione di ciascuna delle Raccomandazioni Ministeriali elaborate e distribuite dal Ministero della Salute per la prevenzione degli eventi sentinella. Il grado di adesione alle 17 raccomandazioni è stato misurato utilizzando le corrispondenti griglie di autovalutazione predisposte da AGENAS (Monitoraggio Raccomandazioni - Valutazione dell'implementazione delle raccomandazioni) e disponibili sul suo portale.

Nel 2017 il grado di adesione, a cominciare da alcuni ambiti specifici, è stato valutato e rivisto dopo effettuazione di monitoraggio in situ e attività di audit di processo.

Dalla direzione strategica è stato definito prioritario l'intervento di progettazione per il miglioramento della sicurezza nella aree considerate con maggiori criticità quali l'ambito oncologico e la sicurezza chirurgica in sala operatoria.

Lo stato di implementazione delle raccomandazioni globalmente considerato raggiunge l'85%. Tutte le attività citate nel capitolo 1.1 (e seguenti) riferite alla revisione dei PDTA e procedure confermano l'impegno dell'azienda nel monitoraggio continuo dei documenti ministeriali a garanzia di sicurezza dei pazienti e degli operatori.

## 2. MONITORAGGI

Si prosegue nell'implementazione delle attività promosse negli anni scorsi assicurando qualità e completezza dei dati relativamente ai seguenti argomenti:

### 2.1 Monitoraggio degli Eventi Sentinella in SIMES

Prosegue in azienda il monitoraggio costante degli eventi sentinella integranti le Raccomandazioni ad oggi emanate dal Ministero della Salute, attraverso il sistema on-line (SIMES), curato dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari – Age.na.s. Nel sistema vengono inseriti i casi che rispondono alla definizione di Evento Sentinella cioè quegli eventi avversi di particolare gravità, potenzialmente evitabili, che per essere validati nel sistema di monitoraggio degli eventi sentinella SIMES da parte Regionale e Ministeriale devono presentare una descrizione, l'esito, le cause, le azioni di miglioramento ed essere gestiti nei tempi previsti. Gli eventi segnalati, vengono gestiti nel sistema SIMES. L'approfondimento dell'evento avviene applicando la metodologia della RCA attraverso:

- la raccolta sistematica da parte del RM degli elementi di riferimento del caso attraverso l'analisi della documentazione clinica e attraverso colloqui preliminari di approfondimento con gli operatori
- raccolta sistematica delle procedure, istruzioni operative, modulistica e altri documenti relativi al processo oggetto di audit in vigore in azienda e/o utilizzati come riferimento all'interno della struttura
- tabulazione ordinata in sequenza temporale degli elementi raccolti (tabella del tempo)
- discussione e approfondimento del caso in sede di audit sulla base di quanto registrato nella documentazione e di quanto raccontato dai professionisti, attraverso la verifica della tabella del tempo
- evidenza condivisa dei punti critici del percorso e individuazione delle cause profonde dell'evento
- definizione di proposte di azioni di miglioramento/ azioni correttive, con relativa responsabilità di attuazione e tempistica.

### 2.2 Aggiornamento delle sezioni del DB regionale

Entro il 26/01/2018 si è provveduto ad aggiornare il DB regionale in tutti i suoi campi con l'inserimento dei dati riguardanti polizze, sinistri, RCT/O, cadute pazienti/visitatori e infortuni

operatori relativi al II semestre 2017 con particolare attenzione alla valorizzazione delle riserve ed alla compilazione del campo "regime di trattamento" sinistri.

Nel corso del 2018 si proseguirà nell'azione di monitoraggio, in linea con il percorso tracciato dalla Regione, rispettando la scadenza del 31/07/2018 per l'inserimento dei dati relativi al I semestre 2018.

Al fine di poter affrontare in maniera il più possibile coordinata e condivisa la gestione dei sinistri, la procedura aziendale, che definisce la gestione integrata del processo di valutazione e liquidazione del danno, nell'ambito dell'attività del CVS aziendale, organo propositivo per il Direttore Generale.

Con riferimento alla nota protocollo G1.2016.0004842 del 09/02/2016 avente ad oggetto: - *linee guida "parole chiave" nel DB regionale Mappatura Sinistri* - l'Azienda provvede alla classificazione dei sinistri in ambito ostetrico attraverso l'utilizzo delle parole chiave al fine di consentire un'analisi più accurata e più rapida di tali eventi alla base di una richiesta di risarcimento danni. Al fine di consentire la corretta selezione delle parole chiave è importante la condivisione degli atti relativi al sinistro tra la Struttura Affari Generali e Legali, Risk Manager e Medico Ginecologo/Ostetrica.

L'identificazione delle parole chiave consentirà l'individuazione di eventuali ricorrenze di sinistri a livello locale (Aziendale) o globale (Regionale) e di eventuali correlazioni con fasi e/o attività (es. parto vaginale operativo, parto cesareo, monitoraggio tracciato cardiocotografico).

### **2.3 Segnalazione trigger materni e fetali**

Continua l'attività di segnalazione dei trigger occorsi in ambito ostetrico nella sessione "Eventi da segnalare" nell'ambito del CedaP. Verrà effettuato un monitoraggio e l'analisi con attivazione di audit nel corso dell'anno per la discussione di casi legati alle criticità riscontrate con la definizione di strategie di gestione dei trigger più frequenti.

### **3. PROGETTO ASSICURATIVO REGIONALE**

L'Azienda, come già nel 2017, parteciperà agli incontri con cadenza bimestrale organizzati dal raggruppamento di appartenenza 1° raggruppamento (ATS Insubria - ATS Montagna) composto da professionisti medico legali e professionisti. Nelle precedenti riunioni oltre al consueto confronto sui sinistri che si distinguono per particolari aspetti meritevoli di approfondimento - sono stati, fondamentalmente, il Codice di Giustizia Contabile (D.Lgs n. 174 del 26 agosto 2016) con particolare riferimento alle novità in tema di segnalazione alla Corte dei Conti, il protocollo operativo per la gestione dei consulenti specialisti e medici legali, la predisposizione in comune di una bozza di atto di transazione da utilizzare in sede di liquidazione dei sinistri, la predisposizione di una nuova procedura per la gestione dei sinistri e l'analisi della legge 8 marzo 2017, n. 24 ,con particolare riferimento agli aspetti relativi alla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

### **4. COMITATI AZIENDALI**

#### **4.1 Comitato Valutazione Sinistri (CVS)**

Si darà continuità operativa all'attività del CVS. L'esperienza maturata in questo settore ha portato gli operatori di tale Comitato ad affrontare, con sempre maggiore competenza, la gestione dei sinistri e la liquidazione delle diverse voci di danno, promuovendo tale peculiarità anche all'interno di gruppi regionali di confronto. Ci si propone inoltre di operare in maniera sinergica con il Risk Manager per l'analisi della sinistrosità aziendale e per la definizione degli interventi da realizzare a livello di sistema al fine di ridurre la sinistrosità aziendale e le specifiche criticità emerse dall'esame dei casi in CVS.

Saranno verbalizzati tutti gli incontri del CVS per poterne rendicontare il numero a fine anno.

#### **4.2 Gruppo di coordinamento per la gestione del rischio (GCR)**

Attraverso il coinvolgimento dei direttori di Struttura/ dipartimento rappresentativi delle aree cliniche a più elevata rischiosità il GCR porta avanti come ogni anno il mantenimento di un sistema di gestione del rischio efficace ed efficiente, quale obiettivo prioritario dell'Azienda, attraverso le analisi e gli interventi sui livelli di sicurezza offerti per pazienti, utenti e operatori e sviluppa in maniera coordinata i progetti di rischio sanitario al fine di incrementare ulteriormente i livelli di efficacia ed efficienza nell'ambito delle attività di competenza definite dalle Linee Guida regionali.

Le attività del GCR sono rivolte a:

- definizione degli interventi per sensibilizzare gli operatori sul tema del rischio e sulla importanza della segnalazione degli eventi avversi
- individuazione e analisi delle criticità più o meno latenti presenti nell'organizzazione, individuazione degli ambiti di rischio e degli eventi avversi rilevanti, individuazione delle azioni da implementare nel sistema e diffusione delle buone pratiche
- programmazione degli interventi da attuare per migliorare la sicurezza delle prestazioni
- formulazione di proposte di progetto da sottoporre all'attenzione della Direzione Strategica per sostenere l'attività professionale degli operatori sanitari e tecnici e contenere i costi assicurativi
- definizione di strategie per migliorare il rapporto con l'utenza e l'immagine della struttura
- promozione, sostegno e valorizzazione del Risk Management all'interno dell'Azienda.

Per il 2018 sono pianificati 4 incontri.

## 5. ASCOLTO E MEDIAZIONE TRASFORMATIVA

È fondamentale ricordare che una parte importante del contenzioso scaturisce da problemi di comunicazione tra operatori e pazienti ancor prima di eventi avversi connessi all'attività clinica. È necessario quindi costituire una ottimale "rete" fra servizi Aziendali che sono deputati ad accogliere e gestire segnalazioni, reclami o richieste di risarcimento danni di natura tecnico professionale, assistenziale, e spesso conflitti di carattere relazionale al fine di consentire una precoce attivazione del Servizio di Ascolto prima e poi l'attività di mediazione dei conflitti. Nel 2017 è stata emessa la procedura "Ascolto e mediazione trasformativa dei conflitti" quale riferimento per tale attività.

Si rileva che l'attivazione e l'utilizzo del Servizio di Ascolto e Mediazione dei conflitti ad oggi risulta abbastanza limitato, anche se nel corso del 2017 sono aumentati i numeri degli ascolti a pazienti. Su n. 6 reclami oggetto di attività di ascolto e mediazione, n. 1 è proseguito con mediazione.

Durante il 2018 si continuerà a sviluppare maggiormente i percorsi di isolamento di casi e di utilizzo del servizio su tutti i Presidi.

## 6. EVENTI FORMATIVI

Viene riportato nella tabella sottostante l'elenco eventi formativi in tema di Risk Management. Gli eventi formativi sono inseriti nel "*Piano di Formazione anno 2018*", adottato con provvedimento deliberativo aziendale n.169 del 14 marzo 2018.



## Elenco eventi formativi

Argomento/titolo dell'attività	Obiettivo formativo	Risultati attesi	Metodologia formativa
TRIAGE INFERMIERISTICO	Formare gli operatori su : modello teorico del sistema di triage utilizzato,presentazione dei principali quadri sintomatologici,modalità di ricerca e valutazione di segni e sintomi e delle situazioni a rischio dei casi che maggiormente si presentano in ps. Aspetti relazionali riguardanti l'assertività e la gestione della comunicazione non conflittuale e delle emozioni proprie ed altrui.	Acquisizione da parte degli operatori del rigore metodologico dato dall'applicazione del metodo di triage globale , perfezionamento delle competenze ed incremento delle abilità specifiche richieste in triage e atte al miglioramento\potenziamento delle caratteristiche professionali ritenute strategiche.	Corso residenziale classica ( max 100 partecipanti) min 4 ore - 1 credito/ora
IL CONTRIBUTO INFERMIERISTICO NELLA FASE TRATTAMENTALE DELLA PRESA IN CARICO	Potenziare le competenze comunicativo-relazionali nell'ambito delle prestazioni infermieristiche, sia con gli utenti che con l'equipe multi-professionale, al fine di collaborare alla fase trattamentale del processo di presa in carico finalizzata alla realizzazione del percorso di trattamento concordato con l'utente	Conoscenza dei processi comunicativi e relazionali generali e specifici per la professione, implicati nella fase trattamentale della presa in carico. Capacità di riconoscerli, gestirli e orientarli nell'ambito di attività professionali, anche al fine di facilitare/promuovere l'adesione dell'utenza ai percorsi trattamentali negoziati	Corso residenziale classica ( max 100 partecipanti) min 4 ore - 1 credito/ora
INFEZIONI IN CHIRURGIA	Migliore l'uso degli antibiotici nei reparti chirurgici in base alle nuove linee CIO	Incrementare l'uso corretto degli antibiotici	Corso residenziale classica ( max 100 partecipanti) min 4 ore - 1 credito/ora
CORSO EMERGENZE/URGENZE IN OSTETRICIA	Continuare il percorso formativo per uniformare comportamenti ai protocolli clinici in essere. Ottimizzare l'autome materno-neonatale e la sicurezza del punto nascita	Migliorare gli esiti clinici attraverso una maggiore conoscenza e gestione clinica delle emergenze ostetriche. Miglioramento anche in termini di sensazione di sicurezza dei singoli e nella gestione della comunicazione	Corso residenziale classica ( max 100 partecipanti) min 4 ore - 1 credito/ora
I PROTOCOLLI CLINICI DI OSTETRICIA - GINECOLOGIA	Revisionare procedure e pdta a livello dipartimentale con il coinvolgimento di professionisti di altri dipartimenti/strutture coinvolte (anestesia-rianimazione, trasfusionale...)	Presenza delle procedure/pdta revisionati; conoscenza e applicazione delle stesse da parte di tutto il personale; verifica attraverso analisi di cartelle cliniche	Fsc - partec. Comm/comitati/gruppi miglioram.( min 4 incontri min 8 ore - 1cf ora - max 20 part /ed)
PREVENZIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI	Fornire agli operatori competenze specifiche nella gestione delle emozioni e delle situazioni di stress finalizzate alla prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori stessi e dei pazienti.	Acquisizione da parte degli operatori di maggior consapevolezza nella gestione delle emozioni e delle situazioni di stress finalizzate alla prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori stessi e dei pazienti.	Corso residenziale classica ( max 100 partecipanti) min 4 ore - 1 credito/ora
LA VIOLENZA DEL PAZIENTE PSICHICO: ASPETTI RELAZIONALI E GIURIDICI	Sviluppo di strategie alternative alla gestione del paziente violento.	Diminuzione degli episodi di aggressione e/o confronto fisico tra pazienti e operatori	Corso residenziale classica ( max 100 partecipanti) min 4 ore - 1 credito/ora
LA RESPONSABILITÀ DEGLI ESERCENTI LE PROFESSIONI SANITARIE SECONDO LE NOVITÀ DELLA LEGGE GELLI-BIANCO, LA CENTRALITÀ DELLA DOCUMENTAZIONE	Conoscere le novità della legge Gelli-Bianco in relazione alla responsabilità della struttura sanitaria e degli esercenti la professione sanitaria - conoscere i requisiti normativi della documentazione sanitaria -	Revisione della procedura aziendale sull' acquisizione del consenso informato e della relativa modulistica - partecipazione del 100% dei direttori di dipartimento e di UOC e UOSD	Corso residenziale classica ( max 100 partecipanti) min 4 ore - 1 credito/ora

Argomento/titolo dell'attività	Obiettivo formativo	Risultati attesi	Metodologia formativa
SANITARIA, L'INFORMAZIONE E IL CONSENSO AI TRATTAMENTI	conoscere i riferimenti normativi che riguardano consenso informato - conoscere gli obblighi legali e le responsabilità professionali - uniformare le procedure di acquisizione del consenso - documentare il consenso nel processo di ricovero e ambulatoriale		
APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI: GESTIONE DEL RISCHIO	Acquisire una visione generale e dettagliata non solo degli aspetti di sicurezza di base, ma anche delle prestazioni essenziali delle apparecchiature elettromedicali, unite alla descrizione di un processo di gestione del rischio di detti dispositivi.	Riduzione dei rischi connessi all'utilizzo di apparecchiature elettromedicali	Corso residenziale classica ( max 100 partecipanti) min 4 ore - 1 credito/ora
PREVENZIONE DELLE LESIONI DA DECUBITO	Formalizzare un protocollo per prevenzione e gestione delle lesioni da decubito	Procedura aziendale per prevenzione e gestione delle lesioni da decubito nel ricoverato	Fsc - partec. Comm/comitati/gruppi miglioram.( min 4 incontri min 8 ore - 1cf ora - max 20 part /ed)
GESTIONE SICUREZZA DEI FARMACI	Aggiornamento sulla gestione delle soluzioni di potassio, conservazione dei farmaci e loro gestione	Miglioramento della gestione dei farmaci	Res - videoconferenza sincrona ( min 5 part. Per aula) min 2 ore -
OSTEONECROSI DEI MASCELLARI DA FARMACI ANTIRIASSORBITIVI ED ANTIANGIOGENETICI: VALUTAZIONE DEI PROFILI DI RISCHIO E RACCOMANDAZIONI CLINICO-TERAPEUTICHE	Aggiornamento sulla prevenzione e sulla terapia delle complicanze odontoiatriche nei pazienti sottoposti a terapia con farmaci antiangiogenetici/antiriassorbitivi	Procedura aziendale di prevenzione	Corso residenziale classica ( max 100 partecipanti) min 4 ore - 1 credito/ora
RIDUZIONE DELLA MORTALITÀ OSPEDALIERA ASSOCIATA A SEPSI GRAVE-PERCORSO PER PERSONALE COMPARTO SANITARIO e DIRIGENTE	La sepsi rappresenta una condizione clinica frequente, di difficile gestione e che può presentare un elevato tasso di mortalità. Il corso è stato riorganizzato secondo gli indirizzi forniti a livello regionale in conformità al d.d.g. salute regione lombardia n. 7517 del 5/8/2013	Riduzione dei casi di sepsi in azienda	Fad e-learning - 1 cf ora senza tutor - 1,5 cf ora con tutor - tutor 4 cf mese
LA REVISIONE DEL SISTEMA DOCUMENTALE DEL LABORATORIO ANALISI CONSEGUENTE ALL'UTILIZZO DEL NUOVO GESTIONALE MODULAB E L'INTRODUZIONE DI NUOVE TECNOLOGIE	Adeguamento sistema documentale e sua applicazione da parte del personale	Conoscenza ed applicazione delle nuove modalità di gestione per ciascun settore	Fsc - partec. Comm/comitati/gruppi miglioram.( min 4 incontri min 8 ore - 1cf ora - max 20 part /ed)
REVISIONE DOCUMENTAZIONE DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE	Uniformare gli interventi e l'organizzazione dei servizi condividere i documenti dipartimentali elaborati con tutti gli operatori	Elaborazione e condivisione di procedure, istruzioni e moduli dipartimentali applicabili a tutte le strutture	Fsc - partec. Comm/comitati/gruppi miglioram.( min 4 incontri min 8 ore - 1cf ora - max 20 part /ed)

La Direzione Aziendale, oltre che assicurare la partecipazione del Risk Manager della P.O. Area Qualità e Risk Management, del Medico Legale e di un referente del CVS ai Network, si impegna ad individuare gli operatori da inserire negli eventi formativi programmati da Regione Lombardia per il 2018.

## 7. PRINCIPALI RIFERIMENTI

- Circolare n 46/SAN/2004 della Regione Lombardia ad oggetto “Indirizzi sulla gestione del rischio sanitario”
- D.G.R. 5 giugno 2015 - n. X/3652 Determinazioni relative al «Programma integrato di miglioramento dell’organizzazione (PIMO)
- Legge regionale n.23/2015 Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)
- D.G.R. X/4497 del 10/12/2015 Attuazione L.R. 23/2015: costituzione azienda Socio – Sanitaria Territoriale (ASST) della Valtellina e dell’Alto Lario
- D.G.R. 18 dicembre 2017 - n. X/7543 Determinazioni relative al «Programma integrato di miglioramento dell’organizzazione Piattaforma Primo
- Legge n. 24 dell’8/03/2017 *“Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”*
- D.G.R. n. X/7600 del 20.12.2017 *“Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario per l’esercizio 2018”*
- *“Linee guida attività di Risk Management – anno 2018”*- nota della - Regione Lombardia - Giunta - Direzione Generale Welfare Fattori Produttivi del 21.12.2017 n. G1.2017.0038696
- Decreto Direzione Generale Welfare n.17008 del 28/12/2017 *“Presenza d’atto dell’articolo 31 comma 1 dell’Accordo tra il governo le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano relativo al documento la Formazione continua nel Settore Salute”*

Sondrio, 23 marzo 2018

Il Risk Manager

Dott.ssa Cristina Curioni

## ALLEGATI

Allegato scheda progetto n. 1 - Sicurezza in ambito farmacologico: prevenzione dell’osteonecrosi della mascella/mandibola da Bifosonati/ denosumab e antiangiogenetici

Allegato scheda progetto n. 2 - Sicurezza del paziente: Riduzione del rischio di danno al paziente in seguito a caduta

Allegato scheda progetto n. 3 Sicurezza oncologica: Processo di centralizzazione dell’ allestimento dei chemioterapici antiblastici. -secondo anno-

## All. 1 Linee Operative Risk Management Anno 2018

SCHEMA PROGETTO - ANNO 2018		allegato 1
ASST/IRCCS/ATS	Asst valtellina e Alto Lario	
Risk Manager	Dott.ssa Cristina Curioni	
1. Titolo del Progetto	SICUREZZA DEL PAZIENTE: RIDUZIONE DEL RISCHIO DI DANNO AL PAZIENTE IN SEGUITO DI CADUTA -	
2. Motivazione della scelta	<p>Le cadute dei pazienti in ospedale, rappresentano un evento avverso con rilevanti conseguenze sia per il paziente che per i suoi familiari (lesioni/fratture che possono prolungare allettamento, compromettere la qualità di vita del paziente riducendo la sua capacità di movimento e indipendenza, ecc.) e conseguenze a livello aziendale (es.: aumento dei costi per la prolungata degenza, procedure diagnostiche terapeutiche, ecc.), per non parlare delle spiacevoli conseguenze di ordine etico e a volte giuridico per i sanitari coinvolti.</p> <p>Come da Linee di Indirizzo della Regione Lombardia, DGS n°7295 del 22/07/2010 è stato istituito, con delibera n.350 del 28/03/2012, il Gruppo Aziendale Dedicato con la finalità di uniformare l'approccio metodologico alla gestione del rischio caduta del paziente degente. Ci si propone con questo progetto di ridefinire i componenti del GAD e di revisionare la procedura in essere anche alla luce della recente attivazione di un applicativo informatico per la segnalazione delle cadute. Il progetto prevede il rafforzamento, attraverso incontri specifici con i reparti, dei criteri e delle modalità di segnalazione caduta nell' applicativo informatico. Questo strumento renderà più semplice e comprensibile il sistema di segnalazione per gli operatori, uniformerà in tutta l'azienda il sistema e permetterà di rendere immediatamente disponibili i dati statistici degli eventi, con un grado di dettaglio personalizzabile.</p> <p>L'obiettivo principale è l'uniformità dei criteri di segnalazione, maggiore tempestività di segnalazione e quindi di analisi, nonché, attraverso eventi formativi, una sensibilizzazione al rischio caduta di operatori e pazienti/ famigliari.</p>	
3. Area di RISCHIO	Rischio Caduta	
	se ALTRO, specificare:	
4. Ambito Aziendale P.O/U.O. /Ambito ove verrà attuato il progetto:	Dipartimento di Medicina Dipartimento Cronicità e Fragilità Direzioni Mediche di Presidio SPP, SITRA DSM, Dipartimento attività territoriali, Approvvigionamenti	
5. Nuovo/Proseguimento	Nuovo	
6. Durata Progetto	1 anno	
7. Eventuali Aziende Compartecipanti		
8. Obiettivo	<p>Garantire l'aggiornamento della procedura aziendale in tema di gestione dei danni da caduta attraverso la condivisione dei comportamenti da parte di tutti gli attori coinvolti alla luce della normativa e della bibliografia esistente nonché della Raccomandazione Ministeriale n.13.</p> <p>Favorire la riduzione del rischio di danno attraverso l'utilizzo di ausili</p> <p>Garantire il corretto flusso delle segnalazioni attraverso l'applicativo informatico che uniformerà il percorso di segnalazione e permetterà l'introduzione di analisi statistiche più precise.</p>	
10. Realizzazione/Prodotto Finale	<p>1) Revisione della procedura aziendale "Raccomandazioni per la prevenzione delle cadute dei pazienti in ospedale" .</p> <p>2) Monitoraggio costante delle segnalazioni attraverso l' utilizzo dell' applicativo informatico per la segnalazione delle cadute</p> <p>3) Espansione della disponibilità di ausili specifici come ad es. letti regolabili in altezza</p>	
9. Strumenti e metodi	Analisi letteratura e storico dei dati aziendali di segnalazione cadute, formazione del personale	

## All. 1 Linee Operative Risk Management Anno 2018

11. Risultati e indicatori	Risultato	Indicatore	Dati della Misurazione a fine anno
	Revisione della procedura aziendale "Raccomandazioni per la prevenzione delle cadute dei pazienti in ospedale"	Stesura della procedura revisionata nei tempi previsti	
	Distribuzione agli utilizzatori	Pubblicazione dei documenti sulla Intranet aziendale	
	Espansione della disponibilità di ausili specifici	Acquisizione ausili specifici	
	Formazione e addestramento del personale	numero di operatori che hanno partecipato alla formazione/n. operatori da formare (almeno 80%)	
	Monitoraggio utilizzo applicativo per le segnalazioni	numero di segnalazioni informatizzate / totale delle segnalazioni pervenute (almeno 90%)	



## All. 1 Linee Operative Risk Management Anno 2018

SCHEMA PROGETTO - ANNO 2018		allegato 2
ASST/IRCCS/ATS	Asst valtellina e Alto Lario	
Risk Manager	Dott.ssa Cristina Curioni	
1. Titolo del Progetto	SICUREZZA IN AMBITO FARMACOLOGICO:PREVENZIONE DELL'OSTEONECROSI DELLA MASCELLA/MANDIBOLA DA BIFOSFONATI/DENOSUMAB E ANTIANGIOGENETICI	
2. Motivazione della scelta	<p>L'impatto della prevenzione nel ridurre significativamente l'incidenza di ONM nei pazienti oncologici trattati con bifosfonati è stata recentemente dimostrata in diversi studi dimostrando l'importanza sia della visita odontoiatrica di routine prima di iniziare la terapia, sia dei controlli periodici durante la terapia stessa. In questo ambito non sono di fatto pervenute segnalazioni di evento avverso/ near miss / evento sentinella, ma dagli incontri periodici nel corso del 2017 con il personale di alcuni reparti, si sono evidenziati percorsi e documentazione disomogenei che potevano rappresentare un rischio e dare luogo a un'offerta non coordinata.</p> <p>Il progetto ha lo scopo di rendere evidente e omogeneo a livello aziendale il percorso offerto per la prevenzione dell'osteonecrosi come indicato dalla Raccomandazione Ministeriale n. 10 per aumentare la sicurezza dei pazienti e migliorare le condizioni di vita diminuendo le complicità, a volte altamente invalidanti, derivanti dall'uso di questi farmaci.</p> <p>Attraverso la redazione e l'emissione di una procedura condivisa da parte di tutti gli attori coinvolti, alla luce della normativa e della bibliografia esistente nonché della Raccomandazione Ministeriale n.10 si garantirà uniformità di gestione dei pazienti che devono iniziare o che hanno già iniziato il trattamento con bifosfonati/Denosumab/antiangiogenetici.</p>	
3.Area di RISCHIO	Rischio Farmaci	
se ALTRO, specificare:		
4. Ambito Aziendale P.O/U.O. /Ambito ove verrà attuato il progetto:	Dipartimento di Medicina; Dipartimento di Chirurgia; Odontostomatologia; UOC Farmacia; DMP, SITRA	
5. Nuovo/Prosecuzione	Nuovo	
6. Durata Progetto	1 anno	
7. Eventuali Aziende Compartecipanti		
8. Obiettivo	Garantire uniformità di gestione dei pazienti che devono iniziare o che hanno già iniziato il trattamento con bifosfonati/Denosumab/antiangiogenetici attraverso la condivisione dei comportamenti da parte di tutti gli attori coinvolti alla luce della normativa e della bibliografia esistente nonché della Raccomandazione Ministeriale n.10.	
10. Realizzazione/Prodotto Finale	Emissione della procedura aziendale Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da Bifosfonati/ denosumab	
9. Strumenti e metodi	Analisi letteratura e storico dati aziendali di segnalazione casi di osteonecrosi, formazione del personale	
11. Risultati e indicatori	<b>Risultato</b>	<b>Dati della Misurazione a fine anno</b>
	Emissione della procedura aziendale: Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da Bifosfonati/ denosumab	Stesura della procedura e della modulistica nei tempi previsti

## All. 1 Linee Operative Risk Management Anno 2018

Distribuzione agli utilizzatori	Pubblicazione dei documenti sulla Intranet aziendale	
Formazione e addestramento del personale	numero di operatori che hanno partecipato alla formazione/n. operatori da formare	almeno 80%
Monitoraggio		



## SCHEDA DI PROGETTO

Pianificazione del Progetto  
(Cronoprogramma)

Azienda

Asst Valtellina e Alto Lario

Risk Manager

Dott.ssa Cristina Curioni

Titolo del Progetto

SICUREZZA IN AMBITO FARMACOLOGICO: PREVENZIONE DELL'OSTEONECROSI DELLA MASCELLA/MANDIBOLA DA BIFOSFONATI/DENOSUMAB E ANTIANGIOGENETICI

FASI	RISORSE	RESPONSABILITA'	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Costituzione del Gruppo di lavoro aziendale (gruppo di lavoro multidisciplinare e multipresidio).	SITRA, DMP, Dipartimento di Medicina Dipartimento di Chirurgia	Risk manager												
Verifica stato dell'arte attraverso analisi dello storico	Gruppo di lavoro	Risk manager												
Revisione della letteratura	Gruppo di lavoro	Risk manager												
Analisi dei dati raccolti a cura del team di lavoro	Gruppo di lavoro	Risk manager												
Procedura Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da Bifosfonati/denosumab,	Gruppo di lavoro	Risk manager												
Emissione e diffusione del documento	Gruppo di lavoro	Risk manager												
Formazione	Gruppo di lavoro	SITRA DMP												
Attività di Audit su processo e/o sulle cartelle cliniche.	Gruppo di lavoro	Risk manager, DMP												

# All. 1 Linee Guida Risk Management anno 2017

## SCHEMA DI PROGETTO n. 3 - anno 2017

<b>ASST_IRCCS_ATS</b>	ASST della Valtellina e dell'Alto Lario
<b>Risk Manager</b>	dr.ssa Cristina Curioni
<b>1. Titolo del Progetto</b>	Sicurezza oncologica: Processo di centralizzazione dell'allestimento dei chemioterapici antitumorali
<b>2. Motivazione della scelta</b>	Il gruppo di lavoro, definito nell'ambito del precedente progetto "La sicurezza del paziente oncologico e la terapia con farmaci antineoplastici, nel corso del 2016 aveva lavorato sulle fasi di approvvigionamento, immagazzinamento, conservazione e gestione delle scorte, migliorandone la gestione. Alla luce delle indicazioni mandatorie di RL così come già riportate, il piano di progetto e il gruppo di lavoro viene ridefinito allo scopo di avviare e sviluppare, verosimilmente in due annualità, un percorso di centralizzazione dell'allestimento dei chemioterapici sotto la diretta responsabilità del Farmacista e contemporaneamente una revisione dei percorsi di cura verso i pazienti oncologici e delle attività di prescrizione, somministrazione e controllo da parte degli operatori di tutte le strutture coinvolte. L'obiettivo è quello di aumentare il grado di sicurezza per gli operatori in tutte le fasi di gestione dei farmaci antitumorali e omogeneizzare le attività e il controllo, garantendo altresì al paziente massimo livello di sicurezza e qualità delle cure.
<b>3. Area di RISCHIO</b>	Rischio Farmaci
	Se ALTRO, specificare:
<b>4. Ambito di intervento</b>	Farmacia, Oncologia, Oncoematologia, Provveditorato, Tecnico Patrimoniale, SPP, SIA, DMP, SITRA, Medicina del lavoro
<b>5. Nuovo/Proseguimento</b>	Nuovo
<b>6. Multiaziendale</b>	NO
<b>6.a Se Sì indicare le Aziende partecipanti al progetto:</b>	
<b>7. Obiettivo specifico</b>	Creazione di una unità di manipolazione chemioterapici antitumorali per l'allestimento centralizzato aumentando il livello di sicurezza della gestione dei chemioterapici. Reingenerizzazione dei percorsi di cura e di gestione dei farmaci antitumorali con caratteristiche di omogeneità e sicurezza. Definizione punti di monitoraggio e controllo per maggiore efficientamento delle risorse umane e tecnologiche.
<b>8. Strumenti e metodi</b>	Strumenti del risk management: analisi di processo, FMECA, audit di processo e di sistema. Benchmarking a livello regionale e nazionale. Lavori di gruppo, ricerca bibliografica, estrapolazione e trattamento dati di attività con reportistica analitica. Acquisizione risorse umane, strutturali e tecnologiche attraverso procedure di gara o similia. Per le attività di formazione e aggiornamento nuovo personale, pianificazione del percorso di formazione e registrazione delle attività completate.
<b>9. Realizzazione/prodotto finale</b>	<b>Anno 2018</b> costruzione UMACA. Protocolli chemioterapia - revisione e informatizzazione <b>Anno 2019:</b> Allestimento centralizzato Farmacia Percorso del paziente oncologico definizione e attuazione dei controlli di processo UMACA
<b>10. Durata</b>	2 anni

11. Risultati e indicatori

anno 2017

*Risultato*

*Indicatore*

--	--

anno 2018

Processo allestimento farmaci con operatore in cappa e di supporto, processo distribuzione farmaci documentato, formazione documentata e aggiornata degli operatori dedicati.	Attività eseguite come da cronoprogramma >80%
Riorganizzazione attività e percorsi del paziente oncologico, organizzazione e documentazione delle modalità di trasporto e distribuzione dei chemioterapici allestiti, attività formazione documentata e aggiornata.	Attività eseguite come da cronoprogramma >80%
Definizione contratto e tipologia controlli periodici obbligatori ambiente, operatori e prodotti	Attività eseguite come da cronoprogramma >80%
Audit di processo/ sistema eseguiti e rendicontati	Rapporto di audit 100%



FASI		RISORSE	RESPONSABILITA'	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	
<b>Fase B: Protocolli Chemioterapia - Revisione e Informatizzazione.</b>																
<b>Fase B 1:</b> Attività di fase: attivazione convenzione per farmacista esperto; valutazione/revisione da parte del farmacista esperto degli schemi di chemioterapia in uso in Oncologia, Medicina e Urologia ; acquisizione del programma per inserimento e la gestione degli schemi di terapia (FARMACISTA) e del programma per prescrizione informatizzata da parte del medico (ONCOLOGO) in un numero di licenze congruo e adeguato; inserimento in programma di FARMACIA da parte del farmacista esperto di tutti gli schemi di terapia; acquisizione di stampanti, telefoni, punti rete, wireless, per tutti i punti di somministrazione; formazione all'uso della prescrizione informatizzata ai medici oncologi.		DMP, SIC Uff Tecnico, SPP, SIA, Provveditorato, Sitra, Qualità, Farmacia	Farmacia, Oncologia													
<b>Fase B 2:</b>																

Gennaio	
Febbraio	
Marzo	
Aprile	
Maggio	
Giugno	
Luglio	
Agosto	
Settembre	
Ottobre	
Novembre	
Dicembre	
Dicembre	
Novembre	
Ottobre	
Settembre	
Agosto	
Luglio	
Giugno	
Maggio	
Aprile	
Marzo	
Febbraio	
Gennaio	

**FASI**

Attività di fase: Definizione e attuazione del percorso di formazione e addestramento del Farmacista neo-assunto attraverso a. affiancamento al farmacista esperto convenzionato nella valutazione/revisione degli schemi di terapia e inserimento/aggiornamento Programma UMACA. Affiancamento del farmacista neo-assunto presso la farmacia di Lecco per un periodo di tempo definito in circa 1 mese

**RISORSE**

Farmacista esperto, Formazione, SIA, Qualità

**RESPONSABILITA'**

Farmacia

GENNAIO	FEBBRAIO	MARZO	APRILE	MAGGIO	GIUGNO	LUGLIO	AGOSTO	SETTEMBRE	OCTOBRE	NOVEMBRE	DICEMBRE
<b>RISORSE</b>											
<b>RESPONSABILITA'</b>											
<b>FASE C: Alliestimento centralizzato farmacia</b>											
attività di fase: definizione in procedura condivisa dei percorsi di distribuzione dei farmaci; definizione delle risorse dedicate all'alliestimento; formazione documentata delle competenze e autonomie raggiunte dagli operatori dedicati all'alliestimento (infermiere, tecnico di laboratorio).	Farmacia Farmacista esperto, Formazione, SIA, Qualità, Proveditorato, SITRA, DMP, Ufficio tecnico, SPP, Medicina del lavoro										
<b>Fase D: Percorso del paziente oncologico_Accesso valutazione, e somministrazione</b>											
attività di fase: definizione percorsi per la cura del paziente oncologico nei vari presidi ospedalieri in procedura condivisa ; definizione dell'organizzazione del "DH"/risorse/ spazi e tempi dedicati monitoraggio e somministrazione; formazione documentata delle competenze raggiunte anche in funzione dell'inserimento di nuovi operatori (medici e infermieri).	Oncologia Dipartimento, DMP SITRA, Medici oncologici, Formazione, Qualità										
<b>Fase E: Controlli di processo UMACA</b>											
attività di fase: definizione e messa in atto dei controlli periodici obbligatori su ambiente, operatori e prodotti.	Farmacia, Proveditorato, Farmacia SITRA, Medicina di lavoro, SPP										
<b>Fase F: Audit di processo e di sistema</b>											

FASI	RISORSE	RESPONSABILITA'	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre		
attività di fase: pianificazione ed esecuzione di audit di processo nelle fasi intermedie di progetto e al termine di tutto lo svolgersi progettuale.	Farmacia, Oncologia, DMP, Qualità	Risk manager																										