

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Valtellina e Alto Lario

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. ...2.4.3..... DEL 27 MAR 2019

COMPOSTO DA N. 36 Pagine

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT

Anno 2019

Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST)

della Valtellina e dell'Alto Lario

64

INDICE

1. INTRODUZIONE	3
2.PIANO DI SVILUPPO DELLE ATTIVITA' ANNO 2019.....	4
2A. Progetti di risk management:.....	4
2B. Obiettivi Specifici in aderenza alle Linee Guida Risk management 2019	7
3.MONITORAGGIO	11
INCIDENT REPORTING.....	11
CADUTE.....	11
EVENTI SENTINELLA	13
TRIGGER MATERNI e FETALI	13
DATI DI SINISTROSITÀ	14
SEGNALAZIONI DEI CITTADINI.....	15
ASCOLTO E MEDIAZIONE TRASFORMATIVA	16
AUTOVALUTAZIONE STANDARD REGIONALI QUALITÀ E SICUREZZA DEL PAZIENTE.....	17
RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI	17
AGGIORNAMENTO DB REGIONALE.....	18
4.PROGETTO ASSICURATIVO REGIONALE.....	18
5.COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI (CVS)	19
6.GRUPPO COORDINAMENTO RISCHIO (GCR)	19
7.EVENTI FORMATIVI	19
PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI.....	22
ALLEGATI.....	23

1. INTRODUZIONE

A partire dal 2004, con la circolare 46/SAN, le aziende ospedaliere sono tenute ad attuare una costante attività di prevenzione, monitoraggio e gestione del rischio attraverso una serie di elementi ben definiti.

- Attività del Comitato Valutazione Sinistri – CVS-, per la discussione e approfondimenti delle richieste di risarcimento e delle conseguenti informazioni per la prevenzione del rischio.
- Costante implementazione del flusso informativo dei sinistri sul portale dedicato Mappatura dei sinistri responsabilità civile terzi/operatori – RCT-O
- Attività di indirizzo e di monitoraggio del Gruppo di Coordinamento per la Gestione del Rischio –GCR- nella definizione delle priorità di intervento.
- Definizione, monitoraggio e realizzazione di progetti di Risk Management, in conformità a quanto indicato nelle Linee Guida Regionali in tema di RM e alle decisioni della direzione strategica aziendale.

La Legge Gelli-Bianco (L. 24/ 2017) ha introdotto nuovi criteri e indicazioni che sono stati conseguentemente recepiti nelle Linee Guida Rischio di Regione Lombardia per l'anno 2019.

In ASST Valtellina e Alto Lario si intende continuare la promozione e l'implementazione della cultura della qualità e della sicurezza delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie. Il consolidamento del modello organizzativo dipartimentale e lo sviluppo del ruolo dei referenti qualità dipartimentali / di reparto coordinati dal Risk Manager, attraverso un approccio per processi e l'identificazione dei rischi, l'analisi degli eventi avversi-near miss e la definizione di azioni correttive efficaci, permetterà di continuare l'implementazione e diffusione di elementi di sicurezza e qualità.

2.PIANO DI SVILUPPO DELLE ATTIVITA' ANNO 2019

Nel Piano Annuale Risk Management sono stati introdotti gli elementi delle Linee operative di Risk management di RL anno 2019

(21/12/2018 <http://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale>).

L'elaborazione del piano di sviluppo delle attività di Risk è stata attuata in coerenza con i seguenti elementi:

- le regole di sistema 2019 DGR XI/1046 del 17 dicembre 2018
- le raccomandazioni del Ministero della Salute per la prevenzione degli eventi sentinella
- gli elementi del PRIMO – PIMO in riferimento agli indicatori e alla autovalutazione della qualità delle prestazioni
- i dati di incident reporting, gli eventi sentinella segnalati e gestiti, i trigger materno-fetali, le segnalazioni dei cittadini, pervenuti e gestiti nel corso del 2018.

I progetti di Risk Management predisposti e gli obiettivi aziendali specifici in area di risk tendono all'aumento di efficienza dell'organizzazione, qualità e sicurezza delle prestazioni, e al miglioramento della rete di offerta dei servizi. Sono di seguito riportati:

2A. Progetti di risk management:

1) Sicurezza del processo degli antiblastici-Raccomandazione n. 14: continuazione del progetto pluriennale sul Processo di centralizzazione dell'allestimento dei chemioterapici antiblastici.

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, sui due ospedali 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 2019, e in connessione con la costituzione della Breast Unit, nel 2019 si continua il progetto di Centralizzazione dell'allestimento dei chemioterapici antiblastici, 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 proseguirà per ancora un biennio, e vede coinvolto un gruppo di progetto multidisciplinare con professionisti che afferiscono a vari dipartimenti clinici 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 anche agli aspetti e ai momenti di comunicazione e di coinvolgimento del personale nelle fasi progettuali anche attraverso incontri periodici e mirati.

2) Nuovo progetto: Sicurezza in chirurgia: Raccomandazione n.3 - Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura. (Decreto RL n.1275 del 04/02/2019) In RL si è registrata, come da report 2017, una riduzione della sinistrosità connessa alle richieste di risarcimento danni per diverse aree di rischio. Purtroppo, poco meno del 40% degli eventi che provocano danno al paziente sono riconducibili all'area chirurgica e nello specifico ad errori nelle procedure invasive, a errori chirurgici e anestesilogici e a complicanze legate alle infezioni del sito chirurgico. L'analisi degli eventi avversi occorsi nelle strutture sanitarie lombarde anche per l'anno 2018 evidenzia la necessità di una verifica costante dell'effettiva applicazione sostanziale e non formale della Check List Ministeriale in sala operatoria quale strumento efficace nel migliorare la qualità e sicurezza del paziente da sottoporre a procedure invasive. Le linee guida rischio per l'anno 2019, suggeriscono che vengano rivalutati i documenti in uso e, se necessario, riaggiornati e integrati in funzione dei cambiamenti organizzativi conseguenti alle introduzioni di procedure invasive effettuate in scenari diversi dal blocco operatorio. Per la nostra ASST queste procedure si sostanziano in procedure endoscopiche, emodinamiche ed elettrofisiologiche ma anche in procedure chirurgiche di chirurgia "minore" che vengono eseguite al di fuori del blocco operatorio. In questo contesto si colloca la Delibera Regionale n°1275 del 04.02.2019 che approva il documento di indirizzo operativo "Check list chirurgia sicura 2.0" e relativo manuale a completamento ed integrazione della check list ministeriale. La delibera stabilisce che questo documento sia utilizzato come strumento di assessment del paziente candidato ad intervento

chirurgico in qualsiasi regime e per le procedure sopra richiamate. Per conseguire tale risultato è importante il coinvolgimento di diversi professionisti, la costruzione di un metodo di lavoro e la condivisione di strumenti e documenti aziendali di riferimento che possano facilitare e implementare la sicurezza in ambito chirurgico.

3) Nuovo progetto Interaziendale: Implementazione del Piano e degli Strumenti di Gestione del Rischio Clinico negli Istituti Penitenziari

Alla luce di quanto previsto al p. 5.2.17.3 della D.G.R. 1046/2018 Regole di gestione del servizio sociosanitario 2019, circa:

- l'attività sanitaria medica ed assistenziale presso gli istituti penitenziari, ove si richiama alla necessità di "procedere all'implementazione o aggiornamento del piano e degli strumenti di gestione del rischio clinico negli istituti penitenziari";
- l'istituzione della Commissione medica di vigilanza, presieduta dall'OUSP regionale (che non contempla la figura del RM) che viene attivata ogni qualvolta si verifica un decesso o sospetto errore clinico all'interno di un penitenziario;

è stato attivato un gruppo di progetto con i RM delle ASST che comprendono gli istituti penitenziari, al fine di definire un progetto interaziendale per l'individuazione delle azioni necessarie per la gestione del rischio clinico nelle carceri. Al tavolo è emersa una situazione di sostanziale disomogeneità per quanto concerne il personale sanitario che opera negli istituti penitenziari, le risorse tecniche e di registrazione delle attività nonché le procedure operative applicabili. Pertanto il progetto, capofila ASST Spedali civili di Brescia e ASST Pavia, sviluppato nell'arco di tre anni, prevede:

- il risk assessment per tutti gli istituti;
- l'attivazione dell'incident reporting con idonea formazione e valutazione delle schede raccolte con successiva individuazione delle azioni di miglioramento;
- la predisposizione di una procedura di prevenzione del rischio suicidario condivisa con le ASST.

2B. Obiettivi Specifici in aderenza alle Linee Guida Risk management 2019

- **Area materno-infantile:** Ridefinizione del percorso diagnostico terapeutico del neonato critico.

A seguito di audit su alcuni trigger segnalati è stata evidenziata la necessità di revisionare il percorso e i documenti di riferimento: è altresì prevista la fase di formazione degli operatori di area ostetrica – neonatologica.

Nel 2019 si intende continuare l'implementazione del percorso dei segnali di allerta materno-fetali e del percorso relativo all'identificazione precoce e gestione della sepsi in ostetricia. È atteso il monitoraggio, attraverso attività di audit sul campo e su un campione di cartelle cliniche e, del percorso definito nel PDTA Identificazione precoce e gestione della sepsi in area ostetrica.

Sarà attuata con un gruppo multidisciplinare di professionisti *ospedalieri e territoriali* la revisione del percorso della gravidanza a basso rischio fisiologico sulla base della DGR n.XI/268 del 28 giugno 2018.

- **PDTA:** revisione e/o emissione dei PDTA secondo una metodologia definita e uniforme, con raccolta e analisi dei dati degli indicatori di riferimento. Di seguito, alcuni ambiti di intervento:
PDTA Cancro del colon-retto

PDTA Aneurisma dell'aorta addominale rotto o sospetto tale

- **Percorso strumentario chirurgico sterilizzato:** è prevista la revisione del percorso interno nella Centrale di Sterilizzazione di Sondrio e dello strumentario chirurgico. Un gruppo di lavoro interdisciplinare svilupperà un percorso sicuro e definito, sulla base del quale verrà predisposta una procedura aggiornata, presentata in momenti di formazione dedicati.

- **Autovalutazione standard regionali sulla qualità e sicurezza del paziente- Programma Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione** - PrIMO: dovrà essere garantita la partecipazione agli incontri di RL e l'attuazione di tutte le attività conseguenti correlate allo sviluppo del Piano di Miglioramento dell'Organizzazione nell'ambito del Pr.I.M.O.

- **Incident reporting:** è previsto il proseguimento delle attività di monitoraggio e acquisizione delle segnalazioni di incident reporting e revisione della procedura in uso.

- **Certificazione ISO 9001: 2015 della Formazione:** obiettivo è il mantenimento della certificazione ISO9001:2015, conseguita nel 2018 a seguito di visita ispettiva ricertificativa da parte dell'Ente esterno Bureau Veritas. La visita di certificazione è prevista per l'autunno.

- **Raccomandazioni ministeriali sul rischio clinico:** oltre a quanto già previsto e indicato nell'ambito dei progetti di Risk management e allo sviluppo del PDTA Gestione neonato critico

e alla procedura Trasporti secondari extraospedalieri, si intende continuare, di concerto con la Medicina di Sondalo in qualità di capofila, lo sviluppo di un percorso omogeneo e uniforme tra i presidi aziendali nella gestione del paziente in terapia anticoagulante orale.

- **Monitoraggio indicatori di governo clinico:** proseguimento dell'attività di monitoraggio periodico dei dati relativi agli indicatori di governo clinico per l'ambito Qualità e Risk Management pubblicati sul Portale di Governo regionale. Analisi dell'andamento, identificazione delle aree meritevoli di indagini interne, conduzione dell'approfondimento insieme ai Direttori UOC di riferimento e individuazione di eventuali azioni correttive. Rendicontazione periodica dell'attività alla Direzione Strategica.

- **Ascolto e mediazione dei conflitti:** incremento del numero di ascolti-mediazioni trasformative dei conflitti da parte del team dei mediatori aziendali, sui casi segnalati dal CVS nell'ambito della gestione delle richieste di risarcimento, dal responsabile URP nell'ambito della gestione dei reclami e osservazioni formulati dagli utenti e famigliari, nonché dall'ATS della Montagna nell'ambito di una collaborazione per ascolto congiunto tra mediatore di ATS e di ASST.

Quanto fin ora descritto è schematizzato in sintesi nella tabella seguente

AREA	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	RISULTATO ATTESO	STRUTTURE CAPOFILA
Risk management	Sicurezza in chirurgia (Raccomandazioni n.2- 3)	Come da scheda progetto	Attuazione del crono programma	QRM Dip. Chirurgico Blocchi Operatori
	Sicurezza nel percorso di gestione dei farmaci chemioterapici antiblastici (Raccomandazione n. 14)	Come da scheda progetto	Attuazione come da cronoprogramma	QRM Farmacia
	Progetto Interaziendale: Implementazione del Piano e degli Strumenti di Gestione del Rischio Clinico negli Istituti Penitenziari	Come da scheda progetto	Attuazione come da cronoprogramma	QRM DMP

AREA	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	RISULTATO ATTESO	STRUTTURE CAPOFILA
	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	QRM
	Gestione del neonato critico Sicurezza in area materno infantile (Raccomandazione n. 16)	Ridefinizione percorso del neonato critico	Emissione PDTA e documentazione.	Pediatria
	Identificazione precoce e gestione della sepsi in area ostetrica	Formazione sul tema e audit su casi	Formazione; rapporto di audit	Ostetricia Ginecologia
	Percorso della gravidanza a basso rischio fisiologico	Definizione del percorso sulla base della DGR n.XI/268 del 28 giugno 18	Emissione Procedura e relativa documentazione	Dip Materno infantile DSS
	Presa in carico integrata delle cronicità	Definizione del percorso aziendale dei pazienti sub acuti, presidio Chiavenna	Emissione Procedura e relativa modulistica	Dip Cronicità e fragilità
	Percorso strumentario chirurgico da sterilizzare	Ridefinizione del percorso per la centrale di sterilizzazione di Sondrio	Emissione Procedura e relativa modulistica	Centrale di sterilizzazione, DMP
	Autovalutazione Standard regionali e PrIMO	Partecipazione agli incontri Attuazione di quanto richiesto da RL	Rispetto scadenze definite da RL	QRM
	Ascolto e mediazione trasformativa	Partecipazione alle attività e incontri promossi da RL;	rispetto scadenze;	QRM, Mediatori Aziendali
	Monitoraggio Indicatori Governo clinico- ambito qualità e risk management	Analisi dell'andamento, identificazione delle aree meritevoli di indagini interne, conduzione dell'approfondimento insieme ai Direttori UOC di riferimento e individuazione di eventuali azioni correttive	Report periodico alla direzione	QRM
	Mantenimento certificazione ISO9001:2015 del sistema di gestione per la qualità della Formazione	Superamento della Visita ispettiva senza NC gravi	Certificazione ISO 9001:2015	QRM Formazione

AREA	OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORE	RISULTATO ATTESO	STRUTTURE CAPOFILA
PDTA	Cancro del colon retto	Definizione del percorso a partire dal programma di screening	Emissione del PDTA	Oncologia
	Aneurisma dell'aorta addominale rotto o sospetto tale	Definizione del percorso dei pazienti affetti da questa patologia tempo dipendente riguardo, in particolar modo, i trasferimenti interni tra Presidi sede di PS e la UOC Chirurgia vascolare.	Emissione PDTA	Chirurgia Vascolare
Raccomandazioni ministero della Salute	Sicurezza nei trasporti (Raccomandazione n.11)	Definizione delle regole interne e dei percorsi per la gestione dei trasporti secondari extraospedalieri (programmati ed urgenti)	Emissione procedura aziendale, diffusione, formazione	DEA
	Sicurezza del percorso di gestione dei farmaci anticoagulanti orali (TAO- NAO) Raccomandazioni n.7, n. 12	Revisione/omogenizzazione del percorso di valutazione e gestione dei pazienti in terapia anticoagulante orale, anche attraverso l'ampliamento dell'utilizzo del software	Emissione Procedura e relativa documentazione	Medicina Sondalo

3.MONITORAGGIO

INCIDENT REPORTING

Nel corso dell'ultimo trimestre 2018 è stata emessa la procedura sulla prevenzione degli atti di violenza verso operatori: dopo l'introduzione di questa e della relativa modulistica, sono pervenute n. 11 segnalazioni all'RSPP che ha condotto gli approfondimenti per ogni caso segnalato. Nell'ottica di una sempre maggiore tutela dei lavoratori e di prevenzione di tali episodi, è prevista nel 2019 la progettazione da parte del DSMD e delle altre strutture coinvolte nel percorso di eventi formativi dedicati e aperti a tutti i professionisti.

Le segnalazioni di near miss pervenute nel 2018 sono state sei, nell'ambito della terapia farmacologica e un near miss in ambito del blocco operatorio.

CADUTE

Il numero di segnalazioni delle cadute risulta costante negli ultimi due anni. Le cadute vengono segnalate prevalentemente in pazienti ricoverati nelle UOC di Medicina, di Riabilitazione e di Geriatria/Sub -Acuti dei vari Presidi, anche in relazione alla maggiore complessità, fragilità e comorbidità dei pazienti ivi ricoverati.

Risulta utile confrontare i tassi ovvero il numero delle cadute rispetto alle giornate di degenza (dato Controllo di Gestione).

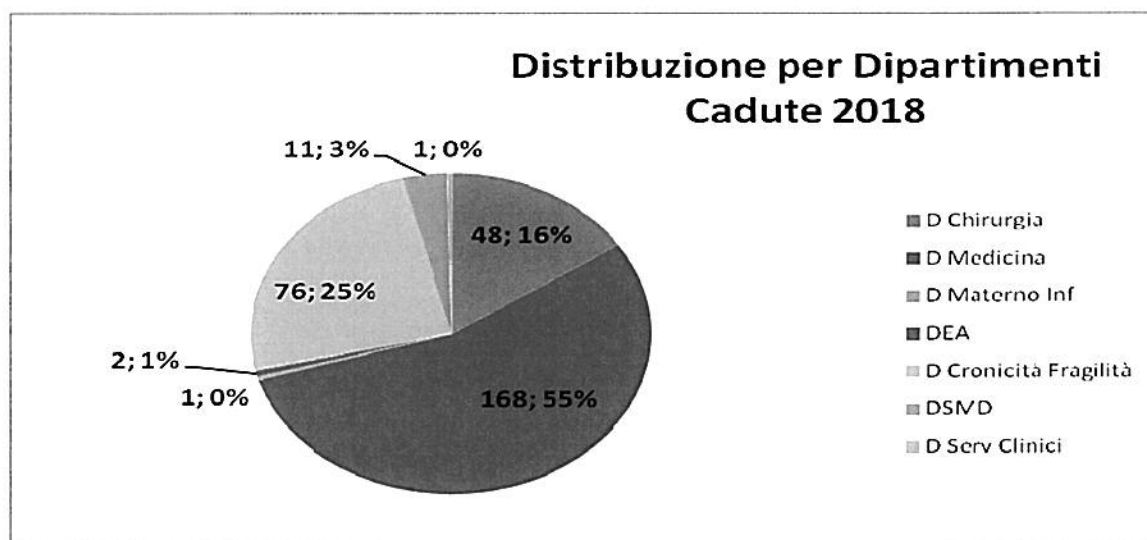
DIPARTIMENTO	GG DEGENZA 2017	CADUTE 2017	TASSO	GG DEGENZA 2018	CADUTE 2018	TASSO
Chirurgico	48853	46	0.09%	48023	48	0.10%
Medicina	60122	121	0.20%	62501	168	0.27%
Cronicità Fragilità	43205	115	0.27%	50637	76	0.15%
Salute Mentale Dipendenze	7036	17	0.24%	7338	11	0.15%
DEA	2495	3	0.12%	2487	2	0.08%
Materno infantile	11647	0	0	11371	1	0.009%
Totale	187682	306	0,16%	182357	308	0,17%

Il numero delle cadute è verosimilmente migliorabile attraverso l'attuazione di specifici interventi come l'ampliamento di acquisizione di letti abbassabili e l'introduzione di una modalità di pianificazione assistenziale uniforme e sistematica a partire dal 2019. L'attività di valutazione del

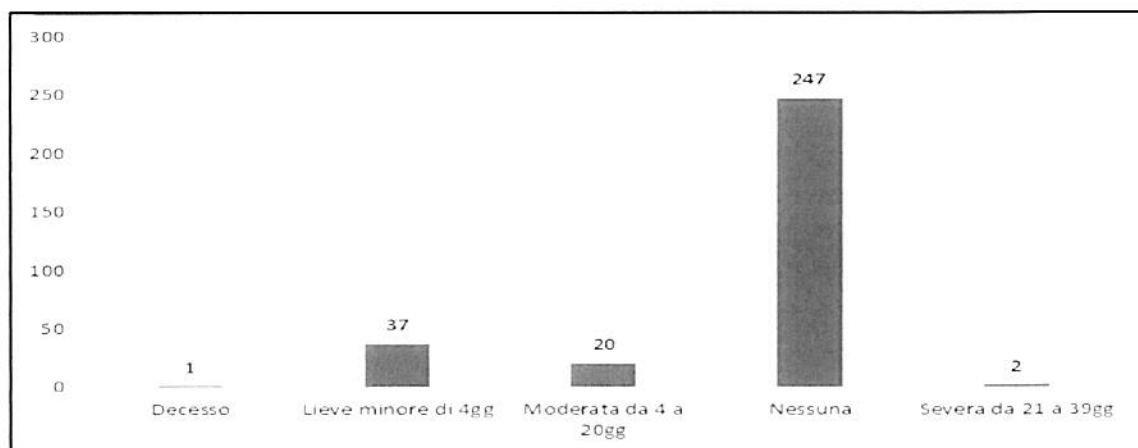
rischio e attuazione delle misure preventive è condotta nell'ambito del GAD Cadute aziendali. In numero assoluto, sono diminuite le cadute con conseguenze severe/gravi.

Nel 2018 un paziente è deceduto in seguito a caduta: su questo caso, segnalato come evento sentinella in SIMES, è stato condotto un audit.

Distribuzione per dipartimento



Distribuzione per conseguenze 2018



Handwritten signature

EVENTI SENTINELLA

Nel corso del 2018 sono stati segnalati e introdotti nel portale ministeriale SIMES n. 6 eventi sentinella come di seguito illustrato:

CODICE	DESCRIZIONE	2017	2018
6	Morte, coma o gravi alterazioni funzionali derivati da errori in terapia farmacologica	1	
8	Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 g. non correlata a malattia congenita		1
9	Morte o grave danno per caduta di paziente		1
12	Atti di violenza a danno di operatore		1
13	Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto		1
16	Ogni ALTRO evento avverso che causa morte o grave danno		2

L'aumento del numero di eventi sentinella segnalati nel 2018 è sicuramente legato all'attività di formazione e affiancamento dei Referenti Qualità di reparto che, a partire dal 2017 è stata attuata dagli specialisti della struttura Qualità in tutti i presidi aziendali. Ogni evento sentinella è stato analizzato mediante la metodologia di audit post evento o di root cause analysis: le cause e azioni di miglioramento sono state identificate e concordate con i responsabili e le direzioni di riferimento delle aree coinvolte.

TRIGGER MATERNI e FETALI

Al fine di migliorare la gestione del rischio e aumentare la consapevolezza tra gli operatori dei punti nascita, proseguirà il monitoraggio e l'analisi periodica dei trigger materni e fetali/neonatali, come da classificazione presentata nell'ambito della formazione regionale. Proseguirà inoltre l'attività di audit periodici su casi trigger materni e neonatali, come richiesto dalle linee guida Risk Management 2019. Le attività formative sulla sicurezza in sala parto continueranno anche nel corso del 2019. Sulla base degli audit condotti si è condivisa la revisione - aggiornamento della documentazione utilizzata in ostetricia che in neonatologia e di alcuni percorsi.

Nella tabella seguente vi è la classificazione dei trigger segnalati nell'anno 2018 dai diversi punti nascita.

MATERNI	TIPOLOGIA TRIGGER	SONDRIO n. parti 569	SONDALO n. parti 265	CHIAVENNA n. parti 74 (*)	Totale
	Morte materna				/
	Ritorno in sala operatoria		1		1
	Laparotomia				/
	Tromboembolismo				/
	Ventosa o Forcipe adoperati senza successo	1			1
	Ritenzione di garza o strumenti				/
	Distocia di spalla	4			4
	Eclampsia				/
	Embolizzazione arterie uterine				/
	Ricovero in terapia intensiva	3	2		5
	Rottura d'utero				/
	Parto a casa non pianificato				/
	Emorragia > 1500 ml	6	5	2	13
	Isterectomia				
	Complicanze anestesiolgiche da epidurale/ spinale		1		1
	Lacerazioni di III/IV grado	1	1	1	3
Tempo > 30 min per TC d'emergenza (codice rosso)				/	
Parto non assistito				/	

FETALI	TIPOLOGIA TRIGGER	SONDRIO n. parti 569	SONDALO n. parti 265	CHIAVENNA n. parti 74 (*)	Totale
	Nati morti > gr 500	1	1	1	3
	Morte intrapartum				
	Trauma alla nascita	1	1		2
	pH ombelicale < 7.0 arterioso o < 7.1 venoso	3		1	4
	Anomalia fetale non diagnosticata	3	1		4
	SGA inaspettato a termine (peso alla nascita < al 10° percentile per età gestazionale e sesso)		1		1
	Neonato a termine senza malformazioni ricoverato in Terapia Intensiva neonatale	1			1
Totale eventi	24	14	5	43	

NOTA: Punto nascita di Chiavenna - dati fino a ottobre 2018 (*).

DATI DI SINISTROSITÀ

I dati di sinistrosità, così come segnalati nel database regionale, mostrano un numero di richieste di risarcimento con una prevalenza costante, complessivamente, nell'ambito di errori diagnostici e chirurgici. Il dato dei sinistri per danneggiamento a cose notevolmente aumentato nel 2018 è

riconducibile a richieste di risarcimento per danni ad autoveicoli in conseguenza alle forti nevicate e alle perturbazioni che hanno provocato cadute di alberi o parti di essi su vetture in sosta.

CLASSIFICAZIONE SINISTRI	Anno 2017	Anno 2018
CADUTA	/	1
DANNEGGIAMENTO COSE	2	18
DANNEGGIAMENTO PERSONE	/	1
ERRORE ANESTESIOLOGICO	1	2
ERRORE CHIRURGICO	11	5
ERRORE DIAGNOSTICO	5	11
ERRORE PROCEDURE INVASIVE	2	2
ERRORE TERAPEUTICO	6	1
INFEZIONI	/	/
LIVELLO DI SERVIZIO	4	/
SMARRIMENTO	1	4
DECESSO	/	1
Totale complessivo	32	46

SEGNALAZIONI DEI CITTADINI

I reclami pervenuti all'Ufficio Relazioni con il Pubblico nel corso dell'anno 2018 sono stati n. 289, il 38% circa si riferisce ad aspetti economici, il 40% circa all'area delle prestazioni mentre il rimanente 22% rientra nelle altre tipologie previste dalla classificazione regionale come specificato nella tabella sotto riportata:

AREA TEMATICA	Tot. N. 289	Tot. %
prestazioni	116	39,93
aspetti economici	107	37,15
comunicazione e relazione	20	6,94
aspetti strutturali	15	5,21
assistenza protesica	12	4,17
condizioni dell'accesso	11	3,82
informazione e orientamento	4	1,39
rilascio doc. clinica	2	0,69
varie	2	0,69

Rispetto al 2017 si è registrato un aumento nel numero assoluto di reclami pervenuti (n. 260 nel 2017). Rilevante è stato il numero di reclami nell'area Assistenza protesica pervenuti sulla fornitura di ausili: i reclami hanno riguardato ritardi nella consegna dei presidi di assorbenza, gestione errata, forniture errate. Tutte le pratiche sono state inoltrate anche al Provveditore per le conseguenti segnalazioni in Regione. I reclami sui tempi di attesa, che rappresentano il 7% dei reclami totali, hanno riguardato per lo più i tempi di attesa nel pronto soccorso centrale: dalla disamina di ognuno, eseguita dal responsabile di reparto, sono stati messi in evidenza criticità legate ad aspetti di comunicazione e interazione con l'utenza.

I reclami sono stati gestiti in conformità al regolamento vigente.

La percentuale di reclami è alta nel dipartimento amministrativo in considerazione delle richieste di annullamento di addebiti per mancata presentazione – drop out. Situazione simile in riferimento alle richieste di annullamento di addebiti per prestazioni di PS – codice bianco.

Per entrambe le situazioni l'Azienda ha messo in atto opera di sensibilizzazione verso i cittadini attraverso poster informativi in tutte le aree di maggior affluenza dell'utenza, nonché attraverso formazione specifica agli operatori di front office. E' stato inoltre installato presso la sala di attesa del PS di Sondrio un servizio di pagamento con postazione automatizzata per consentire di saldare i codici bianchi.

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.

Nel corso del 2017 sono stati attuati 6 ascolti su altrettanti reclami pervenuti all'URP e 1 è proseguito con mediazione trasformativa.

Durante il 2018 sono state proposte in totale n. 9 momenti di ascolto, di cui n. 6 accettate dagli

utenti e portate a termine.

TIPOLOGIA RECLAMO		STRUTTURA	ATTIVITA'
prestazioni	percezione qualità tecnico professionale	PS	ascolto
prestazioni	percezione qualità tecnico professionale	PS - Neurologia	ascolto
prestazioni	percezione qualità tecnico professionale	dermatologia	Ascolto e mediazione
prestazioni	percezione qualità tecnico professionale	RRF	Ascolto
prestazioni	percezione qualità tecnico professionale	geriatria	ascolto
prestazioni	Comunicazione e relazione	rianimazione	ascolto

AUTOVALUTAZIONE STANDARD REGIONALI QUALITÀ E SICUREZZA DEL PAZIENTE

A seguito della partecipazione del Risk Manager all'incontro con i Referenti per il PrIMO di Regione Lombardia e di LISPA anche nel 2019 verranno effettuate le azioni di monitoraggio del percorso di miglioramento della qualità, 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.

RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI

L'Azienda annualmente effettua 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 18 raccomandazioni è misurato utilizzando le corrispondenti griglie di autovalutazione predisposte da AGENAS (Monitoraggio Raccomandazioni - Valutazione dell'implementazione delle raccomandazioni) e disponibili sul portale.

Lo stato di implementazione delle raccomandazioni globalmente considerato raggiunge l'80%: i progetti di risk management, la definizione e/o revisione di percorsi diagnostico terapeutici da parte di gruppi multidisciplinari e le attività formative come inserite nel Piano Formativo Aziendale e citate nel presente documento, confermano l'impegno dell'azienda nella implementazione delle attività di sviluppo e monitoraggio continuo degli elementi di qualità e sicurezza dei pazienti e degli operatori.

AGGIORNAMENTO DB REGIONALE

Entro il 25/01/2019 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 2018. Nel corso del 2019 si proseguirà nell'azione di monitoraggio, in linea con il percorso tracciato dalla Regione, rispettando la scadenza del 31/07/2019 per l'inserimento dei dati relativi al I semestre 2019.

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 consente 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 cardiocografico).

4.PROGETTO ASSICURATIVO REGIONALE

L'Azienda, come già nel 2018, 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.

5.COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI (CVS)

Si darà continuità operativa all'attività del CVS: l'esperienza maturata in questo settore ha portato i professionisti 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. È attuta l'analisi della sinistrosità aziendale in maniera sinergica con il Risk Manager per la definizione di eventuali interventi da realizzare a livello di sistema al fine di ridurre la sinistrosità aziendale.

6.GRUPPO COORDINAMENTO RISCHIO (GCR)

Attraverso il coinvolgimento dei direttori dipartimento, 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
- proposta di interventi da attuare per migliorare la sicurezza delle prestazioni
- proposta delle strategie per migliorare il rapporto con l'utenza e l'immagine della struttura
- promozione, sostegno e valorizzazione del Risk Management all'interno dell'Azienda.

7.EVENTI FORMATIVI

Il "*Piano di Formazione anno 2019*" è stato adottato con provvedimento deliberativo aziendale n 185 del 5 marzo 2019: prevede la progettazione di eventi di formazione residenziale/formazione su campo in ambito di risk management per gli ambiti sino a qui descritti.

Elenco eventi formativi

CODICE	DIPARTIMENTO STRUTTURA	ARGOMENTO TITOLO DELL'ATTIVITA'	OBIETTIVO FORMATIVO	RISULTATI ATTESI
20190032	DIP. DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE / PRONTO SOCCORSO - SONDRIO	ECOGRAFIA IN EMERGENZA	l'ecografia nell'ambito della valutazione del paziente in condizioni di emergenza, rappresenta attualmente il gold standard delle valutazioni di primo livello nella gestione dei pazienti secondo il principio della point of care. il corso forma gli operatori ad eseguire correttamente gli esami ecografici	autonomia del personale medico operante in pronto soccorso nell'effettuazione di esami ecografici (e-fast) nell'ambito dello smessa in atto del pdta del trauma maggiore
20180075	DIP. MATERNO INFANTILE / OSTETRICIA - GINECOL. - SONDRIO	GESTIONE DELLE EMERGENZE OSTETRICHE	corretta gestione dell'emergenza ostetrica con corso strutturato per dare ampio spazio alle esercitazioni pratiche suddividendo i partecipanti in gruppi di numero adeguato per permettere a tutti di poter svolgere attivamente prove pratiche su manichino avendo ruolo attivo nelle simulazioni.	migliorare gli esiti clinici attraverso una maggiore conoscenza della gestione clinica nelle emergenze ostetriche. miglioramento anche in termini di sicurezza dei singoli e di gestione della comunicazione
20180091	DIP. MATERNO INFANTILE / OSTETRICIA - GINECOL. - SONDRIO	L'ASSISTENZA OSTETRICA NEL PERCORSO NASCITA ALLA LUCE DELLA DELIBERA REGIONALE N°268	le evidenze scientifiche disponibili supportano la scelta di un modello assistenziale integrato, basato sulla presa in carico della donna con gravidanza fisiologica da parte dell'ostetrica o di un team di ostetriche, operante nell'ambito di una rete multi-professionale e multi-disciplinare di professionisti da consultare quando opportuno, poiché ad esso si associano maggiori benefici per la salute materna e neonatale (linee guida gravidanza fisiologica -snlg-iss 2011)	formare il team di ostetriche nell'ambito di una rete multi-professionale e multi disciplinare
20180146	DIP. MATERNO INFANTILE / OSTRETRICIA - GINECOL. - SONDALO	IDENTIFICAZIONE PRECOCE DELLA SEPSI IN OSTETRICIA	conoscere ed applicare il pdta " identificazione precoce della sepsi materna prevenzione- diagnosi . trattamento	migliorare gli outcome materno fetale nella popolazione ostetrica
20180173	DIP. MATERNO INFANTILE / PEDIATRIA - SONDRIO	CODICE ROSSO VIE RESPIRATORIE IN PEDIATRIA	uniformare i comportamenti diagnostico terapeutici nella uoc di pediatria con confronto con dea	uniformare i comportamenti diagnostico terapeutici nella pediatria con confronto con dea

CODICE	DIPARTIMENTO STRUTTURA	ARGOMENTO TITOLO DELL'ATTIVITA'	OBIETTIVO FORMATIVO	RISULTATI ATTESI
20180176	DIP. MATERNO INFANTILE / PEDIATRIA - SONDRIO	STABILIZZAZIONE DEL NEONATO CRITICO IN ATTESA DELLO STEN	superare con efficacia ed in sicurezza i potenzialmente drammatici minuti di attesa dell'arrivo dello sten, spesso determinanti per la prognosi dei nostri bambini	gestione condivisa dell'assistenza al neonato critico da trasferire presso tin
20180189	DIP. SALUTE MENTALE / SPDC - SONDRIO	GESTI AUTOLESIVI IN PS	incrementare la consapevolezza del paziente psichiatrico nella sua dignità . conoscenza delle procedure operative per il trattamento dei gesti autolesivi in emergenza.	maggior comprensione del paziente psichiatrico e delle sue dinamiche psicologiche ed esistenziali in situazioni critiche
20180190	DIP. SALUTE MENTALE / SPDC - SONDRIO	GESTIONE DEL PAZIENTE CON COMPORTAMENTI AGGRESSIVI	acquisizione di tecniche relazionali e pratiche per ridurre il rischio fisico dell'operatore che si trova di fronte a pazienti violenti / aggressivi. acquisire metodologie per ridurre e gestire il rischio	operatori formati e in grado di affrontare le situazioni critiche in modo adeguato
20180298	DIPARTIMENTO CRONICITÀ E FRAGILITÀ / GERIATRIA SONDRIO	GESTIONE DEL RISCHIO CADUTA: ASPETTI PREVENTIVI, CLINICI E DI TRATTAMENTO	uniformare strategie gestionali del rischio	miglioramento
20180299	DIPARTIMENTO CRONICITÀ E FRAGILITÀ / GERIATRIA SONDRIO	LA GESTIONE DELL'ANZIANO FRAGILE E DELLA POLITERAPIA FARMACOLOGICA: OSPEDALE , RSA, TERRITORIO.	gestione integrata anziano fragile dall'ospedale al territorio	miglioramento continuativo del percorso gestionale
20180321	STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE / SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	LA GESTIONE DEL CONFLITTO RELAZIONALE	dare consapevolezza dei diversi processi comunicativi, saper gestire il conflitto, adottare comportamenti collaborativi nella soluzione dei problemi, acquisire competenze nella gestione dei bisogni degli utenti.	saper gestire l'aggressività verbale e fisica dell'utente
20180096	STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA / BLOCCHI OPERATORI - SONDRIO	IL PROCESSO DI STERILIZZAZIONE DEI DMR	formare il personale che deve preparare/ inviare e stoccare il materiale sterile/ sterilizzato	conoscenza dell'intero processo di sterilizzazione e delle diverse criticità intrinseche allo stesso

CODICE	DIPARTIMENTO STRUTTURA	ARGOMENTO TITOLO DELL'ATTIVITA'	OBIETTIVO FORMATIVO	RISULTATI ATTESI
20180327	STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA / QUALITA' E RISK MANAGEMENT	INCONTRI DI APPROFONDIMENTO DI CASI CLINICI CON IL RISK MANAGEMENT	miglioramento della compilazione della cartella clinica e conseguentemente della pratica clinica: miglioramento dei dati degli indicatori regionali attraverso la comunicazione con i singoli professionisti referenti dio area dipartimentale.	miglioramento dei dati degli indicatori regionali, in maniera tempestiva e aggiornata.
20190041	STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA / QUALITA' E RISK MANAGEMENT	PDPA ANEURISMA DELL'AORTA ADDOMINALE IN ROTTURA O SOSPETTO TALE	stabilire il miglior percorso diagnostico terapeutico e assistenziale per il trattamento della patologia in oggetto a partire dalla più recenti evidenze scientifiche e compatibilmente con le risorse umane e organizzative aziendali.	redazione e formalizzazione del pdpa aziendale.
20190042	STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA / QUALITA' E RISK MANAGEMENT	PDPA TUMORE DEL COLON RETTO	stabilire il miglior percorso diagnostico terapeutico e assistenziale per il trattamento della patologia in oggetto a partire dalla più recenti evidenze scientifiche e compatibilmente con le risorse umane e organizzative aziendali.	redazione e formalizzazione del pdpa aziendale.

PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI

- 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. XI/1046 del 17.12.2018 *“Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario per l'esercizio 2019”*
- *“Linee operative Risk Management in Sanità anno 2019”*- nota della - Regione Lombardia - Giunta - Direzione Generale Welfare Fattori Produttivi del 21.12.2018
- Decreto Direzione Generale Welfare n.17008 del 28/12/2017 *“Preso 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”*
- la L.R 28 novembre 2018, n. 15 *“Modifiche al Titolo I, Titolo III, e all'allegato 1 della l.r. 33/2009 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)”*;
- il decreto N. 20009 del 28/12/2018 *“Attuazione l.r. 15/2018 – assegnazione all'ASST Lariana del presidio ospedaliero Erba Renaldi di Menaggio, del relativo personale e del patrimonio immobiliare;*

Sondrio, 22 marzo 2019

Il Risk Manager

Dott.ssa Cristina Curioni



ALLEGATI

Allegato 1 scheda progetto Sicurezza oncologica: Processo di centralizzazione dell'allestimento dei chemioterapici antitumorali.

Allegato 2 scheda progetto - Sicurezza in ambito chirurgico: Sicurezza in chirurgia 2.0

Allegato 3 scheda progetto - Implementazione del Piano e degli Strumenti di Gestione del Rischio Clinico negli Istituti Penitenziari

Allegato 1 SCHEDA DI PROGETTO - anno 2019

ASST_IRCCS_ATS	ASST della Valtellina e dell'Alto Lario
Risk Manager	dr.ssa Cristina Curioni
1. Titolo del Progetto	Sicurezza oncologica: Processo di centralizzazione dell'allestimento dei chemioterapici antiblastici
2. Motivazione della scelta	A partire dal 2017 la RL ha dato indicazioni anche nelle Linee Guida operative di Risk management, di attuare una revisione e messa in sicurezza del processo di gestione dei farmaci chemioterapici antiblastici. E' stato definito piano di progetto allo scopo di avviare e sviluppare un percorso di centralizzazione dell'allestimento dei chemioterapici sotto la diretta responsabilità del Farmacista. Parallelamente verrà attuata una revisione dei percorsi dei pazienti oncologici che comprenderà una revisione delle modalità prescrittive, di 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 antiblastici e omogeneizzare le attività e i controlli, garantendo altresì al paziente massimo livello di qualità e sicurezza.
3. Area di RISCHIO	Rischio Farmaci
	Se ALTRO, specificare:
4. Ambito di intervento	Farmacia, Oncologia, Oncoematologia, Provveditorato, Tecnico Patrimoniale, SPP, SIA, DMP, SITRA, Medicina del lavoro
5. Nuovo/Prosecuzione	Prosecuzione
6. Multiaziendale	NO
6.a Se Si indicare le Aziende compartecipanti al progetto:	
7. Obiettivo specifico	Creazione di una unità di manipolazione chemioterapici antiblastici per l'allestimento centralizzato aumentando il livello di sicurezza della gestione dei chemioterapici. Revisione dei percorsi dei pazienti e di gestione dei farmaci antiblastici con caratteristiche di omogeneità e sicurezza. Efficientamento delle risorse umane e tecnologiche.
8. Strumenti e metodi	Gruppo di lavoro; check list per la mappatura dei processi; piano di progetto tecnico; formazione
9. Realizzazione/prodotto finale	Nel 2019, costruzione UMaCA e collaudo; Formazione Farmacista; Revisione e Approvazione Protocolli chemioterapia Identificazione e Formazione operatori UMaCA; Formazione su software; Allestimento centralizzato Farmacia; revisione del percorso del paziente oncologico a partire verosimilmente dal Presidio di Sondrio (2019) e poi nel Presidio di Sondalo (2020)
10. Durata	2 anni

LC

11. Risultati e indicatori

2019	
<i>Risultato</i>	<i>Indicatore</i>
Progetto esecutivo definitivo; validazione Vigili del Fuoco; valutazione progetto da parte di ATS; costruzione UMaCA e collaudo finale	Progetto definitivo disponibile; deliberazione di inizio lavori; costruzione nei tempi indicati nel progetto tecnico.
Formazione del Farmacista identificato e valutazione -approvazione dei protocolli di chemioterapia; formazione per tutti gli operatori sul software di prescrizione e allestimento; individuazione e formazione operatori interni di	Farmacista formato sulle attività del compounding; valutazione protocolli di chemioterapia per inserimento nel software dedicato.
Riorganizzazione percorsi interni del paziente oncologico, di trasporto e distribuzione dei chemioterapici allestiti (Sondrio)	Documentazione di riferimento

2020

Monitoraggio SO: audit di processo, check list	rapporto di audit
Riorganizzazione percorsi interni del paziente oncologico, di trasporto e distribuzione dei chemioterapici allestiti (Sondalo)	Documentazione di riferimento
Monitoraggio SL: audit di processo, check list	rapporto di audit

All. 1 Linee Operative Risk Management Anno 2019

Allegato 2 SCHEDA PROGETTO - ANNO 2019	
ASST/IRCCS/ATS	ASST VALTELLINA E ALTO LARIO
Risk Manager	Dott.ssa Cristina Curioni
1. Titolo del Progetto	SICUREZZA IN CHIRURGIA 2.0
2. Motivazione della scelta	<p>L'analisi degli eventi avversi occorsi nelle strutture sanitarie lombarde anche per l'anno 2018 evidenzia la necessità di una verifica costante dell'effettiva applicazione sostanziale e non formale della Check List Ministeriale in sala operatoria quale strumento efficace nel migliorare la qualità e sicurezza del paziente da sottoporre a procedure invasive.</p> <p>Le linee guida rischio per l'anno 2019, suggeriscono che vengano rivalutati i documenti in uso e, se necessario, riaggiornati e integrati in funzione dei cambiamenti organizzativi conseguenti alle introduzioni di procedure invasive effettuate in scenari diversi dal blocco operatorio. Per la nostra ASST queste procedure si sostanziano in procedure endoscopiche, emodinamiche ed elettrofisiologiche ma anche in procedure chirurgiche di chirurgia "minore" che vengono eseguite al di fuori del blocco operatorio.</p> <p>In questo contesto si colloca la Delibera Regionale n°1275 del 04.02.2019 che approva il documento di indirizzo operativo "Check list chirurgia sicura 2.0" e relativo manuale a completamento ed integrazione della check list ministeriale. La delibera stabilisce che questo documento sia utilizzato come strumento di assessment del paziente candidato ad intervento chirurgico in qualsiasi regime e per le procedure sopra richiamate.</p> <p>Per conseguire tale risultato è importante il coinvolgimento di diversi professionisti, la costruzione di un metodo di lavoro e la condivisione di strumenti e documenti aziendali di riferimento che possano facilitare e implementare la sicurezza in ambito chirurgico.</p>
3. Area di RISCHIO	sicurezza in chirurgia 2.0
se ALTRO, specificare:	
4. Ambito Aziendale P.O/U.O. /Ambito ove verrà attuato il progetto:	Dipartimenti clinici, DMP, SITRA, Blocchi Operatori.
5. Nuovo/Proseguimento	Nuovo
6. Durata Progetto	2 anni
7. Obiettivo	<p>Migliorare l'implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali n. 2 e 3 attraverso l'applicazione della check list chirurgia sicura 2.0 (di sistema e di paziente) per le procedure chirurgiche in qualsiasi regime assistenziale, le procedure di endoscopia digestiva, emodinamica ed elettrofisiologia.</p> <p>L'obiettivo è di lavorare nel primo anno di progetto nell'ambito del Blocco Operatorio, estendendo quanto definito alle altre aree nel secondo anno di progetto.</p>
8. Realizzazione/Prodotto Finale	<p>Applicazione check list di sistema e revisione di un campione di cartelle cliniche (numerosità stabilita secondo quanto stabilito da Regione Lombardia nel percorso qualità PRIMO) tramite lo strumento di assessment check list paziente al fine di delineare in modo completo ed oggettivo lo stato dell'arte rispetto alla sicurezza in chirurgia ed identificare quindi le azioni di miglioramento per perfezionare l'adesione agli standard.</p> <p>Revisione della procedura aziendale "Procedura per la sicurezza in sala operatoria" redatta nel 2014 con l'integrazione di quanto esplicitamente richiesto nella nuova check list.</p> <p>Revisione del modulo aziendale "check list di sala operatoria".</p> <p>Implementazione di attività di monitoraggio per la valutazione della corretta applicazione della procedura aziendale in conformità alla check list chirurgia sicura 2.0.</p> <p>Nel corso della seconda annualità di progetto quanto definito per il Blocco Operatorio sarà revisionato ed adattato per essere utilizzato anche nelle procedure di endoscopia digestiva, emodinamica ed elettrofisiologia nonché alle procedure chirurgiche eseguite al di fuori del Blocco Operatorio.</p>

24

All. 1 Linee Operative Risk Management Anno 2019

9. Strumenti e metodi	Costituzione del gruppo di lavoro aziendale Applicazione check list di sistema e check list paziente con la metodologia stabilita nel manuale di riferimento come esplicitato nel paragrafo precedente. Revisione della procedura aziendale e dei moduli ad essa connessi. Realizzazione di materiale informativo per gli operatori sanitari (es. cartellonistica dress code). Realizzazione eventi formativi specifici per gli operatori. Monitoraggio applicazione nuova procedura aziendale tramite osservazione su campo.		
10. Risultati e indicatori	Risultato	Indicatore	Dati della Misurazione a fine anno
	Risk assesment : valutazione del grado di aderenza alle indicazioni contenute nel manuale regionale a livello di sistema	Applicazione della check list di sistema	Check list registrata compilata
	Risk assesment: valutazione mediante check list di paziente su un campione di cartelle cliniche chiuse per procedure eseguite nei	Applicazione check list di paziente sul n°cartelle cliniche campionate (100%)	Applicazione della check list paziente su 5 cartelle cliniche per le specialità chirurgice definite
	Revisione del percorso aziendale "Procedura per la sicurezza in sala operatoria " e relativa documnetazione	iter di emissione concluso e documentazione pubblicata sulla intranet	Procedura emessa e diffusa
	Revisione del modulo "check list di sala operatoria"	iter di emissione concluso e documentazione pubblicata sulla intranet	Documento emesso e diffuso
	monitoraggio sul campo dell'applicazione della nuova procedura	osservazione su campo	Rapporti
	Formazione e addestramento del personale dei BO	numero di operatori che hanno partecipato alla formazione/n. operatori da formare	Formazione effettuata e documnetata

SCHEDA DI PROGETTO

Pianificazione del Progetto
(Cronoprogramma)

Azienda

ASST VALTELLINA E ALTO LARIO

Risk Manager

Dott.ssa Cristina Curioni

Titolo del Progetto

SICUREZZA IN CHIRURGIA 2.0

anno 2019

FASI	RISORSE	RESPONSABILITA'	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Costituzione di gruppo di lavoro aziendale	Risk Management Dipartimento chirurgico, dipartimento DEA, blocchi operatori, DMP, SITRA	Risk management												
Applicazione dello strumento di assessment "check list di sistema"	Gruppo di lavoro aziendale	Risk management												
Applicazione dello strumento di assessment "check list di paziente" su un campione di cartelle cliniche chiuse	Gruppo di lavoro aziendale	Risk management												
Revisione della procedura aziendale e dei relativi moduli	Gruppo di lavoro aziendale	Risk management												
Emissione della documentazione aziendale revisionata	Gruppo di lavoro aziendale	Risk management												
Ricostituzione di gruppo di lavoro aziendale per gli ambiti di chirurgia minore al di fuori del BO, endoscopia, emodinamica ed elettrofisiologia	Risk Management Dipartimento chirurgico, dipartimento DEA, blocchi operatori, DMP, SITRA	Risk management												

prima annualità di progetto
2019

seconda annualità di progetto
2020

FASI	RISORSE	RESPONSABILITA'	anno 2020														
			gen-20	feb-20	mar-20	apr-20	mag-20	giu-20	lug-20	ago-20	set-20	ott-20	nov-20	dic-20			
Formazione specifica su quanto definito nel primo anno di progetto per gli operatori del Blocco Operatorio	Gruppo di lavoro aziendale	Risk management, DMP, SITRA															
Monitoraggio sul campo dell'applicazione della procedura aziendale nei Blocchi Operatori	Risk Management , SITRA, DMP,	DMP Risk Management															
Applicazione dello strumento di assessment "check list di paziente" su un campione di cartelle cliniche chiuse per gli ambiti sopraccitati	Gruppo di lavoro aziendale	Risk management															
Estensione della procedura aziendale e revisione del modulo check list di sala operatoria	Gruppo di lavoro aziendale	Risk management															
Monitoraggio sul campo dell'applicazione della procedura aziendale negli ambiti extra BO	Risk Management , SITRA, DMP,	DMP Risk Management															
Emissione della documentazione aziendale revisionata	Gruppo di lavoro aziendale	Risk management															
Formazione specifica su quanto definito nel primo anno di progetto per gli operatori extra BO	Gruppo di lavoro aziendale	Risk management															

Allegato 3 SCHEDE PROGETTO - ANNO 2019

ASST/IRCCS/ATS	ASST Spedali Civili (capofila), ASST Pavia (capofila), ASST Santi Paolo e Carlo, ASST Lariana, ASST Sondrio, ASST Mantova, ASST Lodi, ASST PG23, ASST Sette Laghi, ASST Monza, ASST Cremona, ASST Lecco, ASST Valle Olona
Risk Manager	dr. Enrico COMBERTI (coordinatore), dr.ssa Luciana BEVILACQUA (coordinatore), dr.ssa Chiara OGGIONI, dr.ssa Anna SANNINO, dr.ssa Cristina CURIONI, dr. Enrico BURATO, dr.ssa Fulvia FOLLI, dr. Gabriele PAGANI, dr.ssa Giorgia SAPORETTI, dr. Marco LUCIANO, dr.ssa Margherita FORNACIARI, dr.ssa Paola GORETTI, dr.ssa Rossella BARNI
1. Titolo del Progetto	Implementazione del Piano e degli Strumenti di Gestione del Rischio Clinico negli Istituti Penitenziari
2. Motivazione della scelta	La D.G.R. 1046/2018 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2019", nell'ambito della definizione delle regole di sistema per l'anno in corso, relativamente alla attività sanitaria medica ed assistenziale che si svolge presso gli istituti penitenziari richiama alla necessità di "procedere alla implementazione o aggiornamento del piano e degli strumenti di gestione del rischio clinico negli istituti penitenziari". E' pertanto necessario creare un progetto di forte integrazione tra: - Risk manager delle ASST; - Direttori medici di ASST dedicati alla medicina penitenziaria; - Responsabili sanitari degli Istituti Penitenziari; - U.O.S.P. di regione Lombardia e propria costituenda Commissione Medica di vigilanza; al fine di estendere le raccomandazioni ministeriali, linee guida e le buone pratiche in tema di <i>Clinical Risk Management</i> e di <i>Patient Safety</i> già implementate all'interno delle ASST anche presso gli Istituti penitenziari. A tal proposito si è formato un gruppo di Lavoro regionale che ha l'obiettivo di perseguire questo scopo attraverso un progetto interaziendale condiviso e pluriennale.
3. Area di RISCHIO	altro (specificare)
se ALTRO, specificare:	RISCHIO CLINICO NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI
4. Ambito Aziendale P.O./U.O. /Ambito ove verrà attuato il progetto:	MILANO San Vittore - Casa circondariale 'Francesco Di Cataldo'; OPERA - Casa di reclusione 'ICR'; BOLLATE - Casa di reclusione 'Il C.R.'; MILANO -Istituto penale minorenni C. Beccaria; Sondrio - Casa circondariale; SONDRIO Casa circondariale di Sondrio;
5. Nuovo/Prosecuzione	Nuovo
6. Durata Progetto	3 anni
7. Eventuali Aziende Compartecipanti	ASST Spedali Civili (capofila), ASST Pavia (capofila), ASST Santi Paolo e Carlo, ASST Lariana, ASST Valtellina e Alto Lario, ASST Mantova, ASST Lodi, ASST PG23, ASST Sette Laghi, ASST Monza, ASST Cremona, ASST Lecco, ASST Valle Olona

45

8. Obiettivo	<p>Obiettivo ZERO (<i>Risk assessment</i>): ANALISI DI CONTESTO STRUTTURATA degli aspetti di rischio clinico applicati alla assistenza sanitaria erogata presso gli Istituti penitenziari, con focus particolare sul processo di gestione del Farmaco, partendo dal censimento degli Istituti penitenziari effettuato dalla U.O.S.P. regionale.</p> <p>Obiettivo UNO (Formazione & Incident reporting): ESTENSIONE ED IMPLEMENTAZIONE DEL SISTEMA DI I.R. agli istituti penitenziari a partire dalla ASST di riferimento e, laddove possibile, con gli stessi strumenti e metodologia. FORMAZIONE residenziale di tutti gli operatori sanitari degli istituti penitenziari sul sistema di incident reporting e promozione del suo utilizzo. Analisi a fine anno degli <i>incident reporting</i> pervenuti, integrata con l'analisi delle richieste di risarcimento danni, al fine di individuare le macroaree di maggior impatto per le attività di miglioramento.</p> <p>Obiettivo DUE (Suicidio): ANALISI procedure esistenti negli istituti penitenziari per la prevenzione del rischio suicidario in carcere e revisione delle stesse con integrazione/implementazione della raccomandazione ministeriale n.4. Collaborazione con la U.O.S.P. regionale e con la Commissione Medica di vigilanza nell'analisi delle morti improvvise negli istituti penitenziari.</p> <p>Obiettivo TRE (Macroaree di interesse & Farmaco): individuazione delle macroaree di maggior impatto sul rischio clinico e definizione di progetti di sviluppo specifici con relative azioni di miglioramento. Mappatura del processo del farmaco e definizione di nuove procedure in coerenza con le raccomandazioni ministeriali n.1, 7, 12, 17, 18.</p>						
10. Realizzazione/Prodotto Finale	<p>Prodotto ZERO (<i>Risk assessment</i>): definizione di un questionario strutturato di Risk assessment, compilazione dello stesso da parte di ciascuna ASST, analisi dei risultati ed edizione di un documento regionale "Mappatura del rischio clinico negli Istituti penitenziari"</p> <p>Prodotto UNO (Formazione & Incident reporting): Realizzazione di eventi formativi residenziali presso gli istituti penitenziari sulla tematica del rischio clinico con focus sull'incident reporting. Raccolta da parte dei risk manager delle ASST degli I.R. pervenuti; analisi regionale degli stessi e sintesi delle macroaree di interesse prioritario.</p> <p>Prodotto DUE (Suicidio): edizione nuove procedure per la prevenzione del rischio suicidario in carcere Partecipazione da parte dei risk manager delle ASST alla Commissione Medica di vigilanza.</p> <p>Prodotto TRE (Macroaree di interesse & Farmaco): progetti di sviluppo specifici su macroaree individuate + farmaco, con relative azioni di miglioramento.</p>						
9. Strumenti e metodi	<p>Check list per mappatura dei processi Scheda di <i>incident reporting</i> Gruppo di lavoro regionale</p>						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1190 1368 1257 1809">Risultato</th> <th data-bbox="1190 1001 1257 1368">Indicatore</th> <th data-bbox="1190 109 1257 1001">Dati della Misurazione a fine anno</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1257 1368 1422 1809">Risultato ZERO (risk assessment) 2019</td> <td data-bbox="1257 1001 1422 1368">Documento regionale "Mappatura del rischio clinico negli istituti penitenziari"</td> <td data-bbox="1257 109 1422 1001">presentazione del documento al Network e distribuzione dello stesso alle Direzioni generali ed alla U.O.S.P. di regione Lombardia</td> </tr> </tbody> </table>	Risultato	Indicatore	Dati della Misurazione a fine anno	Risultato ZERO (risk assessment) 2019	Documento regionale "Mappatura del rischio clinico negli istituti penitenziari"	presentazione del documento al Network e distribuzione dello stesso alle Direzioni generali ed alla U.O.S.P. di regione Lombardia
Risultato	Indicatore	Dati della Misurazione a fine anno					
Risultato ZERO (risk assessment) 2019	Documento regionale "Mappatura del rischio clinico negli istituti penitenziari"	presentazione del documento al Network e distribuzione dello stesso alle Direzioni generali ed alla U.O.S.P. di regione Lombardia					

Len

11. Risultati e indicatori	Risultato UNO (Formazione & Incident reporting) 2019	<ul style="list-style-type: none"> - Eventi di formazione effettuati - <i>Incident reporting</i> registrati - Individuazione di macroaree di risk 	<ul style="list-style-type: none"> - n. di eventi di formazione realizzati ed almeno l'80% degli operatori sanitari degli istituti penitenziari formati - n. degli incident reporting registrati per ciascuna ASST
	Risultato DUE (Suicidio) 2021	<ul style="list-style-type: none"> analisi e definizione della procedura sulla prevenzione del suicidio negli istituti penitenziari 	<ul style="list-style-type: none"> - pubblicazione in ciascuna ASST della procedura sulla prevenzione del suicidio negli istituti penitenziari
	Risultato TRE (Macroaree di interesse & Farmaco) 2020 e 2021	<ul style="list-style-type: none"> - individuazione delle macroaree di maggior impatto sul rischio clinico - mappatura del processo del farmaco e definizione 	<ul style="list-style-type: none"> - progetto gestione del farmaco negli Istituti penitenziari 2020 e 21

W

SCHEDA DI PROGETTO CARCERI

Pianificazione del (Cronoprogramma)

Azienda

ASST Valtellina e Alto Lario

Risk Manager

dr.ssa Cristina Curioni

Titolo del Progetto

Implementazione del Piano e degli Strumenti di Gestione del Rischio Clinico negli Istituti Penitenziari

ANNO 2019

ANNO 2020

ANNO 2021

FASI	RISORSE	RESPONSABILITA'	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
In sediamento del gruppo regionale "gruppo di lavoro rischio in medicina penitenziaria"	Risk manager e Responsabili Medicina penitenziaria di ASST	gruppo regionale RM												
Obiettivo ZERO (Risk assessment): condivisione censimento istituti penitenziari della U.O.S.P. regionale	Risk manager, Responsabili Medicina penitenziaria di ASST, Responsabili medici Istituti Penitenziari, Direttore U.O.S.P. regionale	Direttore U.O.S.P. regionale												
Obiettivo ZERO (Risk assessment): predisposizione check list per ANALISI DI CONTESTO STRUTTURATA	Risk manager	Coordinatori progetto (ASST Brescia ed ASST Pavia)												
Obiettivo ZERO (Risk assessment): realizzazione della ANALISI DI CONTESTO STRUTTURATA ANNI 2019 e 2020	Risk manager	Risk manager e gruppo regionale di RM												
Obiettivo UNO (Formazione & Incident reporting): ESTENSIONE ED IMPLEMENTAZIONE DEL SISTEMA DI I.R. agli istituti penitenziari Anno 2020	Risk manager, Responsabili Medicina penitenziaria di ASST, Responsabili medici Istituti Penitenziari, Direttore U.O.S.P. regionale	Risk manager												
Obiettivo UNO (Formazione & Incident reporting): FORMAZIONE residenziale di tutti gli operatori sanitari degli istituti penitenziari sul sistema di incident reporting e promozione del suo utilizzo. ANNO 2020	Risk manager, Responsabili Medicina penitenziaria di ASST, Responsabili medici Istituti Penitenziari, Direttore U.O.S.P. regionale	Risk manager												

69

GENNAIO	FEBBRAIO	MARZO	APRILE	MAGGIO	GIUGNO	LUGLIO	AGOSTO	SETTEMBRE	OCTOBRE	NOVEMBRE	DICEMBRE
RESPONSABILITA'											
FASI	RISORSE	RESPONSABILITA'									
Obiettivo UNO (Formazione & Incident reporting): . . Analisi degli incident reporting pervenuti, integrata con l'analisi delle richieste di risarcimento danni, al fine di individuare le macroaree di maggior impatto per le attività di miglioramento. ANNO 2020	Risk manager, Responsabili Medicina penitenziaria di ASST, Responsabili medici Istituti Penitenziari, Direttore U.O.S.P. regionale	Risk manager, Responsabili Medicina penitenziaria di ASST, Responsabili medici Istituti Penitenziari, Direttore U.O.S.P. regionale	Risk manager, Responsabili Medicina penitenziaria di ASST, Responsabili medici Istituti Penitenziari, Direttore U.O.S.P. regionale								
Obiettivo UNO (Formazione & Incident reporting): Individuazione delle macroaree di maggior impatto per le attività di miglioramento. ANNO 2021	Risk manager, Responsabili Medicina penitenziaria di ASST, Responsabili medici Istituti Penitenziari, Direttore U.O.S.P. regionale	Risk manager, Responsabili Medicina penitenziaria di ASST, Responsabili medici Istituti Penitenziari, Direttore U.O.S.P. regionale									
Obiettivo DUE (Suicidio): ANALISI procedure esistenti negli istituti penitenziari per la prevenzione del rischio suicidario in carcere ANNO 2021	Risk manager e gruppo regionale RM	Coordinatori progetto (ASST Brescia ed ASST Pavia)									
Obiettivo DUE (Suicidio): Revisione delle procedure sul rischio suicidario e loro pubblicazione, con integrazione/implementazione della raccomandazione ministeriale n.4. ANNO 2021	Risk manager, Responsabili Medicina penitenziaria di ASST, Responsabili medici Istituti Penitenziari, Direttore U.O.S.P. regionale	Risk manager									
Obiettivo DUE (Suicidio): Collaborazione con la U.O.S.P. regionale e con la Commissione Medica di vigilanza nell'analisi delle morti improvvise negli istituti penitenziari. <i>In continuuum nei tre anni</i>	Risk manager	Direttore U.O.S.P. regionale									