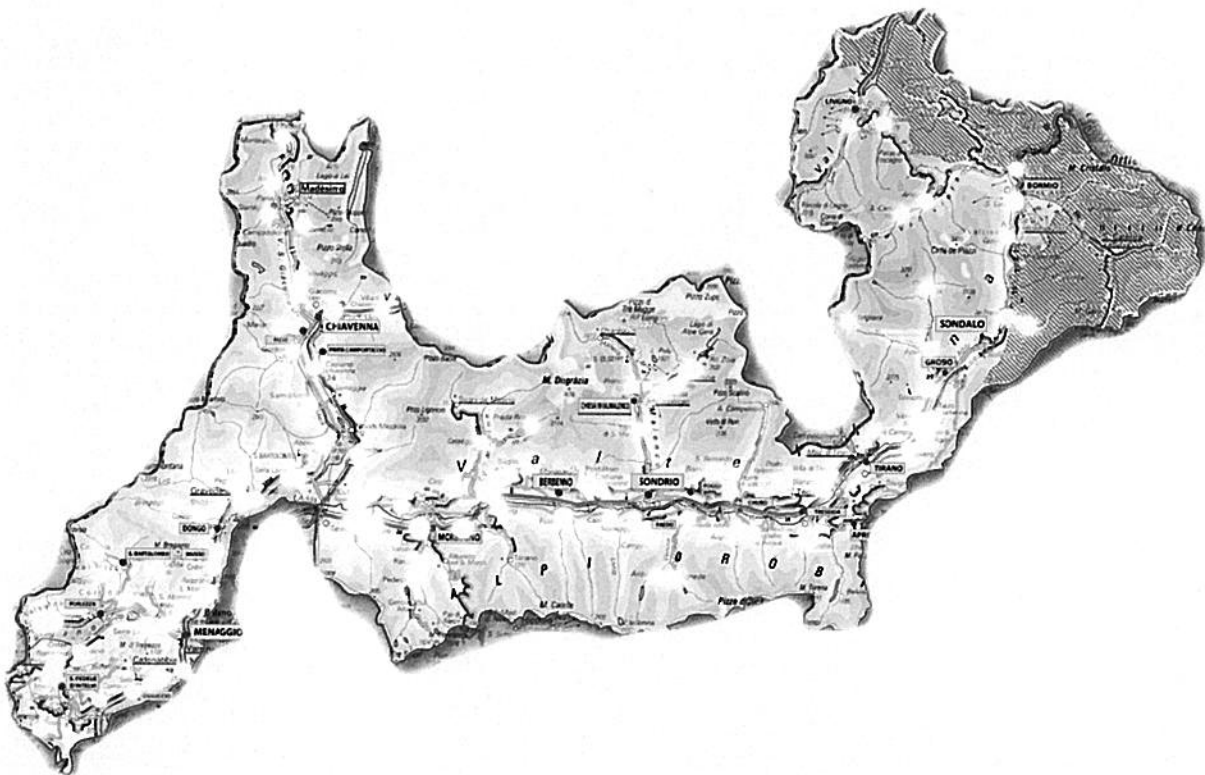




# PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT

## Anno 2016

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



---

## INDICE

---

<b>PREMESSA</b> .....	4
<b>1. IL PROGETTO AZIENDALE</b> .....	4
1.1 Nuovo contesto organizzativo.....	4
1.2 Linee di intervento adottate nel periodo 2006-2015 dall’Azienda Ospedaliera della Valtellina e della Valchiavenna.....	5
1.3 Dati dell’andamento del rischio e della sinistrosità dell’ultimo triennio .....	8
1.4 Raccomandazioni Ministeriali: stato di implementazione .....	11
1.5 Piano Annuale di Risk Management .....	12
1.5.1 Rischio in Ostetricia e Ginecologia.....	13
1.5.2 Rischio nel processo trasfusionale.....	14
1.5.3 Rischio da farmaci antineoplastici.....	15
1.5.4 Rischio per atti di violenza a danno degli operatori sanitari .....	16
1.6 Consolidamento attività .....	17
1.6.1 Rischio infezioni correlate all’assistenza (igiene delle mani) .....	17
1.6.2 Rischio sepsi .....	18
1.6.3 Rischio da Farmaci, Farmaci L.A.S.A., Farmacovigilanza .....	19
1.6.4 Sistema di segnalazione eventi avversi e near miss.....	20
1.6.5 Rischio in ambito chirurgico e anestesilogico .....	20
1.6.6 Rischio da cadute.....	21
<b>2. MONITORAGGI</b> .....	22
2.1 Monitoraggio degli Eventi Sentinella in SIMES .....	22
2.2 Aggiornamento delle sezioni del DB regionale .....	22
<b>3. PROGETTO ASSICURATIVO REGIONALE</b> .....	24
<b>4. COMITATI AZIENDALI</b> .....	24
4.1 Comitato Valutazione Sinistri (CVS).....	24

4.2 Gruppo per la gestione del rischio .....	24
<b>5. ASCOLTO E MEDIAZIONE TRASFORMATIVA.....</b>	<b>25</b>
<b>6. DOCUMENTAZIONE SANITARIA .....</b>	<b>26</b>
<b>7. EVENTI FORMATIVI.....</b>	<b>26</b>
<b>8. PRINCIPALI RIFERIMENTI.....</b>	<b>27</b>
<b>ALLEGATI:.....</b>	<b>27</b>
<p>Allegato 1 Scheda progetto n. 1 – Rimodulazione del percorso nascita: collegamento ospedale-territorio e monitoraggio “Trigger in ostetricia”</p> <p>Allegato 2 Scheda progetto n. 2 – Sicurezza della trasfusione</p> <p>Allegato 3 Scheda progetto n. 3 – La sicurezza del paziente oncologico e la terapia con farmaci antineoplastici</p> <p>Allegato 4 Scheda progetto n. 4 – La sicurezza dei lavoratori: come prevenire gli atti di violenza sul lavoro</p> <p>Allegato 5 Elenco eventi formativi</p>	

## **PREMESSA**

La gestione del rischio in un'Organizzazione rappresenta lo strumento che identifica, valuta e gestisce gli episodi e le azioni che possono colpire la capacità della stessa di raggiungere i propri obiettivi. Ogni organizzazione, pertanto, deve sempre più ricercare strumenti di gestione che le permettano di dare continuità operativa a fronte di eventi avversi, verosimilmente anche lontani e rari, insiti nella propria attività tipica e trasformare il rischio del loro verificarsi in opportunità di successo e affermazione.

Il Risk Management è un processo sistematico di identificazione, valutazione e trattamento dei rischi attuali e potenziali. In particolare nella sua accezione di clinical risk management rappresenta un approccio al problema della sicurezza delle cure che, attraverso l'insieme di varie azioni complesse ed il coinvolgimento attivo di tutte le professionalità coinvolte nel processo assistenziale, ha come obiettivo finale il miglioramento della qualità delle cure e della sicurezza dei pazienti e degli operatori, sicurezza basata anche sulla capacità di apprendere dall'errore.

Negli ultimi anni i temi legati alla sicurezza del paziente e alla gestione del rischio clinico hanno assunto particolare rilevanza a livello nazionale ed internazionale. Il motivo di tale rilevanza sta, sia nelle implicazioni di ordine etico e deontologico, che nelle pesanti ricadute economiche e di immagine per i sistemi sanitari, tanto più in un periodo storico in cui i problemi del finanziamento dei sistemi sanitari sono divenuti critici per la tenuta dei bilanci regionali e nazionali.

L'impegno per la promozione della sicurezza del paziente coinvolge, a vario titolo e con diversa responsabilità, tutti i soggetti del "sistema salute".

### **1. IL PROGETTO AZIENDALE**

#### **1.1 Nuovo contesto organizzativo**

Dal 1° gennaio 2016 con la D.G.R. X/4497 del 10/02/2015 si è costituita l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) della Valtellina e dell'Alto Lario (d'ora in poi denominata ASST Valtellina e Alto Lario) mediante fusione per incorporazione dell'intera Azienda Ospedaliera della Valtellina e della Valchiavenna (A.O.V.V.) , incorporazione del Presidio ospedaliero Erba Renaldi di Menaggio e suoi poliambulatori nonché l'incorporazione delle strutture territoriali distrettuali prima afferenti all'ASL di Sondrio e al Distretto Medio e Alto Lario dell'ASL di Como.

L'ASST Valtellina e Alto Lario, in questa fase di prima attuazione della R.L. 23/2015, comprende 5 Presidi ospedalieri (Sondalo, Sondrio, Morbegno, Menaggio, Chiavenna), strutture poliambulatoriali, i consultori familiari e i SER.T afferenti agli ambiti territoriali acquisiti, nonché il

dipartimento di Salute Mentale e l'AAT 118 di Sondrio. I confini geografici di riferimento della nuova Azienda sono modificati in quanto comprendono oltre alla Valtellina e la Valchiavenna anche l'area del Medio Alto Lario, con un'estensione di 200 Km (da Argegno a Livigno) e un bacino d'utenza di oltre 210.000 abitanti. Il personale assegnato alla ASST Valtellina e Alto Lario è pari a circa 3300 persone.

## **1.2 Linee di intervento adottate nel periodo 2006-2015 dall'Azienda Ospedaliera della Valtellina e della Valchiavenna**

Per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management anno 2016 dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) della Valtellina e dell'Alto Lario si ritiene fondamentale richiamare sinteticamente le linee di intervento adottate nel periodo 2006-2015 dall'Azienda Ospedaliera della Valtellina e della Valchiavenna in quanto Azienda interamente confluita nel nuovo soggetto giuridico.

Di seguito nelle tabella n.1e 2 si riportano i progetti implementati attraverso i Piani annuali di Risk Management 2006 - 2015 con riferimento alle aree di rischio alle quali è stata data priorità.

Inoltre sono stati realizzati progetti in merito ai "processi informativi":

- Procedura per il monitoraggio degli eventi sentinella (anno 2006)
- Gestione delle problematiche assicurative (anno 2007)

ed è stato adottato con delibera n° 889/2015 l'aggiornamento della procedura "*Gestione coordinata dei sinistri in attuazione del sistema assicurativo regionale RCT/O in ambito sanitario introduttivo della Self Insurance Retention*" (revisione - 0 - delibera n° 58/2013).

TABELLA N. 1

AOVV ATTIVITÀ RISK MANAGEMENT ANNI 2006-2011		
ANNO	AREA DI RISCHIO	PROGETTI OPERATIVI
2006	Documentazione Sanitaria	Raccolta del consenso informato univoco a livello aziendale
		Procedura di compilazione della cartella clinica
2007	Triage in PS o C.O.118	Analisi dei rischi del paziente in PS DEA-EAS
	Documentazione Sanitaria	Predisposizione del foglio unico di terapia farmacologica
2008	Anestesia e Chirurgia	Gestione del rischio clinico in ambito anestesiológico
	Autolesionismo/Eterolesionismo	Gestione della contenzione del paziente anziano in ambito ospedaliero
2009	Soluzioni concentrate di cloruro di potassio	Miglioramento della sicurezza dei farmaci ad alto rischio
	Anestesia e Chirurgia	Identificazione dell'intervento chirurgico in paziente corretto, con procedura corretta, in parte del corpo corretta
	Caduta paziente	Riduzione del rischio di danno al paziente in seguito a caduta in ambito ospedaliero
2010	Caduta paziente	Riduzione del rischio di danno al paziente in seguito a caduta in ambito ospedaliero (prosecuzione 2009)
	Identificazione del paziente	Introduzione del braccialetto identificativo del paziente in PS
	Anestesia e Chirurgia	Gestione sicura di un paziente sensibile/allergico al latte
	Emergenze pediatriche	Gestione dell'emergenza neonatale in sala parto
2011	Infezioni correlate alla pratica assistenziale	Prevenzione e riduzione delle infezioni correlate alla pratica assistenziale
	Identificazione del paziente	Identificazione corretta del paziente (prosecuzione dal 2010)
	Farmaci- Farmaci L.A.S.A Farmacovigilanza	Prevenzione degli errori in terapia farmacologica
	Anestesia e Chirurgia	Sicurezza in anestesia e chirurgia: Gestione del rischio in ambito anestesiológico; introduzione del time out chirurgico (integrazione progetti 2008 - 2009)

TABELLA N. 2

AOVV ATTIVITÀ RISK MANAGEMENT ANNI 2012-2015		
ANNO	AREA DI RISCHIO	PROGETTI OPERATIVI
2012	Farmaci- Farmaci L.A.S.A Farmacovigilanza	Prevenzione degli errori in terapia farmacologica (prosecuzione 2011)
	Anestesia e Chirurgia	Sicurezza in anestesia e chirurgia: Gestione del rischio in ambito anestesiológico; introduzione del time out chirurgico (integrazione progetti 2008 - 2009) (prosecuzione 2011)
	Travaglio/Parto	Prevenzione del rischio in ambito ostetrico: procedura per la prevenzione della morte materna correlata a travaglio e parto
	Emergenze pediatriche	La gestione dell'emergenza neonatale in sala parto (aggiornamento procedura 2010)
2013	Farmaci- Farmaci L.A.S.A Farmacovigilanza	Prevenzione degli errori in terapia farmacologica (prosecuzione 2011)
	Travaglio/Parto	Prevenzione del rischio in ambito ostetrico: percorsi assistenziali per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto (prosecuzione 2012)
	Sepsi	Prevenzione e gestione della sepsi (PDTA)
	Autolesionismo/Eterolesionismo	Gestione della contenzione in ambito ospedaliero (aggiornamento procedura 2008)
	Suicidio paziente	La prevenzione del suicidio di paziente in ospedale
2014	Travaglio/Parto	Gestione delle complicanze dalla gravidanza: percorso assistenziale per la donna con minaccia di parto pretermine
	Sepsi	Prevenzione e gestione della sepsi (PDTA) (prosecuzione 2013)
	Triage in PS o C.O.118	Triage ospedaliero di Pronto Soccorso
	Documentazione Sanitaria	Revisione della procedura aziendale "Cartella clinica: struttura e compilazione"
2015	Travaglio/Parto	Interventi assistenziali nel percorso nascita
	Triage in PS o C.O.118	Triage ospedaliero di Pronto Soccorso (prosecuzione 2014)
	Infezioni correlate alla pratica assistenziale	Igiene delle mani e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza
	Farmaci antineoplastici	La sicurezza del paziente oncologico e la terapia con farmaci antineoplastici
	Atti di violenza a danno degli operatori sanitari	La sicurezza dei lavoratori: come prevenire gli atti di violenza sul lavoro

### 1.3 Dati dell'andamento del rischio e della sinistrosità dell'ultimo triennio

Per la definizione delle azioni del primo Piano di Risk Management 2016 dell' ASST Valtellina e Alto Lario non si può prescindere dall'analisi dei dati desumibili dall'attività aziendale di monitoraggio di eventi avversi accaduti o evitati (*near miss*), eventi sentinella e dei sinistri dell' A.O.V.V.

Nella tabella n.3 sono messi a confronto i dati quantitativi delle segnalazioni spontanee e dei near miss del triennio 2013-2015 e nelle tabelle 4 e 5 il dettaglio della classificazione degli infortuni e degli eventi sentinella secondo la codifica del Ministero della Salute.

TABELLA N. 3

SEGNALAZIONI SPONTANEE EVENTI E NEAR MISS	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015
CADUTE PAZIENTI	360	310	278
CADUTE VISITATORI	6	10	5
INFORTUNI	152	143	146
ERRORI/NEAR MISS DI TERAPIA	/	/	5
ERRORI E NEAR MISS IN SALA OPERATORIA	/	/	7
EVENTI SENTINELLA (alcuni coincidenti con le altre segnalazioni)	3	8	10
EVENTI CRITICI O TRIGGER IN OSTETRICIA	Progetto partito a maggio 2015		48 (*)
ALTRI EVENTI AVVERSI	/	/	4
(*) pervenute n° 24 schede di segnalazione			

TABELLA N. 4

CLASSIFICAZIONE INFORTUNI	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015
Rischio biologico	51	49	50
Rischio chimico	3	0	0
Rischio da movimentazione	9	14	9
Altri rischi	89	80	87

TABELLA N. 5

CLASSIFICAZIONE EVENTI SENTINELLA		ANNO		
CODICE	DESCRIZIONE	2013	2014	2015
2	Procedura in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte )	1		1
7	Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto		1	
9	Morte o grave danno per caduta di paziente		6	1
10	Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale	2		
12	Atti di violenza a danno di operatore		1	4
15	Morte o grave danno imprevisti a seguito dell'intervento chirurgico			3
16	Ogni ALTRO evento avverso che causa morte o grave danno			1



Per quanto riguarda la tipologia di eventi avversi rilevati nel corso dell'ultimo triennio con i sistemi di segnalazione e di registrazione infortuni, si rileva che una buona parte hanno riguardato, cadute di varie natura e infortuni ad operatori. Nell'ultimo anno sono pervenute altresì alcune segnalazioni spontanee di near miss in area chirurgica e alcuni segnalazioni di errori in terapia farmacologica. Pur trattandosi di piccoli numeri e di eventi prognosticamente non particolarmente gravi, tali fattispecie costituiscono comunque un segnale da prendere in considerazione e tali segnalazioni denotano una maggior sensibilità da parte degli operatori alla comunicazione degli eventi per consentirne un'analisi approfondita e l'implementazione di azioni correttive.

La segnalazione dei trigger in ostetricia è stata introdotta in Azienda dal mese di maggio 2015 in via sperimentale attraverso la *Scheda di segnalazione di eventi critici o "trigger in ostetricia"* per migliorare il monitoraggio e la gestione del rischio nei punti nascita, considerando eventi materni, fetali/neonatali e organizzativi/strutturali, come da classificazione presentata nell'ambito della formazione regionale. Nella tabella n.6 si riporta la classificazione dei trigger segnalati nel periodo maggio – dicembre 2015.

TABELLA N. 6

CLASSIFICAZIONE TRIGGER: TIPOLOGIA DI EMERGENZA OSTETRICA GESTITA					
Eventi materni	N°	Eventi fetali/neonatali	N°	Eventi organizzativi/strutturali	N°
Cistotomia accidentale	1	Apgar score <7 a 5 min	4	Assenza di personale di comparto	1
Distocia di spalla	1	Neonato a termine ricoverato in neonatologia	2	Disaccordo nella gestione del caso	2
Emorragia > 1500 ml	6	Ph ombelicale <7.0 arterioso o <7.1 venoso	1	Potenziale reclamo dell'utente	1
Emotrasfusione >= 3 unità	4	Tempo maggiore di 30 minuti per taglio cesareo in emergenza	1	Violazione delle procedure/protocolli aziendali	1
Isterectomia /laparotomia/embolizzazione	2	Trasferimento in terapia intensiva neonatale	6		
Lacerazioni di IV grado	3	Ventosa o forcipe adoperati senza successo	1		
Necessità di ricovero dopo dimissione	2				
Ricovero in terapia intensiva	1				
Ritorno in sala operatoria	4				
Scoppio vagina	1				
Taglio cesareo in codice rosso	1				

Per quanto riguarda il dato di sinistrosità il dato quantitativo delle richieste di risarcimento danni nel triennio 2013-2015 di A.O.V.V. è riportato nella tabella n.7.

TABELLA N. 7

<b>CLASSIFICAZIONE SINISTRI</b>	<b>Anno 2013</b>	<b>Anno 2014</b>	<b>Anno 2015</b>
CADUTA	0	4	2
DANNEGGIAMENTO COSE	1	4	3
DANNEGGIAMENTO PERSONE	0	1	1
ERRORE ANESTESIOLOGICO	0	1	0
ERRORE CHIRURGICO	15	10	13
ERRORE DIAGNOSTICO	14	8	5
ERRORE PROCEDURE INVASIVE	1	1	0
ERRORE TERAPEUTICO	1	1	2
INFEZIONI	3	0	1
INFORTUNIO	1	1	1
LIVELLO DI SERVIZIO	3	3	4
MATERIALE DIFETTOSO	1	2	1
NON IDENTIFICATO	1	0	1
SMARRIMENTO	1	0	2
<b>Totale complessivo</b>	<b>42</b>	<b>36</b>	<b>36</b>

L'analisi dei dati di monitoraggio dei sinistri non ha evidenziato sostanziali differenze con gli anni passati sia nel numero sia nella tipologia. Dall'analisi dell'andamento della sinistrosità attraverso i report di Benchmarking del Sistema Sanitario Regionale 10<sup>a</sup> edizione dati aggiornati al 31/12/2014 si rileva che i dati aziendali sono al di sotto della media regionale, in particolare per le cadute e per gli errori diagnostici e errori terapeutici in area medica. Per i danneggiamenti accidentali si evidenzia un valore in aumento rispetto alla media regionale, anche per eventi classificati come rischio clinico in ortopedia e traumatologia si riscontra un lieve aumento rispetto alla media regionale. I risultati riferiti all'area chirurgica e ostetrico ginecologica sono al di sotto della media regionale con un decremento rispetto alla 9<sup>a</sup> edizione.

#### 1.4 Raccomandazioni Ministeriali: stato di implementazione

Dal 2012 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. L'attività di valutazione, effettuata attraverso questionario e Check list specifici per ciascuna Raccomandazione quali guide funzionali, è finalizzata a rendicontare lo stato di applicazione delle stesse e ad individuare le aree di miglioramento continuo della qualità e della sicurezza.

Nella tabella n.8 sono rappresentati i dati dell'autovalutazione effettuata a maggio 2015 da A.O.V.V.; le percentuali riportate si riferiscono allo stato di implementazione/applicazione al 31/12/2014 per il punteggio SI >95%.

TABELLA N. 8

<b>Applicazione delle 16 Raccomandazioni Ministeriali calcolata sul totale delle strutture in cui è applicabile</b>			
<b>1 KCL</b> 88%	<b>2 GARZE</b> 88%	<b>3 ID PAZIENTE</b> 67%	<b>4 SUICIDIO</b> 37%
<b>5 A B O</b> 100%	<b>6 MORTE MATERNA</b> 84%	<b>7 FARMACI</b> 95%	<b>8 VIOLENZA</b> 23%
<b>9 DISPOSITIVI</b> 72%	<b>10 OSTEONECROSI</b> 93%	<b>11 TRASPORTI</b> 52%	<b>12 L.A.S.A.</b> 72%
<b>13 CADUTE</b> 82%	<b>14 ANTIBLASTICI</b> 65%	<b>15 TRIAGE</b> No C. list	<b>16 NEONATO</b> No C. list

## 1.5 Piano Annuale di Risk Management

Considerando i contenuti dettati in linea principale dalla circolare n. 46/SAN del 27.12.2004, allo scopo di rafforzare il sistema di Risk Management attraverso le fasi di: *“identificare, analizzare, valutare, comunicare, eventualmente eliminare e monitorare i rischi associati a qualsiasi attività o processo in modo da rendere l’organizzazione capace di minimizzare le perdite e massimizzare le opportunità”*, la pianificazione dell’attività di Risk Management per l’anno 2016 prende a riferimento:

- le linee di intervento adottate negli anni da A.O.V.V.
- i dati dell’andamento del rischio e della sinistrosità dell’ultimo triennio di A.O.V.V.
- lo stato di implementazione/applicazione delle 17 Raccomandazioni del Ministero della Salute per la prevenzione degli eventi sentinella e in materia di rischio clinico
- le indicazioni per la gestione del rischio clinico dettate da Regione Lombardia tramite le Linee Guida attività di Risk Management anno 2016
- gli obiettivi WHO e gli standard di qualità e sicurezza del paziente monitorati attraverso la Check list di Autovalutazione regionale
- le indicazioni della D.G.R. 5 giugno 2015 - n. X/3652 Determinazioni relative al «Programma integrato di miglioramento dell’organizzazione (PIMO)» .

Il Gruppo per la gestione del rischio nella prima riunione per l’anno 2016, analizzati i dati di rischio e, tenuto conto delle aree tematiche prioritarie indicate da Regione Lombardia con la nota n. G1.2015.0022753 del 31/12/2015, in relazione alle risorse finanziarie, tecnologiche e umane disponibili e alle priorità derivanti dalla riorganizzazione a seguito della Legge Regionale 23/2015, ha condiviso di sviluppare progetti per le seguenti aree di rischio:

- rischio in ostetricia e ginecologia
- rischio nel processo trasfusionale
- rischio da farmaci antineoplastici
- rischio per atti di violenza a danno degli operatori sanitari
- altri rischi: consolidamento delle attività degli anni precedenti.

I progetti operativi, inseriti nel Piano di Risk Management 2016, sono finalizzati pertanto ad introdurre e/o consolidare cambiamenti organizzativi, generando e sostenendo la cultura del miglioramento continuo come indicato negli indirizzi regionali in materia di PIMO e a migliorare la qualità e la sicurezza delle pratiche clinico assistenziali e gestionali. Gli ambiti del PIMO, presi a riferimento per il miglioramento e creare valore riguardano principalmente l’organizzazione (gestione del rischio clinico; gestione del contenzioso), le risorse umane (sicurezza del posto di lavoro, infortuni e sorveglianza sanitaria; rilevazione e programmazione dei fabbisogni formativi;

valutazione e sviluppo delle competenze), e l'autovalutazione standard di qualità e sicurezza del paziente (riesame delle autovalutazioni).

Per ciascun progetto sono indicati la motivazione della scelta, l'area di rischio, l'ambito di intervento, l'obiettivo specifico, gli strumenti e metodi, le azioni da realizzare, la durata i risultati e relativi indicatori ed è presente un cronoprogramma.

I progetti operativi individuati a livello aziendale vengono di seguito descritti tenuto conto dell'Area di Rischio.

### 1.5.1 Rischio in Ostetricia e Ginecologia

La tutela della salute della donna, dei diritti della partoriente e della salute del neonato costituiscono un impegno di valenza strategica dei sistemi socio-sanitari per il riflesso che gli interventi hanno sulla qualità del benessere psico-fisico nella popolazione generale attuale e futura. Le regole di sistema e le Linee Guida regionali di Risk Management anno 2016 evidenziano che la continuità assistenziale e il corretto passaggio di informazioni tra le varie fasi del processo assistenziale della gravidanza/travaglio/parto/nascita e puerperio rappresentano l'aspetto fondamentale per incrementare i livelli di sicurezza per madri e neonati. Individuano come prioritaria la realizzazione di progetti nell'area materno infantile con ricostruzione della filiera erogativa fra ospedale e territorio al fine di evitare la frammentazione dei processi di cura e dei servizi per dare attuazione concreta alla Legge Regionale 23/2015 "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo".

Con il progetto dal titolo: - **Rimodulazione del percorso nascita: collegamento ospedale-territorio e monitoraggio "Trigger in ostetricia"** – si intende:

- Ricostruire la filiera erogativa fra ospedale e territorio nell'area materno infantile e definire percorsi specifici per la presa in carico della partoriente a basso rischio con minor carico di cura (protocollo integrato di presa in carico della donna, della coppia genitoriale e della diade madre/figli, percorso di presa in carico della partoriente presso il termine nei Punti Nascita, cartella unica integrata)
- Migliorare le competenze dei professionisti dell'equipe inserita nel percorso nascita, attraverso specifici percorsi formativi e l'analisi di eventi critici o trigger in ostetricia tramite audit clinici.

### 1.5.2 Rischio nel processo trasfusionale

Il Dipartimento di Medicina Trasfusionale e di Ematologia (DMTE) da anni, attraverso linee guida e procedure, condivise con il Comitato per il Buon Uso del Sangue, ha migliorato continuamente il processo trasfusionale in conformità alla rigorosa prescrizione nazionale e regionale e nel rispetto della Raccomandazione Ministeriale n° 5 “Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO”. Ha adottato misure e strumenti per incrementare la sicurezza e l’efficacia nelle varie fasi del complesso iter trasfusionale attraverso l’introduzione di tecnologie che automatizzano e standardizzano il processo trasfusionale garantendone la totale tracciabilità.

La sperimentazione di sistemi per la sicurezza al letto del paziente candidato alla trasfusione attualmente in uso in due reparti pilota, funge non solo da barriera per impedire l’errore di identificazione, ma anche da strumento per estendere l’informatizzazione del processo trasfusionale al reparto dove la terapia trasfusionale viene effettuata e soprattutto ai reparti in cui il consumo di emocomponenti è di maggiore entità.

Il progetto dal titolo “**Sicurezza della trasfusione**” è finalizzato a migliorare alcune fasi del processo trasfusionale e ad adeguarlo al recente Decreto Ministero della Salute 2 novembre 2015 “Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti” ed in particolare all’ art. 25 “Sicurezza della trasfusione” e all’Allegato VII “Procedure per garantire la sicurezza della trasfusione”.

Le nuove disposizioni vanno applicate al sangue e agli emocomponenti a garanzia di elevati livelli di qualità e sicurezza del sangue e dei suoi prodotti e delle prestazioni di medicina trasfusionale, in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale.

Al fine di prevenire errori che possono comportare reazioni avverse alla trasfusione, con particolare riguardo alla prevenzione delle reazioni da incompatibilità ABO, gli obiettivi del progetto biennale sono:

- l’adozione/adeguamento delle procedure di identificazione ed abbinamento univoco del paziente, dei campioni per le indagini pre-trasfusionali e delle unità di emocomponenti da trasfondere, in conformità a quanto prescritto dall’Allegato VII del Decreto Ministeriale 2 novembre 2015 “*Procedure per garantire la sicurezza della trasfusione*”
- l’estensione dell’informatizzazione del processo trasfusionale dal SIMT ad alcune strutture aziendali coinvolte nel processo di cura del paziente
- la formazione del personale
- l’attività di verifica sul processo trasfusionale.

### 1.5.3 Rischio da farmaci antineoplastici

Anche per il 2016 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.

Il progetto dal titolo *“La sicurezza del paziente oncologico e la terapia con farmaci antineoplastici”* è la prosecuzione del progetto inserito nel Piano annuale di Risk Management 2015 di A.O.V.V. ed è finalizzato a migliorare la sicurezza e standardizzare il percorso dei pazienti oncologici. L'Azienda, attraverso il gruppo per la gestione del rischio, ha sentito la necessità di rivedere il proprio modello organizzativo, tenuto conto delle informazioni raccolte a febbraio 2015 sulla gestione del paziente in corso di terapia con farmaci antineoplastici, attraverso apposito questionario regionale. Considerato quanto indicato nella Raccomandazione Ministero Salute n°14 del novembre 2012 “Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici” attraverso il progetto per l'annualità 2016 e 2017 verrà analizzato e aggiornato il processo in essere di gestione dei farmaci antineoplastici per le fasi relative a: approvvigionamento, immagazzinamento, conservazione e gestione delle scorte, prescrizione del farmaco, la sua preparazione, conservazione e somministrazione. Per la fase di somministrazione verrà inoltre posta particolare attenzione alla gestione della terapia al domicilio nell'ottica del percorso di continuità assistenziale ospedale-territorio. Visto il contesto territoriale in cui opera l'Azienda, le modalità per l'erogazione delle cure e che non è centralizzata la preparazione e distribuzione dei farmaci antineoplastici, l'obiettivo specifico è migliorare il percorso del paziente oncologico nelle Strutture afferenti al Dipartimento Interaziendale Provinciale Oncologico (D.I.P.O.) e la gestione dei farmaci antineoplastici, tenuto conto dei rischi connessi a tale terapia e dei danni che possono derivare da eventuali errori degli operatori e del paziente/utente presso il proprio domicilio.

Le attività previste per questa annualità sono:

- ricerca e studio bibliografia scientifica, Raccomandazione Ministeriale e riferimenti normativi
- attività di gruppo per analizzare il processo in essere di gestione dei farmaci antineoplastici con condivisione delle modalità di approvvigionamento, immagazzinamento, conservazione e gestione delle scorte. Aggiornamento della fase di presa in carico del paziente
- condivisione delle regole per la gestione dei farmaci antineoplastici nelle fasi di: approvvigionamento, immagazzinamento, conservazione e gestione delle scorte
- formazione del personale.

#### 1.5.4 Rischio per atti di violenza a danno degli operatori sanitari

Il progetto dal titolo” *La sicurezza dei lavoratori: come prevenire gli atti di violenza sul lavoro*” è la prosecuzione del progetto inserito nel Piano Annuale di Risk Management anno 2015 di A.O.V.V. Il Gruppo per la gestione del rischio, considerato l'evento sentinella verificatosi nel 2014 e, successivamente, i dati di monitoraggio per l'implementazione delle Raccomandazioni del Ministero della Salute, ha condiviso di approfondire la tematica, prendendo a riferimento la Raccomandazione Ministeriale n. 8 - *Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari*-. Il rischio di subire atti di violenza per infermieri e operatori della sanità è più elevato rispetto ad altri lavoratori che operano in contatto diretto con l'utenza, in quanto derivante dalla tipologia dei servizi erogati, dalle situazioni di emotività e di disagio sia del paziente stesso che dei familiari. Gli atti di violenza rappresentano uno degli eventi sentinella da gestire e segnalare in quanto sono indicativi di situazioni di rischio o di vulnerabilità che richiedono l'adozione di opportune misure di prevenzione e protezione dei lavoratori. I dati del 4° Rapporto di monitoraggio degli eventi sentinella del Ministero della Salute, relativi al periodo 2005/2011, mettono in evidenza che gli eventi sentinella segnalati per atti di violenza a danno degli operatori sanitari sono pari a 9%. Per Regione Lombardia tale evento rappresenta il 7% delle segnalazioni gestite nel sistema SIMES. La formazione diventa lo strumento per presentare al personale i rischi potenziali, per orientarlo a seguire determinate procedure relazionali per proteggere sé stessi ed i colleghi da atti di violenza e per far emergere il senso di fiducia nell'affrontare situazioni di aggressività e di stress che solitamente accompagna un evento.

Il progetto per questa annualità alla luce dei 4 eventi segnalati e analizzati nel 2015 nonché della formazione effettuata prevede:

- l'analisi dati 5° Rapporto Ministero Salute 2005 - 2012, analisi eventi sentinella regionali e aziendali l'analisi degli infortuni (compreso le strutture/servizi derivanti dalla fusione per incorporazione a seguito della legge Regionale 23/2015)
- l'attività di audit sugli episodi di violenza segnalati
- la definizione di misure organizzative di prevenzione e controllo nelle strutture che hanno segnalato episodi di violenza
- la formazione degli operatori.



## 1.6 Consolidamento attività

### 1.6.1 Rischio infezioni correlate all'assistenza (igiene delle mani)

Le infezioni correlate all'assistenza sono causa di elevata morbosità e talora mortalità durante l'assistenza sanitaria comportando un peso nei bilanci economici sia in relazione alle terapie da instaurare sia in relazione all'aumento delle giornate di degenza. L'Azienda, ha recepito le LG della OMS sul lavaggio delle mani, ha da tempo introdotto i preparati idro-alcologici, ha distribuito in tutte le strutture la cartellonistica del Ministero della Salute tesa a ricordare agli operatori le occasioni e le modalità corrette per il lavaggio delle mani, ha promosso con la formazione e l'informazione (Progetto Risk Management anno 2011 e 2015) le corrette pratiche per l'igiene delle mani.

In particolare nel 2015 il gruppo di lavoro multidisciplinare, costituito con delibera n°636/2015, a fronte degli esiti dell' **Autovalutazione**, effettuata tramite lo strumento della WHO proposto dal titolo "Framework per l'autovalutazione 2010", che hanno evidenziato un punteggio totale di 230/500 e che colloca l'A.O.V.V. nel livello "Base" di promozione e pratica di igiene delle mani con riferimento al periodo 2013 – 2014 ha:

- predisposto il **"Piano di miglioramento igiene delle mani"** tenuto conto dell'analisi qualitativa e quantitativa dei risultati dell'Autovalutazione sopra richiamata, con sviluppo di strategie di promozione sulla pratica di igiene delle mani da realizzare entro il 30 aprile 2016
- elaborato un progetto di comunicazione, finalizzato a promuovere la pratica di igiene delle mani e aumentare l'efficacia delle misure di prevenzione in atto, per accrescere la consapevolezza negli operatori sanitari, nei pazienti, nei familiari e nei caregiver che l'adeguatezza dell'igiene delle mani è un fattore centrale e determinante per ridurre il rischio di infezioni associate all'assistenza sanitaria.

Le attività pianificate per questa annualità sono pertanto:

- l'implementazione del **"Piano di miglioramento igiene delle mani"** attraverso la realizzazione delle azioni di miglioramento e del **"Progetto originale di comunicazione"**
- confronto sulla tematica con i referenti del Presidio di Menaggio e dei Distretti sanitari del territorio di competenza dell'Azienda
- la formazione del personale infermieristico dedicato all'osservazione dell'aderenza all'igiene delle mani allo scopo di condurre osservazioni durante le procedure assistenziali in coerenza con quanto previsto dal Manuale OMS
- la prosecuzione della formazione del personale di specifiche aree individuate sulla base dei dati epidemiologici (Chirurgia Generale e Ortopedia) in tutti i presidi ospedalieri aziendali

- l'osservazione dell'aderenza all'igiene delle mani nelle specifiche aree individuate (Chirurgia Generale e Ortopedia) pre e post formazione, in tutti i presidi ospedalieri aziendali
- la definizione di livelli di responsabilità delle figure coinvolte nel processo per migliorare l'adesione all'igiene delle mani.

### 1.6.2 Rischio sepsi

L'Azienda nel 2013 ha elaborato il PDTA per la "Identificazione e gestione precoce del paziente con sepsi severa/shock settico" e realizzato una serie di interventi correttivi conseguenti alle criticità riscontrate applicando la Check List organizzativa. Nel 2014 il PDTA è stato diffuso e revisionato. Nel 2014 è stato costruito un corso FAD "Strategie integrate per ridurre la mortalità ospedaliera associata alla sepsi grave", rispondente a quanto definito dal D.D.G. 5 agosto 2013 - n. 7517 Approvazione del documento tecnico "*Strategie integrate per ridurre la mortalità ospedaliera associata alla sepsi grave*" al capitolo "Interventi per la formazione". Il contenuti del corso hanno tenuto in considerazione la realtà organizzativa Aziendale e i documenti Aziendali emessi sull'argomento nel 2013.

Nel corso del 2015, è stata monitorata l'aderenza al PDTA nei reparti di Terapia Intensiva e di Medicina attraverso la "*Scheda valutazione di aderenza al PDTA in caso di sospetta sepsi severa e shock settico*" allegata al Decreto 7517 del 5 agosto 2013 che approva il documento tecnico "Strategie integrate per ridurre la mortalità ospedaliera associata alla sepsi grave"

Nel corso del 2015 è stata inoltre completata la formazione del personale sanitario dei dipartimenti non coinvolti nella formazione nel 2014.

Le attività previste per il 2016, in conformità alle Linee Guida attività di Risk Management, e tenuto conto della riorganizzazione aziendale sono rappresentate dall'effettuazione delle seguenti attività di audit per la raccolta degli indicatori di processo:

- aderenza alle linee guida della "Surviving Sepsis Campaign" (SSC) nelle prime 6h (audit sulle cartelle cliniche dei casi di sepsi severe/shock settico e relative schede nel periodo di riferimento rispetto alle raccomandazioni delle Linee Guida SSC e al PDTA Aziendale), la valutazione dell'aderenza al PDTA sulla sepsi severa/shock settico verrà effettuata sulle Terapie Intensive dei Presidi di Sondrio, Sondalo e Menaggio
- rilevazione del numero totale di richieste in associazione: emocolture più dosaggio lattati, in assenza di ulteriori indicazioni regionali verrà effettuata sui casi controllati in merito all'aderenza ai PDTA.

### 1.6.3 Rischio da Farmaci, Farmaci L.A.S.A., Farmacovigilanza

L'Azienda negli anni (dal 2009 al 2013) ha elaborato procedure finalizzate a introdurre regole comportamentali per migliorare la sicurezza nell'utilizzo dei farmaci ad alto rischio e ha definito una politica per la gestione in sicurezza dei farmaci in tutte le fasi del processo (dall'approvvigionamento alla segnalazione di eventi avversi).

Annualmente la Farmacia Aziendale effettua verifiche a campione nelle strutture per monitorare l'aderenza dei comportamenti degli operatori ed individuare eventuali miglioramenti. Sono stati effettuati inoltre eventi formativi specifici o presentate relazioni in convegni finalizzati a promuovere la cultura della sicurezza del paziente e l'importanza della segnalazione degli eventi avversi alla terapia farmacologica.

Nel 2016 la Farmacia Aziendale, oltre a garantire i controlli a campione nel rispetto di un programma definito, in conformità con le Linee Guida attività di Risk Management 2016 e tenuto conto della Raccomandazione Ministeriale n° 17 "**Raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica**", presenterà ed addestrerà, tramite incontri programmati con le diverse Strutture, medici e infermieri del presidio di Menaggio all'utilizzo del sistema informatizzato di informazione sul farmaco Terap®.

Il sistema, accessibile tramite rete intranet aziendale a tutti gli operatori sanitari ed utilizzato dalla Struttura di Farmacia Aziendale per la gestione ed aggiornamento del Prontuario Terapeutico, garantisce la disponibilità, il costante aggiornamento ed il rapido accesso a tutte le informazioni indispensabili ai fini sia dell'appropriatezza prescrittiva che dell'appropriatezza e sicurezza d'uso dei medicinali. Il sistema infatti mette a disposizione strumenti atti a favorire un attento controllo e monitoraggio delle terapie farmacologiche, compreso il processo di riconciliazione della terapia farmacologica, quali ad esempio:

- scheda tecnica di tutti i medicinali autorizzati in Italia
- note Informative Importanti AIFA
- modulo "Interazioni Farmacologiche", sviluppato dall'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, che consente direttamente al momento della prescrizione o riconciliazione della terapia farmacologica, l'immediata verifica del grado e della rilevanza clinica dell'interazione
- modulo per switch tra medicinali con medesimo principio attivo
- schede di educazione al paziente.

Tale attività è finalizzata a far conoscere lo strumento ai nuovi utilizzatori, aumentare la consapevolezza dell'importanza di utilizzare una sezione del sistema per effettuare la riconciliazione terapeutica e implementare misure atte a prevenire gli errori in terapia tenuto conto della fase di

ricognizione (raccolta dati di terapia assunta) e riconciliazione (confronto con la terapia) nei momenti in cui il paziente viene ricoverato, dimesso o trasferito tra reparti della stesso ospedale o ad altra struttura ospedaliera o extraospedaliera (territoriale). La letteratura sottolinea che nei momenti cosiddetti di "Transizione di cura" rappresentati dal ricovero del paziente in ospedale e dalla sua dimissione, dal suo trasferimento tra reparti nello stesso presidio o ad altro presidio/altro ospedale gli errori in terapia, correlati a discrepanze non intenzionali, possono causare danni al paziente con un prolungamento della degenza o ricoveri ripetuti e l'impiego di ulteriori risorse sanitarie.

#### 1.6.4 Sistema di segnalazione eventi avversi e near miss

Facendo riferimento alle "Linee guida per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in Sanità" del Ministero della Salute emanato nel 2011 si è cercato negli anni di sensibilizzare gli operatori a segnalare eventi avversi e near miss in aree di rischio dove si possono determinare danni più rilevanti per i pazienti. Al momento, sulla base delle informazioni presenti per A.O.V.V., si riscontra una scarsa adesione alla segnalazione spontanea ad eccezione delle cadute e degli infortuni; non è presente uno strumento informatizzato per la gestione degli eventi avversi e pertanto le segnalazioni sono documentate su supporto cartaceo e monitorate attraverso report creati con fogli elettronici in Excel. Alla luce della complessità dell'Azienda derivante dalla nuova riorganizzazione delle attività, ci si propone di rivedere il modello di gestione delle segnalazioni per migliorare la pianificazione delle attività di Risk Management e, attraverso la formazione, di aumentare la consapevolezza negli operatori dell'importanza di "imparare dagli errori".

#### 1.6.5 Rischio in ambito chirurgico e anestesiologicalo

Attraverso specifici progetti sviluppati negli anni con attività di miglioramento della qualità e di gestione del rischio, l'Azienda ha messo in atto strategie per rendere più sicura l'attività pre-intra-post-operatoria e per garantire al paziente chirurgico procedure chirurgiche ed anestesiologicalhe appropriate, sicure, standardizzate. Nel 2016 si vuole promuovere maggiormente la segnalazione dei near miss e degli errori in sala operatoria e l'analisi delle stesse nell'ambito degli incontri del Gruppo per la gestione del rischio. Si intende inoltre aggiornare alcuni documenti richiamati nella procedura aziendale "*Procedura per la sicurezza in sala operatoria*" formalizzata a dicembre 2013 e proseguire nell'analisi della completezza e chiarezza della documentazione sanitaria, nonché l'analisi sulla corretta compilazione della check list di sala operatoria in tutti i blocchi operatori aziendali attraverso il gruppo di controllo interno aziendale (NIC). Si prevede inoltre di agire sulla

formazione dei professionisti per garantire all'infermiere neo assunto/neo assegnato le competenze "esperte" (conoscenze, abilità tecniche e i comportamenti necessari per far parte attiva delle équipes operatorie delle chirurgie specialistiche) per l'esercizio della professione nel blocco operatorio (servizio "esterno", "servizio sala" e "strumentista"). Pertanto verrà ridefinito il percorso formativo (formazione sul campo) per l'inserimento/reinserimento, standardizzando il programma formativo a livello aziendale in termini di contenuti, ore di formazione e certificazione delle competenze acquisite.

#### 1.6.6 Rischio da cadute

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 è di individuare annualmente 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.

Per il 2016, oltre a integrare il GAD, si prevede di rivedere l'analisi del rischio di caduta e la dotazione aziendale degli ausili e presidi finalizzati alla protezione del paziente alla luce della riorganizzazione aziendale dettata dalla Legge regionale 23/2015 e delle misure di prevenzione introdotte negli ultimi anni. Queste ultime si sono basate su formazione, modifiche ambientali/strutturali e indicazioni dettate dalla procedura aziendale 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”*.

## **2. MONITORAGGI**

Si prosegue nell'implementazione delle attività promosse negli anni scorsi relativamente ai seguenti argomenti:

### **2.1 Monitoraggio degli Eventi Sentinella in SIMES**

Prosegue in azienda il monitoraggio costante degli eventi avversi integranti le Raccomandazioni ad oggi emanate in via definitiva in numero di 17 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 dal referente per l'Azienda del monitoraggio: Dott.ssa Nadia Cattalini. L'approfondimento dell'evento avviene attraverso incontri multidisciplinari che coinvolgono gli operatori interessati e le funzioni con competenze in materia di rischio clinico al fine di raccogliere informazioni, analizzare la documentazione clinica, individuare criticità e carenze, definire adeguate misure correttive condivise, indicare responsabilità e tempi di realizzazione.

### **2.2 Aggiornamento delle sezioni del DB regionale**

Entro il 31/01/2016 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 2015 con particolare attenzione alla valorizzazione delle riserve ed alla compilazione del campo "regime di trattamento" sinistri e a confermare a Regione Lombardia tramite autocertificazione.

Nel corso del 2016 si proseguirà nell'azione di monitoraggio, in linea con il percorso tracciato dalla Regione, rispettando la scadenza del 31/07/2016 per l'inserimento dei dati relativi al I semestre 2016, secondo le codifiche relative ai nuovi istituti regionali.

Con riferimento all'aspetto assicurativo si fa presente che questa azienda ha aderito al progetto regionale relativo alla quinta edizione della gara unica per la gestione del rischio sanitario nell'ambito della polizza RCT/RCO, assieme ad altre aziende lombarde. Dal 1° febbraio 2016 ha sottoscritto polizza RCT/O con la Società AM TRUST EUROPE che prevede una SIR (Self Insured Retention) di € 250.000,00. Tale polizza ha scadenza a gennaio 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 relativamente alla definizione dei sinistri è stata integrata con deliberazione n.889 del 15 luglio 2015.

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 provvederà a partire dal 1 gennaio 2016 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. Il criterio di identificazione delle parole chiave è associato alla possibilità di individuare eventuali ricorrenze di sinistri a livello locale (Aziendale) o globale (Regionale) e alla possibilità di individuare eventuali correlazioni con fasi e/o attività (es. parto vaginale operativo, parto cesareo, monitoraggio tracciato cardiocografico, ...).

Per 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. Nella tabella n. 9 sono riportate le parole chiave con la relativa definizione fornita da Regione Lombardia per favorire l'inquadramento del caso specifico.

TABELLA N. 9

PAROLE CHIAVE	DEFINIZIONE
<b>LESIONI IPOSSICO ISCHEMICHE</b>	Comprende morte, danno permanente o temporaneo nel feto/neonato.
<b>EMORRAGIA</b>	Perdite ematiche patologiche che avvengono in gravidanza, nel post-partum o nel post operatorio, fino a 42 giorni dal termine della gravidanza, qualsiasi esito essa abbia avuto. Compresa le emorragie durante IVG, aborto spontaneo, parto vaginale, parto vaginale operativo, parto cesareo.
<b>LESIONI DEL PAVIMENTO PELVICO</b>	Si intendono le lesioni perineali causate da un'episiotomia mediana o paramediana, lesioni dovute a lacerazioni spontanee dal I al IV grado che conducono a conseguenze fisiche o psicologiche nella donna.
<b>DISTOCIA DI SPALLA</b>	Si intende una complicanza del parto che provoca conseguenze sul neonato.
<b>PARTO VAGINALE OPERATIVO</b>	Si intende parto avvenuto per via vaginale attraverso l'applicazione di ventosa ostetrica sull'estremo cefalico o di forcipe ostetrico con o senza manovra di Kristeller, che determina danni neonatali e/o materni.
<b>TRACCIATO CARDIOTOCOGRAFICO (CTG)</b>	Comprende la presenza di caratteristiche del tracciato cardiocografico che deviano dalla normalità durante il monitoraggio.
<b>PARTO CESAREO</b>	Si intende parto per via addominale in elezione o emergenza che conduce a complicanze.
<b>DIAGNOSI PRENATALE</b>	Riguarda una omessa/ritardata/errata diagnosi prenatale che conduce poi a nascita di neonato con malformazioni non diagnosticate o non tempestivamente diagnosticate (ad esempio con conseguente impossibilità a decidere per una interruzione di gravidanza).

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

L'Azienda, come già nel 2015, parteciperà agli incontri organizzati dal raggruppamento di appartenenza con coordinatore l'Avv. Giacomo Rossi dell'Ospedale di Legnano sino al 31 marzo 2016. Successivamente l'attività proseguirà nel nuovo 1° raggruppamento (ATS Insubria - ATS Montagna) composto da professionisti medico legali e professionisti legali rivisto alla luce della costituzione delle nuove ATS e ASST.

In particolare, continuerà il confronto in merito alle diverse procedure per la gestione dei sinistri e la condivisione dei singoli casi. Le fattispecie di maggior interesse e con profili peculiari saranno, come di consueto, sottoposte all'attenzione del tavolo regionale. È in corso l'elaborazione di un protocollo d'intesa tra le diverse aziende del raggruppamento per la creazione di un elenco di specialisti cui attingere ai fini dell'attività istruttoria inerente ai sinistri (giudiziale e stragiudiziale).

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

#### **4.2 Gruppo per la gestione del rischio**

In Azienda verrà data continuità all'attività del gruppo multidisciplinare di gestione del rischio, costituito da professionisti provenienti da diverse aree di specializzazione e con differenti competenze. Alla luce della riorganizzazione aziendale dettata dalla Legge Regionale 23/2015 il gruppo è stato ampliato coinvolgendo altre figure provenienti dal territorio, consentendo così una proficua contaminazione culturale sul modello organizzativo aziendale. Il gruppo coordinato dalla Struttura Miglioramento Continuo della Qualità e Gestione del Rischio si pone l'obiettivo di studiare e monitorare il livello di rischio per implementare principalmente misure di prevenzione del rischio clinico attraverso specifici progetti di miglioramento di nuova introduzione o di consolidamento/aggiornamento di misure preventive già introdotte. Saranno verbalizzati tutti gli incontri per poterne rendicontare il numero a fine anno. Il gruppo sarà coinvolto nell'approfondimento dei dati dei report di benchmarking inviati da Regione Lombardia e degli



eventi avversi. Nella figura n. 1 sono rappresentate le aree di specializzazione dei componenti del gruppo nonché le attività svolte.

Figura N. 1



## 5. ASCOLTO E MEDIAZIONE TRASFORMATIVA

L'attivazione e l'utilizzo del Servizio di Ascolto e Mediazione dei conflitti ad oggi risulta limitato, non essendo sufficientemente utilizzato nonostante l'impegno proficuo dell'Azienda per formare i mediatori e informare gli operatori sanitari ed anche i cittadini dell'opportunità di rivolgersi al Servizio. Nel corso degli anni il Servizio è stato infatti presentato attraverso comunicati stampa e articoli pubblicati nei principali giornali locali, mediante interventi formativi aziendali, newsletter. Considerando fondamentale l'obiettivo di 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, si ritiene opportuno nel 2016 agire realizzando incontri con i professionisti delle strutture Affari Generali e Legali, URP, Risk Manager e i Mediatori Aziendali congiuntamente alla Direzione Generale, Sanitaria e Socio-Sanitaria, allo scopo di implementare una cultura che ponga la mediazione

trasformativa quale risorsa per i cittadini ed i sanitari, centrata sull'ascolto empatico, che considera la dimensione umana del conflitto, ed è protesa al recupero della fiducia tra il singolo e l'istituzione sanitaria. L'obiettivo degli incontri sarà la condivisione di un nuovo modello organizzativo sul "Percorso di mediazione" da presentare all'utente e a tutte le parti interessate.

Tale aspetto risulta essere particolarmente rilevante anche alla luce dei nuovi cambiamenti organizzativi e della nuova risorsa di Mediatore proveniente dalla ex ASL Como.

## **6. DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

Come condiviso nella riunione del Gruppo per la gestione del rischio, nel corso del 2016 nell'ambito dell'attività di autocontrollo delle cartelle cliniche, svolto sistematicamente secondo le indicazioni regionali, il gruppo di controllo interno aziendale (NIC) effettuerà un'analisi della completezza e chiarezza della documentazione sanitaria, in particolare riguardo ai casi di infezioni correlate alla pratica assistenziale e all'area ostetrica, nonché l'analisi sulla corretta compilazione della check list di sala operatoria in tutti i blocchi operatori aziendali.

## **7. EVENTI FORMATIVI**

La Direzione Aziendale, oltre che assicurare la partecipazione del Risk Manager della P.O. Area Qualità e Risk Management e del Responsabile CVS ai Network, si impegna ad individuare gli operatori da inserire negli eventi formativi programmati da Regione Lombardia per il 2016, sulle tematiche individuate di seguito:

- Raccolta e analisi trigger e sicurezza sala parto
- Gestione e liquidazione dei sinistri
- Aspetti medico legali per la valutazione del danno
- Approfondimenti sugli eventi sentinella in SIMES e Buone pratiche (AGENAS).

Viene allegato, quale parte integrante del presente documento, l'*Elenco eventi formativi* in tema di Risk Management. Gli eventi formativi sono inseriti nel "*Primo documento del Piano di Formazione anno 2016*", adottato con provvedimento deliberativo aziendale n. 97 del 14 marzo 2016.

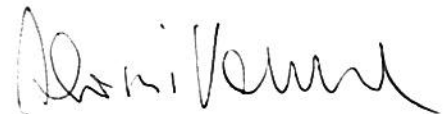
## 8. PRINCIPALI RIFERIMENTI

- Circolare n 46/SAN/2004 della Regione Lombardia ad oggetto “Indirizzi sulla gestione del rischio sanitario”
- D.G.R. n.X/2989 del 23.12.2014 “Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2015”
- “Linee guida attività di Risk Management – anno 2015”- nota della Giunta regionale - Direzione Generale Salute del 23.12.2014 prot. n. H1.2014.0040403
- 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. n. X/4702 del 29.12.2015 “Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2016”
- “Linee guida attività di Risk Management – anno 2016”- nota della - Regione Lombardia - Giunta - Direzione Generale Welfare Fattori Produttivi del 31.12.2015 n. G1.2015.0022753

Sondrio, 29 marzo 2016

Il Risk Manager

Dott.ssa Vanna Toloni



### ALLEGATI:

Allegato 1 Scheda progetto n. 1 – Rimodulazione del percorso nascita: collegamento ospedale-territorio e monitoraggio “Trigger in ostetricia”

Allegato 2 Scheda progetto n. 2 – Sicurezza della trasfusione

Allegato 3 Scheda progetto n. 3 – La sicurezza del paziente oncologico e la terapia con farmaci antineoplastici

Allegato 4 Scheda progetto n. 4 – La sicurezza dei lavoratori: come prevenire gli atti di violenza sul lavoro

Allegato 5 Elenco eventi formativi

## All. 1 Linee Guida Risk Management anno 2016

Allegato 1 Scheda progetto n.1 – Rimodulazione del percorso nascita: collegamento ospedale-territorio e monitoraggio "Trigger in ostetricia"

### SCHEMA DI PROGETTO 2016

<b>Azienda</b>	Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) della Valtellina e dell'Alto Lario
<b>Risk Manager</b>	Dott.ssa Vanna Toloni
<b>1. Titolo del Progetto</b>	Rimodulazione del percorso nascita: collegamento ospedale-territorio e monitoraggio "Trigger in Ostetricia".
<b>2. Motivazione della scelta</b>	<p>Le regole di sistema e le Linee Guida regionali di Risk Management anno 2016 evidenziano che la continuità assistenziale e il corretto passaggio di informazioni tra le varie fasi del processo assistenziale della gravidanza/travaglio/parto/nascita e puerperio rappresentano l'aspetto fondamentale per incrementare i livelli di sicurezza per madri e neonati. Individuano come prioritaria la realizzazione di progetti nell'area materno infantile con ricostruzione della filiera erogativa fra ospedale e territorio al fine di evitare la frammentazione dei processi di cura e dei servizi.</p> <p>Attraverso il progetto si intende analizzare il percorso ospedale - territorio della donna e della coppia genitoriale per riorganizzare lo stesso con particolare attenzione alla presa in carico della partoriente a basso rischio con minor carico di cura.</p> <p>Dare continuità allo sviluppo delle competenze individuali e relazionali nei professionisti dell'equipe specialistica, attraverso percorsi formativi specifici inerenti "la gestione del rischio clinico in sala parto", motivando gli stessi all'adesione a sistemi di monitoraggio di eventi critici o "trigger in ostetricia" e alla successiva analisi con metodologia di audit clinico.</p>
<b>3.a Area di RISCHIO per ASST e IRCCS</b>	Travaglio/Parto.
<b>3.b Area di RISCHIO per ATS</b>	
<b>4. Ambito di intervento</b>	Dipartimento Materno Infantile, Consultori familiari, Strutture poliambulatoriali.
<b>5. Nuovo/Prosecuzione</b>	NUOVO
<b>6. Multiaziendale</b>	NO
<b>6.a Se Si indicare le Aziende partecipanti al progetto:</b>	
<b>7. Obiettivo specifico</b>	Ricostruzione della filiera erogativa fra ospedale e territorio nell'area materno infantile e definizione di percorsi specifici per la presa in carico della partoriente a basso rischio con minor carico di cura. Migliorare le competenze dei professionisti dell'equipe inserita nel percorso nascita, attraverso specifici percorsi formativi e l'analisi di eventi critici tramite audit clinici.
<b>8. Strumenti e metodi</b>	<p>Raccolta e analisi dei dati di produttività</p> <p>Ricerca e studio bibliografia scientifica e riferimenti normativi</p> <p>Gruppo di lavoro</p> <p>Aggiornamento/Predisposizione di documenti</p> <p>Formazione del personale</p> <p>Raccolta, analisi e audit su eventi critici o "Trigger in ostetricia".</p>

9. Realizzazione/prodotto	1) Raccolta e analisi dei dati di produttività delle ex Aziende ASL Sondrio e Como e AOVV. Ricerca e studio bibliografia scientifica e riferimenti normativi 2)Attività di gruppo per la rimodulazione del percorso nascita e per la condivisione di documenti 3)Implementazione del Progetto Trigger proposto da Regione Lombardia. 4)Progettazione e realizzazione degli eventi formativi inseriti nel Piano di formazione 2016 relativi all'area di rischio travaglio/parto.
10. Durata	1 anno

11. Risultati e indicatori	<i>Risultato</i>	<i>Indicatore</i>
	Costituzione del gruppo di lavoro	n° e data documento
	Documenti aggiornati	presenza dei documenti individuati in fase di pianificazione
	Formazione degli operatori neoassunti in tema di "Gestione del rischio in sala parto"	n° operatori formati /n° operatori individuati x 100
	Formazione degli operatori	n° operatori formati /n° operatori individuati x 100
	Audit su eventi critici "trigger in ostetricia"	n° di audit realizzati



# All. 1 Linee Guida Risk Management anno 2016

Allegato 2

Scheda progetto n.2 – Sicurezza della trasfusione

## SCHEDA DI PROGETTO 2016

<b>Azienda</b>	Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) della Valtellina e dell'Alto Lario
<b>Risk Manager</b>	Dott.ssa Vanna Toloni
<b>1. Titolo del Progetto</b>	Sicurezza della trasfusione.
<b>2. Motivazione della scelta</b>	Adeguare il processo inerente alla trasfusione al Decreto Ministeriale del 2 novembre 2015 "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti" (art. 25 "Sicurezza della trasfusione" e Allegato VII "Procedure per garantire la sicurezza della trasfusione"). Estendere l' informatizzazione del processo trasfusionale dal SIMT ad alcune strutture aziendali coinvolte nel processo di cura del paziente.
<b>3.a Area di RISCHIO per ASST e IRCCS</b>	Trasfusioni.
<b>3.b Area di RISCHIO per ATS</b>	
<b>4. Ambito di intervento</b>	Dipartimento di Medicina Trasfusionale e di Ematologia (D.M.T.E.) della provincia di Sondrio che comprende il Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (S.I.M.T.) del P.O. di Sondrio e le sue Articolazioni Trasfusionali dei P.O. di Sondalo, Chiavenna e Morbegno. Il progetto prevede anche il coinvolgimento della Articolazione Trasfusionale del P.O. di Menaggio, attualmente ancora Articolazione Trasfusionale del D.M.T.E. della provincia di Como. Collabora al progetto il Sistema Informativo Aziendale (SIA).
<b>5. Nuovo/Proseguimento</b>	Nuovo
<b>6. Multiaziendale</b>	NO
<b>6.a Se Si indicare le Aziende partecipanti al progetto:</b>	
<b>7. Obiettivo specifico</b>	Adozione/adeguamento delle procedure di identificazione ed abbinamento univoco del paziente, dei campioni per le indagini pre-trasfusionali e delle unità di emocomponenti da trasfondere, in conformità a quanto prescritto dall'Allegato VII del Decreto Ministeriale 2 novembre 2015 "Procedure per garantire la sicurezza della trasfusione", estensione dell'informatizzazione del processo trasfusionale al fine di prevenire errori, che possono comportare reazioni avverse alla trasfusione, con particolare riguardo alla prevenzione delle reazioni da incompatibilità ABO.
<b>8. Strumenti e metodi</b>	<input type="checkbox"/> Analisi del Decreto Ministeriale 2 novembre 2015 "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti" e documenti e strumenti operativi già presenti in Azienda. <input type="checkbox"/> Aggiornamento/predisposizione di documenti e loro distribuzione attraverso il sistema informatizzato aziendale. <input type="checkbox"/> Formazione del personale. <input type="checkbox"/> Attività di verifica. <input type="checkbox"/> Tecnologie informatiche a supporto della terapia trasfusionale

## All. 1 Linee Guida Risk Management anno 2016

### 9. Realizzazione/prodotto

<p><b>Anno 2016</b></p> <p>1) Revisione e/o predisposizione di documenti, procedure e strumenti operativi conformi a quanto prescritto nell'Allegato VII del Decreto.</p> <p>2) Distribuzione dei documenti agli utilizzatori attraverso il sistema informatizzato aziendale.</p> <p>3) Formazione del personale.</p> <p>4) Verifica di applicazione conforme alle indicazioni del Decreto.</p> <p><b>Anno 2017</b></p> <p>1) Sistema di sicurezza al letto del malato: conclusione fase di sperimentazione nei due reparti pilota.</p> <p>2) Estensione a più reparti (fino ad un massimo di 10) della richiesta trasfusionale informatica.</p> <p>3) Formazione del personale.</p>
--

### 10. Durata

2 anni
--------

*Risultato*

*Indicatore*

### 11. Risultati e indicatori

1° anno – 2016	
Costituzione del gruppo di lavoro	n° e data documento
Documenti aggiornati	Presenza dei documenti individuati in fase di pianificazione
Formazione del personale	n°edizioni realizzate/n° edizioni pianificate
Esiti delle verifiche	n° verifiche realizzate/n° verifiche pianificate
2° anno – 2017	
Richiesta trasfusionale informatica	n°reparti coinvolti/n° reparti individuati in fase di pianificazione
Formazione del personale	n°edizioni realizzate/n° edizioni pianificate







## All. 1 Linee Guida Risk Management anno 2016

Allegato 3 Scheda progetto n.3 – La sicurezza del paziente oncologico e la terapia con farmaci antineoplastici

### SCHEDA DI PROGETTO 2016

<b>Azienda</b>	Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) della Valtellina e dell'Alto Lario
<b>Risk Manager</b>	Dott.ssa Vanna Toloni
<b>1. Titolo del Progetto</b>	La sicurezza del paziente oncologico e la terapia con farmaci antineoplastici.
<b>2. Motivazione della scelta</b>	Le Regole di Gestione del Servizio Socio Sanitario e le linee guida regionali di Risk Management a partire dal 2015 evidenziano il tema del rischio connesso ai farmaci antineoplastici come prioritario. Per migliorare la sicurezza e standardizzare il percorso dei pazienti oncologici l' Azienda, attraverso il gruppo di coordinamento di gestione del rischio, ha sentito la necessità di rivedere il proprio modello organizzativo, tenuto conto delle informazioni raccolte a febbraio 2015 sulla gestione del paziente in corso di terapia con farmaci antineoplastici, attraverso questionario regionale. Inoltre, visto il contesto territoriale in cui opera l'Azienda, le modalità per l'erogazione delle cure e che non è centralizzata la preparazione e distribuzione dei farmaci antineoplastici, considerato quanto indicato nella Raccomandazione Ministero Salute n°14 del novembre 2012 "Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici" attraverso il progetto si intende altresì analizzare e aggiornare il processo in essere di gestione dei farmaci antineoplastici dando priorità nella prima annualità alla fase di presa in carico del paziente e successivamente alle altre fasi di gestione del processo in particolare a prescrizione del farmaco, alla sua preparazione, alla conservazione e somministrazione. Per la fase di somministrazione verrà inoltre posta particolare attenzione alla gestione della terapia al domicilio nell'ottica del percorso di continuità assistenziale ospedale-territorio.
<b>3.a Area di RISCHIO per ASST e IRCCS</b>	Farmaci antineoplastici
<b>3.b Area di RISCHIO per ATS</b>	
<b>4. Ambito di intervento</b>	Dipartimento Interaziendale Provinciale Oncologico (DIPO), SC Farmacia Aziendale, Servizio Prevenzione Protezione (SPP).
<b>5. Nuovo/Prosecuzione</b>	PROSECUZIONE DAL 2015
<b>6. Multiaziendale</b>	NO
<b>6.a Se Si indicare le Aziende partecipanti al progetto:</b>	
<b>7. Obiettivo specifico</b>	Migliorare il percorso del paziente oncologico nelle Strutture afferenti al DIPO attraverso l'elaborazione, da parte di un gruppo multidisciplinare, di procedure aziendali e strumenti operativi che individuino modalità e comportamenti da adottare per garantire un'informazione corretta, completa, uniforme al paziente in terapia antineoplastica e per una gestione dei farmaci antineoplastici, tenuto conto dei rischi connessi a tale terapia e dei danni che possono derivare da eventuali errori degli operatori e del paziente/utente presso il proprio domicilio. Migliorare e mantenere, attraverso la formazione continua, le competenze specifiche degli operatori coinvolti nel processo di gestione dei farmaci antineoplastici, al fine di assicurare una corretta metodologia di preparazione che garantisca la qualità del prodotto, la sicurezza degli operatori, dell'ambiente di lavoro e del paziente/utente.
<b>8. Strumenti e metodi</b>	Attività di gruppo, Ricerca e studio bibliografia scientifica, Raccomandazioni Ministeriali e riferimenti normativi, Analisi documenti operativi presenti in Azienda, Formazione del personale, Predisposizione di documenti, Raccolta e analisi informazioni/dati, Attività di verifica.

## All. 1 Linee Guida Risk Management anno 2016

### 9. Realizzazione/prodotto

<p><b>Realizzati Anno 2015</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Raccolta e analisi informazioni/dati modello organizzativo del percorso del paziente oncologico e della gestione dei farmaci antineoplastici in Azienda</li> <li>2) Ricerca e studio bibliografia scientifica, Raccomandazione Ministeriale e riferimenti normativi</li> <li>3) Attività di gruppo per feed-back attività di ricerca e studio, per analisi dei documenti informativi al paziente e condivisione dei criteri per la presa in carico e gestione del paziente oncologico in trattamento chemioterapico</li> <li>4) Predisposizione di procedure e di strumenti operativi per la gestione del paziente in corso di terapia con farmaci antineoplastici.</li> <li>5) Formazione del personale.</li> </ol> <p><b>Anno 2016</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ricerca e studio bibliografia scientifica, Raccomandazione Ministeriale e riferimenti normativi</li> <li>2) Attività di gruppo per analizzare il processo in essere di gestione dei farmaci antineoplastici con condivisione delle modalità di approvvigionamento, immagazzinamento, conservazione e gestione delle scorte. Aggiornamento della fase di presa in carico del paziente</li> <li>3) Condivisione delle regole per la gestione dei farmaci antineoplastici nelle fasi di: approvvigionamento, immagazzinamento, conservazione e gestione delle scorte</li> <li>4) Formazione del personale.</li> </ol> <p><b>Anno 2017</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ricerca e studio bibliografia scientifica, Raccomandazione Ministeriale e riferimenti normativi</li> <li>2) Attività di gruppo per analizzare e aggiornare il processo in essere di gestione dei farmaci antineoplastici con particolare attenzione alle fasi di prescrizione, preparazione, conservazione e somministrazione del farmaco e distribuzione dei preparati ad altri reparti</li> <li>3) Predisposizione di procedure e di strumenti operativi per la gestione complessiva delle fasi del processo inerenti i farmaci antineoplastici</li> <li>4) Formazione del personale</li> <li>5) Verifica stato di attuazione delle regole condivise nella pianificazione 2016 per il processo di gestione dei farmaci antineoplastici.</li> </ol>
---

### 10. Durata

3 anni
--------

<i>Risultato</i>	<i>Indicatore</i>
<b>1° anno - 2015</b>	
Costituzione del Gruppo Multidisciplinare	n° e data delibera: n° 636 del 27 maggio 2015
Analisi dei dati raccolti	relazione sul modello organizzativo attuale: <b>Verbali delle riunioni del Gruppo e documenti forniti e messi a confronto dal gruppo di lavoro</b>
Condivisione dei criteri per la presa in carico e gestione del paziente oncologico in trattamento chemioterapico	n° 5 incontri del gruppo di lavoro realizzati/n° 5 incontri pianificati n° 135 ore complessive dedicate dal gruppo di lavoro
Documenti aggiornati per la presa in carico del paziente oncologico in trattamento chemioterapico	Presenza del documenti individuati in fase di pianificazione: <b>delibera n° 1618 del 30/12/2015</b>
Formazione del personale	n° edizioni realizzate/n° edizioni pianificate: <b>FSC ID 95932-52: n° 3 edizioni pianificate / n° 3 edizioni realizzate</b>

## All. 1 Linee Guida Risk Management anno 2016

### 11. Risultati e indicatori

<i>Risultato</i>	<i>Indicatore</i>
<b>2° anno - 2016</b>	
Ricostituzione del Gruppo Multidisciplinare	n° e data documento
Condivisione modalità per aggiornare il processo di gestione dei farmaci antineoplastici	n° incontri del gruppo di lavoro realizzati/n° incontri pianificati
	n° ore complessive dedicate dal gruppo di lavoro
Regole per la gestione dei farmaci antineoplastici nelle fasi di approvvigionamento, immagazzinamento, conservazione, gestione delle scorte	Presenza del documenti di registrazione specifici
Formazione del personale	n° edizioni realizzate/n° edizioni pianificate

<i>Risultato</i>	<i>Indicatore</i>
<b>3° anno - 2017</b>	
Ricostituzione del Gruppo Multidisciplinare	n° e data documento
Condivisione modalità per aggiornare il processo di gestione dei farmaci antineoplastici nelle fasi di presa in carico del paziente, prescrizione, preparazione, conservazione, somministrazione del farmaco e distribuzione dei preparati ad altri reparti.	n° incontri del gruppo di lavoro realizzati/n° incontri pianificati
	n° ore complessive dedicate dal gruppo di lavoro
Predisposizione di procedure e di strumenti operativi per la gestione complessiva delle fasi del processo inerenti i farmaci antineoplastici	Presenza del documenti individuati in fase di pianificazione
Formazione del personale	n° edizioni realizzate/n° edizioni pianificate
Attività di verifica	n° verifiche realizzate/n° verifiche pianificate









## All. 1 Linee Guida Risk Management anno 2016

Allegato 4      Scheda progetto n.4 – La sicurezza dei lavoratori: come prevenire gli atti di violenza sul lavoro

### SCHEMA DI PROGETTO 2016

<b>Azienda</b>	Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) della Valtellina e dell'Alto Lario
<b>Risk Manager</b>	Dott.ssa Vanna Toloni
<b>1. Titolo del Progetto</b>	La sicurezza dei lavoratori: come prevenire gli atti di violenza sul lavoro.
<b>2. Motivazione della scelta</b>	<p>La violenza sul posto di lavoro è un problema che investe i paesi di tutto il mondo. Dati recenti indicano che il rischio di subire atti di violenza per infermieri e operatori della sanità è più elevato rispetto ad altri lavoratori che operano in contatto diretto con l'utenza, in quanto derivante dalla tipologia dei servizi erogati, dalle situazioni di emotività e di disagio sia del paziente stesso che dei familiari.</p> <p>Gli episodi di violenza/aggressioni fisiche verso gli operatori rappresentano uno degli eventi sentinella da gestire e segnalare in quanto sono indicativi di situazioni di rischio o di vulnerabilità che richiedono l'adozione di opportune misure di prevenzione e protezione dei lavoratori. I dati del 4° Rapporto di monitoraggio degli eventi sentinella del Ministero della Salute, relativi al periodo 2005/2011, mettono in evidenza che gli eventi sentinella segnalati per atti di violenza a danno degli operatori sanitari sono pari a 9%. Per Regione Lombardia tale evento rappresenta il 7% delle segnalazioni gestite nel sistema SIMES. Il Gruppo di coordinamento di gestione del rischio, considerato l'evento sentinella verificatosi nel 2014 e i dati di monitoraggio per l'implementazione delle Raccomandazioni del Ministero della Salute, ha condiviso di approfondire la tematica, prendendo a riferimento la Raccomandazione Ministeriale n. 8 - <i>Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari</i>. Per far sì che il personale abbia conoscenza dei rischi potenziali per la sicurezza e delle procedure da seguire per proteggere sé stessi ed i colleghi da atti di violenza, favorire il senso di fiducia degli operatori nell'affrontare situazioni di aggressività e di stress che solitamente accompagna un evento violento, il progetto prevede inizialmente di effettuare la formazione degli operatori che operano nelle aree maggiormente interessate dal fenomeno per aiutarli a identificare le situazioni lavorative più a rischio, a riconoscere i segnali di allarme delle situazioni a rischio di aggressione in ambito lavorativo, a saper reagire in modo adeguato alle aggressioni verbali e/o fisiche, segnalare sempre gli atti di violenza o minacce.</p> <p>Successivamente, anche sulla base delle informazioni raccolte durante la formazione e dei dati di denunce di infortunio o altre segnalazioni, definire le misure organizzative di prevenzione da implementare e le attività di controllo.</p>
<b>3.a Area di RISCHIO per ASST e IRCCS</b>	Atti di violenza a danno degli operatori sanitari;
<b>3.b Area di RISCHIO per ATS</b>	
<b>4. Ambito di intervento</b>	<p>Anno 2015: Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP), Strutture/Servizi dei Presidi Ospedalieri di Chiavenna, Morbegno, Sondalo e Sondrio</p> <p>Anno 2016: Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP), Strutture/Servizi dei Presidi Ospedalieri di Chiavenna, Morbegno, Sondalo, Sondrio, Menaggio e strutture socio sanitarie territoriali.</p>
<b>5. Nuovo/Prosecuzione</b>	PROSECUZIONE DAL 2015
<b>6. Multiazendale</b>	NO
<b>6.a Se Sì indicare le Aziende partecipanti al progetto:</b>	
<b>7. Obiettivo specifico</b>	Coinvolgere i lavoratori per approfondire il tema della violenza sul posto di lavoro, implementare misure di prevenzione e di controllo attraverso il Servizio di Prevenzione e Protezione.

## All. 1 Linee Guida Risk Management anno 2016

### 8. Strumenti e metodi

Studio Raccomandazione Ministero Salute n. 8, ricerca di bibliografia scientifica e riferimenti normativi, Attività di gruppo, Formazione del personale, Predisposizione documenti, Raccolta e analisi episodi di violenza verbale e/o fisica, Attività di audit su casi di eventi critici.

### 9. Realizzazione/prodotto

**Realizzati Anno 2015**  
 1. Attività di studio (Raccomandazione n. 8 e altra bibliografia scientifica)  
 2. Formazione degli operatori  
 3. Analisi dei dati di eventi segnalati attraverso i flussi strutturati in Azienda.

**Anno 2016**  
 1. Analisi dati 5° Rapporto Ministero Salute 2005 - 2012, analisi eventi sentinella regionali e aziendali (compreso le strutture/servizi acquisiti a seguito della legge Regionale 23/2015)  
 2. Attività di audit sugli episodi di violenza segnalati  
 3. Definizione di misure organizzative di prevenzione e controllo nelle strutture che hanno segnalato episodi di violenza  
 4. Formazione degli operatori.

### 10. Durata

2 anni

Anno 2015	
<i>Risultato</i>	<i>Indicatore</i>
Riunioni gruppo di lavoro	n° 85 ore complessive dedicate dal gruppo di lavoro nel 2015
Analisi eventi di atti di violenza su operatori	n° 8 segnalazioni anno 2015/n° 1 segnalazioni anno 2014
Formazione degli operatori	FSC ID 99886-112: n° 20 operatori formati/ n° 25 operatori individuati x100 = 80%
Implementazione delle misure di prevenzione organizzative individuate nel progetto di miglioramento	<b>Attività da realizzare nel 2016</b>
Attività di audit sugli episodi di violenza segnalati	n° 4 di audit effettuati nel 2015

### 11. Risultati e indicatori

Anno 2016	
<i>Risultato</i>	<i>Indicatore</i>
Riunioni gruppo di lavoro	n° ore complessive dedicate dal gruppo di lavoro nel 2016
Report con dati aziendali rapportati a quelli nazionali e regionali	n° di segnalazioni
Attività di audit su episodi di violenza segnalati	n° audit /n° segnalazioni
Definizione di misure organizzative di prevenzione e controllo nelle strutture che hanno segnalato episodi di violenza	n° misure introdotte/n° di misure definite
Formazione degli operatori	n° operatori formati/ n° operatori individuati x100





ASST Valtellina e Alto Lario - Elenco eventi formativi

Allegato 5

Codice	Argomento/titolo dell'attività	Area di Rischio	Obiettivo formativo	Risultati attesi	Metodologia formativa
1	20150280 La naminazione neonatale in emergenza	Emergenze pediatriche	Consolidamento delle competenze necessarie relativamente alla naminazione neonatale	Apprendimento delle tecniche di naminazione neonatale	Corso residenziale (max 30 partecipanti) Min 4 ore - 1 credito/ora
2	20150267 Gestione delle emergenze intraospedaliere mediante il sistema di risposta rapida (RRS), dai BLSd ai protocolli ALS; dall'organizzazione alla pratica clinica	Emergenze cliniche	Fornire le conoscenze teoriche e le abilità pratiche personali e di equipe per valutare situazioni a rischio (periarresto) e fornire risposte immediate ed efficaci nei casi di Arresto Cardio Circolatorio (ACC) intraospedaliero	Riduzione del numero di ACC intraospedalieri riduzione della mortalità nei casi di ACC intraospedalieri miglioramento dell'outcome nei pazienti trattati per ACC intraospedaliero	Corso residenziale (max 30 partecipanti) Min 4 ore - 1 credito/ora
3	20150345 Corso BLSd (Basic Life Support and Defibrillation) Linee Guida Regione Lombardia per Personale Comparto	Emergenze cliniche	Formare il personale di comparto alle tecniche di disostruzione delle vie aeree, naminazione cardio-polmonare e defibrillazione precoce	Capacità di gestione delle ostruzioni delle vie aeree, trattamento dell'Arresto Cardio-Circolatorio compresa la defibrillazione	Corso residenziale (max 30 partecipanti) Min 4 ore - 1 credito/ora
4	20150346 Corso BLSd (Basic Life Support and Defibrillation) per MEDICI	Emergenze cliniche	Aggiornare i Dirigenti Medici sulle tecniche di approccio alle situazioni di per-arresto e trattamento dell'arresto cardio-circolatorio con defibrillazione	Capacità di gestire immediatamente una situazione di per-arresto o di arresto cardio-circolatorio conclamato	Corso residenziale (max 30 partecipanti) Min 4 ore - 1 credito/ora
5	20150347 Corso BLSd (Basic Life Support and Defibrillation) retraining personale Comparto	Emergenze cliniche	Rinforzare la conoscenza delle tecniche di valutazione, disostruzione vie aeree, massaggio cardiaco, ventilazione e defibrillazione	Capacità di affrontare le situazioni per-arresto e di Arresto Cardio-Circolatorio	Corso residenziale (max 30 partecipanti) Min 4 ore - 1 credito/ora
6	20150033 Sicurezza in sala parto	Travaglio/parto	Migliorare le conoscenze e la gestione di un taglio cesareo in urgenza/emergenza	Migliorare le tempistiche di esecuzione di un taglio cesareo in codice rosso. Miglioramento anche in termini di sensazione di sicurezza dei singoli	Formazione Sul Campo (FSC) - Partecipazione a Commissioni/Comitati/Gruppi miglioram. (min 4 incontri di due ore - max 20 part./ed)
7	20150312 Gestione delle emergenze ostetriche	Travaglio/parto	Migliorare le conoscenze cliniche e la gestione delle situazioni di emergenze ostetriche	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	Formazione Sul Campo (FSC) - Partecipazione a Commissioni/Comitati/Gruppi miglioram. (min 4 incontri di due ore - max 20 part./ed)
8	20150291 Discussione casi clinici. Trigger in ostetricia ginecologia	Travaglio/parto	Analisi in equipe di alcuni eventi trigger rilevati durante l'anno 2016 ricerca letteratura - confronto tra operatori - azioni correttive	Migliorare le conoscenze - competenze. Migliorare la comunicazione dellequipe assistenziale in caso di trigger in ostetricia	Formazione Sul Campo (FSC) - Partecipazione a Commissioni/Comitati/Gruppi miglioram. (min 4 incontri di due ore - max 20 part./ed)
9	20150018 La gestione del rischio in sala parto	Travaglio/parto	Il corso formativo è finalizzato a rafforzare le conoscenze-competenze individuali e relazionali del personale coinvolto nella gestione dei processi assistenziali in gravidanza e travaglio parto	Consapevolezza degli operatori dei rischi in sala parto in situazioni critiche quali, pazienti a rischio di taglio cesareo, gestione della distocia di spalla, ipossia neonatale	Corso residenziale (Max 30 partecipanti) Min 4 ore - 1 credito/ora
10	20150209 Il Regolamento di Sicurezza in RM - Aspetti Normativi Tecnici e Pratici	Dispositivi medici e apparecchi elettromedicali	Conoscere e saper applicare correttamente quanto riportato nel Regolamento di Sicurezza in Risonanza Magnetica	Corretta applicazione del Regolamento di Sicurezza sia per gli aspetti amministrativi, sententi e di intervento	Corso residenziale (Max 30 partecipanti) Min 4 ore - 1 credito/ora
11	20150341 Riduzione della Mortalità Ospedaliera associata a sepsi grave - Percorso per personale comparto sanitario	Sepsi	La sepsi rappresenta una condizione clinica frequente, di difficile gestione e che può presentare un elevato tasso di mortalità. Il corso è stato organizzato secondo gli indirizzi forniti a livello regionale in conformità al D.D.G. Salute Regione Lombardia n. 7517 del 5/8/2013	Riduzione della SEPSI in Azienda	Corso FAD
12	20150342 Riduzione della Mortalità Ospedaliera associata a sepsi grave - Percorso per personale dirigente	Sepsi	La sepsi rappresenta una condizione clinica frequente, di difficile gestione e che può presentare un elevato tasso di mortalità. Il corso è stato organizzato secondo gli indirizzi forniti a livello regionale in conformità al D.D.G. Salute Regione Lombardia n. 7517 del 5/8/2013	Riduzione della SEPSI in Azienda	Corso FAD
13	20150359 Corso di primo soccorso	Emergenze cliniche	Fornire competenze e tecniche per gestire il primo soccorso	Presenza di personale formato al primo soccorso nelle strutture aziendali.	Corso residenziale (Max 30 partecipanti) Min 4 ore - 1 credito/ora
14	20150378 Rischio incendio in sala operatoria	Sicurezza in Anestesia e Chirurgia	Formare il personale sulle misure di sicurezza prevista dalla normativa	Aumento del livello di sicurezza sia per gli operatori che per gli utenti	Corso FAD

Codice	Argomento/titolo dell'attività	Area di Rischio	Obiettivo formativo	Risultati attesi	Metodologia formativa
15	20160021 Imparare dagli errori	Rischio clinico	Far acquisire le conoscenze utili a sviluppare la sensibilità della cultura della sicurezza del paziente. Far acquisire competenze per addeire al sistema di incident reporting aziendale	Presenza di segnalazioni di almeno tre UO con scheda di incidenti reporting	Formazione Sul Campo (FSC) - Partecipazione a Commissioni/Comitati/Gruppi miglioram. (min 4 incontri di due ore - max 20 part /sed)
16	20160356 Sicurezza del paziente e igiene delle mani	Infezioni correlate alla pratica assistenziale (igiene delle mani)	Modificare il comportamento degli operatori addetti all'assistenza in reparti identificati per rischio di infezioni correlate	Contribuire al 20% di modifiche di comportamento entro la fine del 2016	Corso residenziale - Videokonferenza sincrona (min 5 - max 30 part. per aula) Min 4 ore - 1 credito
17	20160247 Retraining triage inferospedaiero	Triage in PS o C.O. 118	Mantenere aggiornati e formali gli operatori sul metodo di triage adottato	Far mantenere agli operatori un rigore metodologico durante la valutazione del paziente nella fase di triage. Perfezionare e uniformare le competenze ed incrementare le abilità specifiche richieste in triage. Rafforzare e incrementare le motivazioni	Corso residenziale (max 30 partecipanti) Min 4 ore - 1 credito/ora
18	20160119 PBLSD	Emergenze pediatriche	Acquisire competenze teorico/pratiche nella gestione dell' ACC in età pediatrica	Acquisire maggiore sicurezza in caso di ACC in ambito pediatrico	Corso residenziale (max 30 partecipanti) Min 4 ore - 1 credito/ora
19	20160337 La gestione in sicurezza dei farmaci	Farmaci Farmacovigilanza	Conoscere la gestione in sicurezza dei farmaci e le procedure aziendali collegate	Corretta applicazione delle procedure esistenti	Formazione Sul Campo (FSC) - Partecipazione a Commissioni/Comitati/Gruppi miglioram. (min 4 incontri di due ore - max 20 part /sed)
20	20160382 Formazione personale infermieristico addetto all'osservazione dell'aderenza all'igiene delle mani	Infezioni correlate alla pratica assistenziale (igiene delle mani)	Acquisire le competenze per condurre osservazioni dell'aderenza all'igiene delle mani	Condizione delle osservazioni dell'aderenza all'igiene delle mani coerenti con quanto previsto dal Manuale OMS	Corso residenziale - Videokonferenza sincrona (min 5 - max 30 part. per aula) Min 4 ore - 1 credito
21	20160014 Incontri del gruppo per la gestione del rischio	Rischio clinico	Conoscenza e condivisione delle strategie per la gestione del rischio clinico per il 2016	Partecipazione attiva nel formulare proposte e ricercare soluzioni per aumentare il livello di sicurezza dei pazienti, degli operatori, dell'organizzazione aziendale.	Formazione Sul Campo (FSC) - Partecipazione a Commissioni/Comitati/Gruppi miglioram. (min 4 incontri di due ore - max 20 part /sed)
22	20160013 Documentazione clinica e sicurezza delle cure	Documentazione sanitaria	Migliorare la consapevolezza degli operatori circa il significato della documentazione clinica in ambito Risk Management	Miglioramento completezza Cartella Clinica	Formazione Sul Campo (FSC) - Partecipazione a Commissioni/Comitati/Gruppi miglioram. (min 4 incontri di due ore - max 20 part /sed)
23	20160134 Riunioni dello staff di direzione della SC DMTE Servizio di Immunematologia e Medicina Trasfusionale	Trasfusioni	Condivisione di processi, procedure e piani di convalida relativi agli adeguamenti organizzativi e normativi, regionali e ministeriali, al fine di migliorare le capacità professionali correlate al ruolo di direzione nei vari ambiti della Medicina Trasfusionale	Consolidamento e perfezionamento dell'assetto organizzativo innovato; adeguamento della gestione del donatore ai decreti ministeriali di recente approvazione; miglioramento della sicurezza trasfusionale	Formazione Sul Campo (FSC) - Partecipazione a Commissioni/Comitati/Gruppi miglioram. (min 4 incontri di due ore - max 20 part /sed)
24	20160240 Approfondimento di tematiche di medicina trasfusionale nei diversi livelli di competenza	Trasfusioni	Condivisione di processi e procedure relativi agli adeguamenti organizzativi e normativi, regionali e ministeriali, al fine di sviluppare e mantenere le capacità professionali negli ambiti di competenza	Sviluppo e mantenimento delle competenze professionali	Formazione Sul Campo (FSC) - Partecipazione a Commissioni/Comitati/Gruppi miglioram. (min 4 incontri di due ore - max 20 part /sed)
25	20160290 Le Buone Pratiche e il miglioramento continuo	Rischio clinico	Diffondere e condividere le esperienze implementate in Azienda negli ultimi anni che hanno migliorato la qualità delle prestazioni sanitarie e la sicurezza del paziente.	Operatori dell'Azienda più orientati al processo di miglioramento	Convegno/congresso (min 4 ore) - 0,70 credito/ora