



PIANO RISK MANAGEMENT

Anno 2019

Data redazione	Redatto da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
11/03/2019	UOC Qualità e Risk Management	00	27/03/2019	Direzione Strategica	1 di 22

Indice

La strategia aziendale per la gestione del rischio	3
Il sistema aziendale di Risk Management	4
Obiettivi e metodi per l'anno 2019.....	6
Analisi del contesto	7
Contesto esterno	7
Contesto interno.....	7
Data-base sinistri	8
Incident Reporting	9
Caduta Pazienti.....	13
Progetti operativi aziendali.....	14
Progetto n.1: FARMARISK	14
Progetto n.2: Passaporto ostetrico	15
Progetto n.3: Passaporto chirurgico bis	16
Progetto n.4: Facilitatori SEA (Significant Event Analysis).....	17
Progetto n.5: Tolleranza zero bis.....	18
Progetti operativi interaziendali.....	20
Recapiti aziendali della UOC Qualità e Risk Management.....	21
Schede e crono programmi allegati	22

Data redazione	Redatto da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
11/03/2019	UOC Qualità e Risk Management	00	27/03/2019	Direzione Strategica	2 di 22

La strategia aziendale per la gestione del rischio

Il presente documento definisce le linee strategiche dell'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale in merito alla gestione del rischio per l'anno 2019.

Sono riconosciute le seguenti linee principali:

1. Consolidamento e sviluppo delle iniziative intraprese nel corso degli anni precedenti, specificate nelle relazioni di fine anno dal 2006 ad oggi.
2. Mantenimento e sviluppo dei metodi Incident Reporting e analisi di processo (HFMEA), presso il maggior numero di unità operative dell'Azienda.
3. Progettazione e realizzazione di eventi di formazione del personale sanitario in merito alla gestione del rischio in ospedale e all'uso dei metodi proattivi e reattivi.
4. Implementazione e sviluppo dei metodi di analisi reattiva degli eventi avversi, con riferimento alla Root Cause Analysis, agli Audit Clinici secondo il metodo SEA e alle revisioni cliniche dei casi associati a eventi avversi (Morbidity and Mortality Review).
5. Consolidamento dell'integrazione delle funzioni della Unità Operativa Complessa (UOC) Qualità e Risk Management e del Comitato Valutazione Sinistri (CVS).
6. Integrazione e coordinamento delle iniziative di gestione del rischio della UOC Qualità e Risk Management con quelle degli altri uffici di staff e delle altre unità operative direttamente o indirettamente coinvolte nelle problematiche di gestione del rischio (SITRA, CIO, SPP, Farmacia, Tecnico - patrimoniale, Ingegneria clinica, Information Technology ecc.), attraverso la condivisione degli obiettivi e nel rispetto dei differenti metodi operativi.
7. Mantenimento e sviluppo dell'attività di mediazione trasformativa dei conflitti.
8. Diffusione della cultura della sicurezza in tutti i settori dell'Azienda per mezzo d'iniziative di formazione e comunicazione rivolte agli operatori sanitari e non sanitari.

Le azioni organizzative sono basate sull'approccio sistemico che prende in considerazione tutte le componenti dell'organizzazione sanitaria, considerato che l'organizzazione sanitaria è un sistema complesso e adattivo in cui interagiscono molti elementi interdipendenti (persone, processi, attrezzature) per raggiungere un obiettivo comune. In questo senso, sarà dato rilievo agli strumenti di gestione del rischio finalizzati al miglioramento della consapevolezza da parte degli operatori, per le situazioni di maggior rilievo legate alla sicurezza dei pazienti e degli operatori stessi. Idoneo spazio sarà dedicato all'integrazione fra le diverse culture professionali, sanitarie e non sanitarie, allo scopo di condividere valori e obiettivi comuni, adeguati a presidiare in modo ottimale i temi molteplici correlati alla gestione del rischio.

Data redazione	Redatto da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
11/03/2019	UOC Qualità e Risk Management	00	27/03/2019	Direzione Strategica	3 di 22

Il sistema aziendale di Risk Management

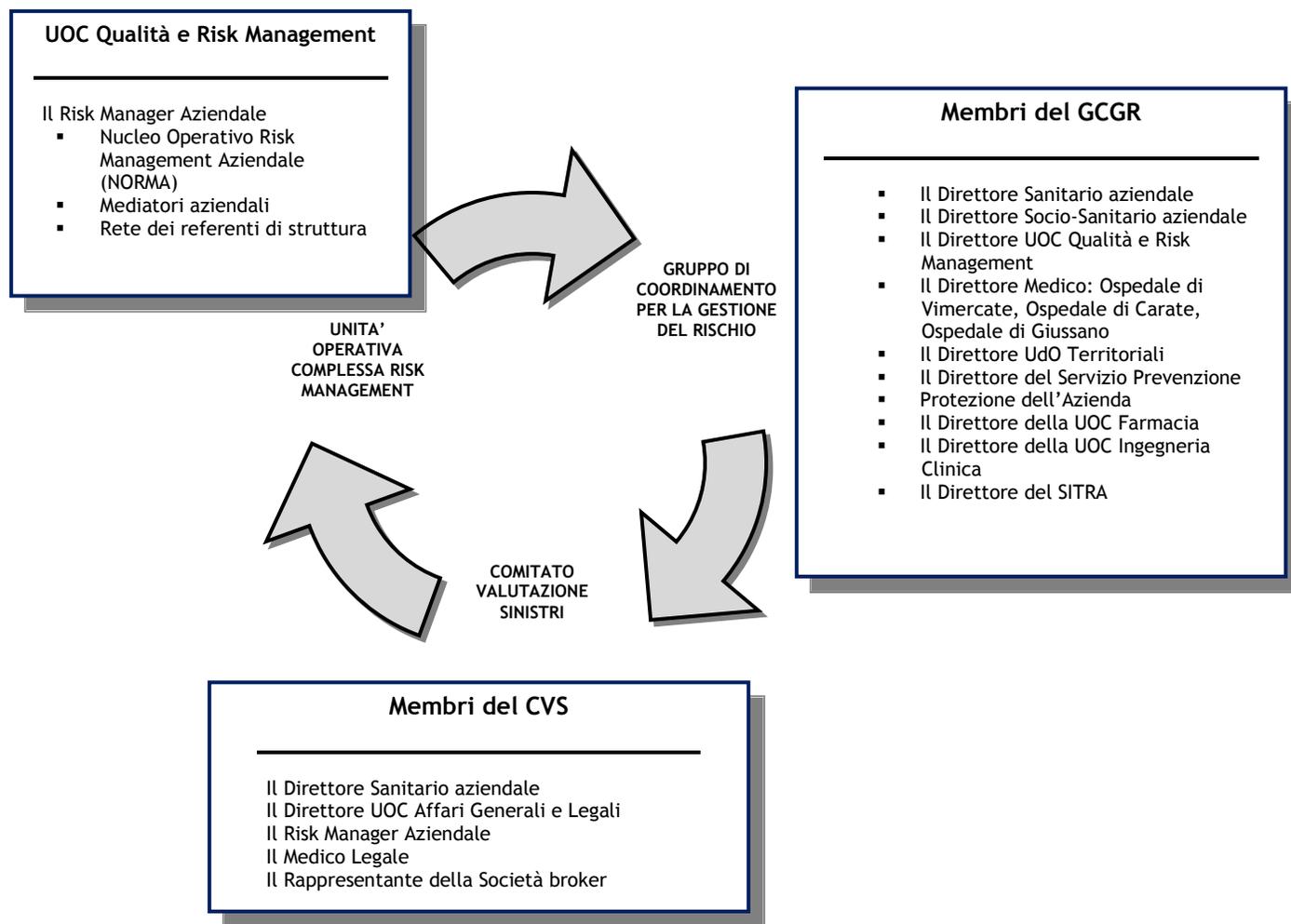
La gestione aziendale del rischio si basa sull'integrazione di presidi idonei già attivi in diversi settori. Sono coinvolti a vario titolo le seguenti unità operative, servizi ed uffici aziendali:

SETTORE	STRUTTURA / SERVIZIO	ORGANIZZAZIONE AZIENDALE
Qualità e Risk Management	UOC Qualità e Risk Management	Staff DG
Processo clinico assistenziale	SITRA Direzioni mediche di Presidio	Staff Direzione Sanitaria Aziendale
Assistenza Socio-Sanitaria Territoriale	Ambiti Territoriali	Staff Direzione Socio - Sanitaria Aziendale
Sicurezza occupazionale	UOC Servizio di Prevenzione e Protezione	Staff DG
Processi informativi	UOC Sistemi Informativi Aziendali	Staff DG
Controllo di gestione	UOC Controllo di gestione	Staff DG
Gestione dei sistemi tecnologici	UOC Ingegneria Clinica	Staff Direzione Sanitaria Aziendale
Formazione del personale	UOS Formazione	Staff Direzione Sanitaria Aziendale
Gestione delle Strutture	UOC Tecnico Patrimoniale	Dipartimento Amministrativo
Gestione delle problematiche e dei costi assicurativi	UOC Affari Generali e Legali	Dipartimento Amministrativo
Gestione amministrativa	UOC Economico Finanziaria	Dipartimento Amministrativo
Infezioni ospedaliere	Comitato per le Infezioni Ospedaliere (CIO)	Direzione Sanitaria Aziendale
Documentazione sanitaria	Direzioni mediche di Presidio	Direzione Sanitaria Aziendale
Gestione del farmaco e dei presidi medico-chirurgici	UOC Farmacia Ospedaliera Aziendale; Commissione aziendale del farmaco; Farmaco-vigilanza.	Direzione Sanitaria Aziendale

UOC: Unità Operativa Complessa; UOS: Unità Operativa Semplice;
SITRA: Servizio Infermieristico, Tecnico e Riabilitativo Aziendale

Data redazione	Redatto da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
11/03/2019	UOC Qualità e Risk Management	00	27/03/2019	Direzione Strategica	4 di 22

L'Azienda mantiene in essere il modello di gestione integrata del rischio ospedaliero, già adottato nel 2006, in accordo con le linee guida della Direzione Generale Welfare Fattori Produttivi della Regione Lombardia. Il sistema composto dalla UOC Qualità e Risk Management, dal Gruppo di Coordinamento per la Gestione del Rischio (GCGR) e dal Comitato Valutazione Sinistri (CVS), si è dimostrato valido dal punto di vista funzionale e in grado di assolvere in modo integrato a tutte le principali funzioni di gestione del rischio, dalla verifica, all'analisi, alla mitigazione e, infine, al trasferimento assicurativo.



Modello di gestione aziendale integrata del rischio in ambito sanitario.

La UOC Qualità e Risk Management si avvale di un network aziendale di referenti per la gestione del rischio clinico, organizzata su due livelli di complessità, il primo costituito dalla rete dei referenti di presidio per ogni ospedale (Vimercate e Carate-Giussano-Seregno) e per gli Ambiti Territoriali (Vimercate, Carate e Seregno) che sono i membri del N.O.R.M.A. Il secondo livello è costituito dalla rete dei referenti di linea per ogni struttura. Per quanto riguarda le azioni di governo, le politiche aziendali di risk management seguono il modello dipartimentale stabilito nel POAS. A questo scopo ogni dipartimento identifica due referenti di dipartimento, uno per la dirigenza e uno per il comparto, corrispondenti rispettivamente al Direttore del Dipartimento (DDD) e al Referente assistenziale del Dipartimento (RAD).

Data redazione	Redatto da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
11/03/2019	UOC Qualità e Risk Management	00	27/03/2019	Direzione Strategica	5 di 22

Obiettivi e metodi per l'anno 2019

Le azioni aziendali di gestione del rischio saranno orientate verso gli obiettivi sotto riportati, in coerenza con quanto indicato dalle “Linee operative Risk Management 2019” (Protocollo num. G1.2018.0041134 del 21/12/2018, Direzione Generale Welfare, Regione Lombardia).

Saranno inoltre attuate iniziative volte al recepimento, implementazione e aggiornamento delle Raccomandazioni sotto riportate, emanate dal Ministero della Salute:

1. Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio – KCl – ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio;
2. Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all’interno del sito chirurgico;
3. Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura;
4. Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale;
5. Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO;
6. Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto;
7. Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica;
8. Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari;
9. Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali;
10. Prevenzione dell’osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati;
11. Prevenzione della morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero);
12. Prevenzione degli errori in terapia con farmaci “look - alike / sound – alike” LASA;
13. Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie;
14. Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antiblastici;
15. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all’interno del Pronto soccorso;
16. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita;
17. Riconciliazione della terapia farmacologica;
18. Prevenzione degli errori in terapia conseguenti all’uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli.

Le azioni saranno basate sull’applicazione delle seguenti metodologie e strumenti di gestione del rischio:

1. revisione di procedure e protocolli già disponibili finalizzati alla riduzione di rischi noti;
2. redazione e implementazione di nuove procedure e protocolli aziendali;
3. scheda di segnalazione degli eventi indesiderati (Incident Reporting) informatizzata;
4. analisi reattiva degli eventi avversi (Root Cause Analysis);
5. analisi proattiva e riprogettazione dei processi a maggior rischiosità (HFMEA);
6. checklist per il rischio anestesilogico;
7. checklist per la sicurezza in sala operatoria;
8. checklist per la documentazione sanitaria (ricovero ordinario, DH e ambulatorio);
9. checklist per tecnologie e strutture di area critica;
10. checklist per la valutazione del rischio di caduta dei pazienti in ospedale e la pianificazione assistenziale di prevenzione;
11. scheda di segnalazione degli eventi di caduta paziente informatizzata;
12. checklist per il trasferimento dei pazienti fra ospedali;

Data redazione	Redatto da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
11/03/2019	UOC Qualità e Risk Management	00	27/03/2019	Direzione Strategica	6 di 22

13. checklist per la prevenzione delle infezioni nosocomiali;
14. rilevazione e monitoraggio delle infezioni nosocomiali (CIO);
15. scheda per la ricognizione farmacologica;
16. scheda MEOWS;
17. formazione in aula e formazione sul campo;
18. rilevazione degli eventi sentinella secondo direttive MINSAN (SIMES);
19. rilevazione e monitoraggio degli indicatori di risultato, specifici delle iniziative aziendali di gestione del rischio;
20. Significant Event Analysis (SEA).

Gli strumenti sopra riportati saranno impiegati nell'ambito delle attività consolidate della UOC Qualità e Risk Management e, inoltre, saranno formalizzati all'interno di progetti aziendali e interaziendali come riportato più avanti in questo documento.

Altri obiettivi e metodi potranno essere aggiunti nel corso dell'anno in risposta a situazioni contingenti e/o a direttive regionali – ministeriali, in coerenza con le risorse disponibili.

L'Azienda continuerà la fattiva collaborazione con l'Università, già consolidata negli anni precedenti, in particolare con Il Politecnico di Milano – CINEAS.

L'Azienda aderisce alle iniziative regionali e nazionali in tema di sicurezza e di gestione del rischio.

Analisi del contesto

I progetti aziendali di gestione del rischio per l'anno in corso riportati in dettaglio più avanti in questo documento, sono stati discussi nell'ambito della prima riunione annuale del Gruppo di Coordinamento per la Gestione del Rischio (GCGR) e sono basati sull'analisi delle principali criticità riscontrate nel corso degli anni precedenti e continuamente monitorate dalla UOC Qualità e Risk Management attraverso diverse fonti informative.

Contesto esterno

Il contesto esterno presenta alcune opportunità di sviluppo della sicurezza delle cure legato in particolare alle Linee di indirizzo predisposte, come ogni anno, dalla Regione Lombardia nonché dalle Raccomandazioni del Ministero della Salute, aggiornate al 2018.

Sul versante delle minacce presenti nel contesto esterno all'azienda, si deve considerare un crescente clima sociale di litigiosità dei cittadini nei confronti degli operatori del servizio sanitario, con particolare riferimento ai comportamenti aggressivi che possono occasionalmente tradursi in vere e proprie lesioni personali ai professionisti, sia dal punto di vista psichico che fisico. Tali lesioni possono tradursi in ricadute organizzative che aumentano il rischio di eventi avversi a danno dei pazienti.

Contesto interno

Nel corso degli anni, si è diffusa una discreta cultura del rischio in ambito clinico e assistenziale grazie ai numerosi interventi formativi e operativi attuati dalla UOC Qualità e Risk Management. Le fonti informative utili per la valutazione del rischio clinico sono molteplici. Appaiono particolarmente significative le informazioni derivanti dalla analisi dei sinistri e delle segnalazioni di Incident Reporting.

Data redazione	Redatto da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
11/03/2019	UOC Qualità e Risk Management	00	27/03/2019	Direzione Strategica	7 di 22

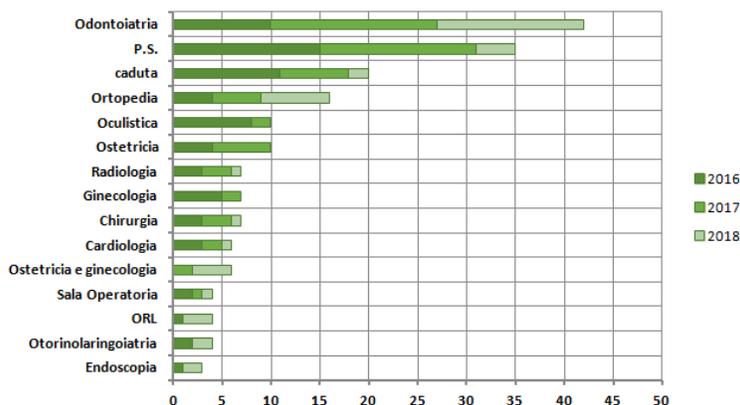
Data - base sinistri

L'azienda dispone di un data-base dei sinistri che comprende pratiche attivate sin dal 1991 per eventi che si sono verificati sin dal 1961. Le aree specialistiche che più frequentemente sono coinvolte nelle richieste di risarcimento rispecchiano i dati di tipo regionale e sono rappresentate nella seguente tabella. Si può notare che il Pronto Soccorso, l'Ortopedia, l'Ostetricia-ginecologia e la Chirurgia generale costituiscono le aree più rappresentate, accanto all'area dell'Odontoiatria che raggiunge il valore complessivo più alto. Si deve notare che il numero totale dei sinistri è in diminuzione nell'ultimo triennio 2016 - 2018 scendendo da 87 a 66 nuovi sinistri all'anno.

Unità Operativa / area	2016	2017	2018
Odontoiatria	10	17	15
P.S.	15	16	4
caduta	11	7	2
Ortopedia	4	5	7
Ostetricia	4	6	
Oculistica	8	2	
Chirurgia	3	3	1
Ginecologia	5	2	
Radiologia	3	3	1
Ostetricia e ginecologia		2	4
Cardiologia	3	2	1
Otorinolaringoiatria	2		2
ORL	1		3
Sala Operatoria	2	1	1
Endoscopia	1		2
CEIMA	1		1
Centro prelievi	1		1
Psichiatria	1		1
Arcore ambulatorio oculistica	2		
Anestesia	1		1
Ortopedia e Traumatologia			2
Neurologia	1	1	
tulipano giallo	1	1	
Urologia	1		1
Ambulatorio Ortopedia			2
Caduta albero, danneggiamento cancello, altri ...			
Totale complessivo	87	82	66

Andamento sinistri 2016 - 2018

Aree più frequenti



Data redazione	Redatto da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
11/03/2019	UOC Qualità e Risk Management	00	27/03/2019	Direzione Strategica	8 di 22

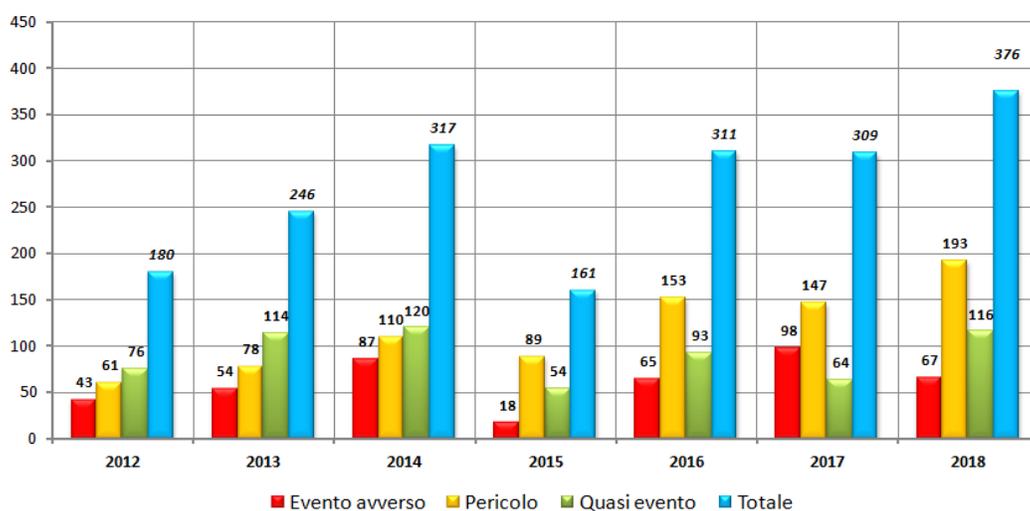
Incident Reporting

L'azienda ha implementato un sistema di segnalazioni spontanee sin dal 2004 a partire da alcune unità operative pilota, in particolare proprio dalle unità di ostetricia-ginecologia e di pronto soccorso. Dal 2012 tutto il personale dell'azienda utilizza un sistema di segnalazione informatizzato che consente di ottenere informazioni significative sugli eventi avversi, sui near miss e sulle situazioni di pericolo.

Le criticità più frequenti che emergono da questa fonte informativa sono legate alla errata identificazione del paziente, errore che si colloca nella fase di assistenza in regime di ricovero e che viene intercettato nell'88% dei casi e che è correlato a problemi di comunicazione fra gli operatori sanitari.

Si riportano di seguito alcuni grafici esemplificativi dell'analisi dei dati riferiti al periodo 2012 - 2018.

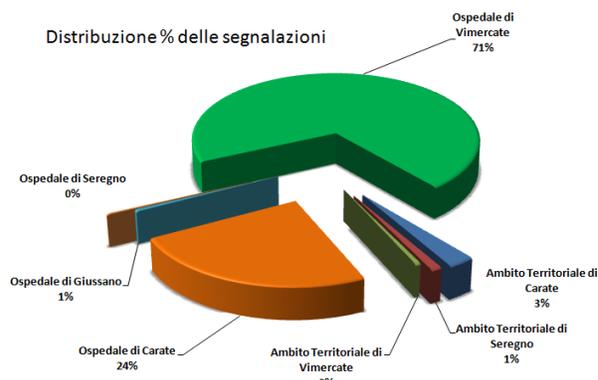
Andamento segnalazioni Incident Reporting



Si nota un aumento progressivo del numero totale delle segnalazioni nel periodo 2012 – 2014, al quale è seguito un calo delle segnalazioni registrato nel 2015. Tale diminuzione può essere messa in relazione con la sospensione del corso di formazione rivolto agli operatori e riguardante proprio la scheda di segnalazione degli eventi avversi.

Il corso di formazione è stato ripristinato a partire dal 2016 e, come si può notare, il numero totale delle segnalazioni è andato aumentando progressivamente sino a raggiungere il valore di 376 nel 2018.

Si deve notare, inoltre, che a partire dal 2016, l'Azienda ha perduto il contributo dell'ospedale di Desio, passato alla ASST di Monza, senza tuttavia registrare una significativa diminuzione delle segnalazioni.



L'85% delle segnalazioni del 2018 proviene dai due ospedali principali: Vimercate e Carate Brianza. Si nota, comunque, la presenza dei tre ambiti territoriali.

Data redazione	Redatto da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
11/03/2019	UOC Qualità e Risk Management	00	27/03/2019	Direzione Strategica	9 di 22

Fase dell'assistenza

Il grafico seguente mostra che le due situazioni più frequenti associate alle schede di Incident Reporting segnalate nel 2018 sono il “Ricovero / Presa in carico del paziente” e il “Trasferimento dell'assistenza”.

- La fase dell'assistenza riguardante il “Ricovero / Presa in carico del paziente” si riferisce a criticità legate alla comunicazione fra gli operatori nel passaggio delle informazioni al momento del ricovero, così come le criticità legate alla “Risposta all'emergenza” e al “Trasferimento dell'assistenza”.
- La fase dell'assistenza riguardante la “Identificazione del paziente” costituisce un problema ancora relativamente diffuso nonostante l'intensa azione di sensibilizzazione attuata a livello aziendale e l'implementazione del braccialetto identificativo.

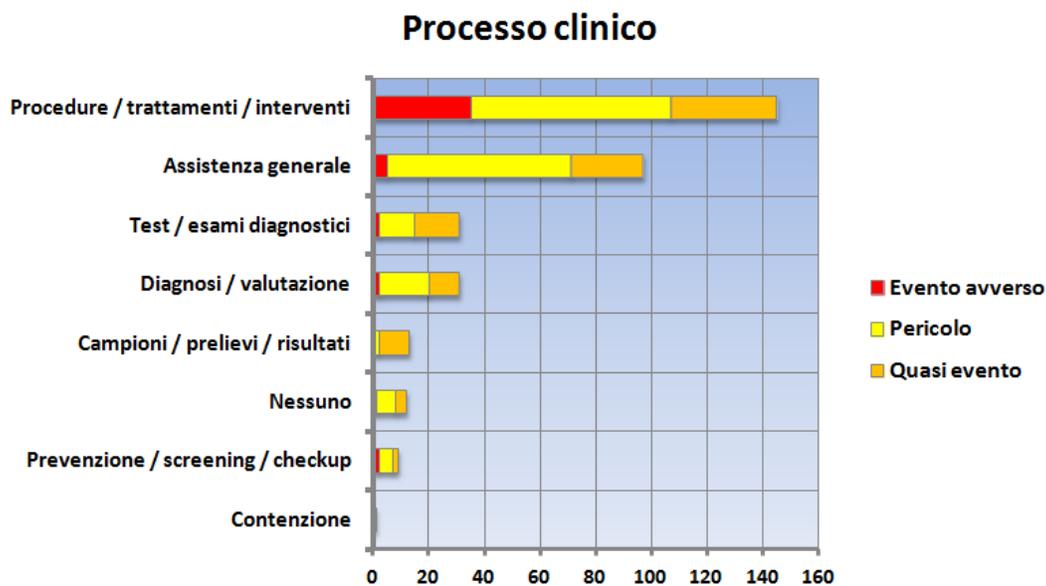


L'errata identificazione del paziente è segnalata nel 8% delle segnalazioni (28 su 342) ed è in diminuzione rispetto agli anni precedenti. In questa categoria sono compresi gli errori di identificazione dei campioni biologici, delle immagini (Rx, ecografie eccetera). L'85% di tali segnalazioni riguarda situazioni di pericolo o near miss, senza danno al paziente.

Data redazione	Redatto da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
11/03/2019	UOC Qualità e Risk Management	00	27/03/2019	Direzione Strategica	10 di 22

Processo clinico

“Procedure/Trattamenti/Interventi” , “Assistenza generale” e “Test / Esami diagnostici” sono i primi tre processi clinici segnalati, come evidenziato dal grafico seguente.



Distribuzione delle criticità legate al processo clinico

Le errate “Procedure / trattamenti / interventi” sono segnalate nel 42% dei casi (145 su 339) e riguardano prevalentemente segnalazioni di pericolo e di near miss (110 su 145).

Gli eventi avversi legati alle procedure / trattamenti / interventi rappresentano il 10% di tutte le segnalazioni (35 su 339).

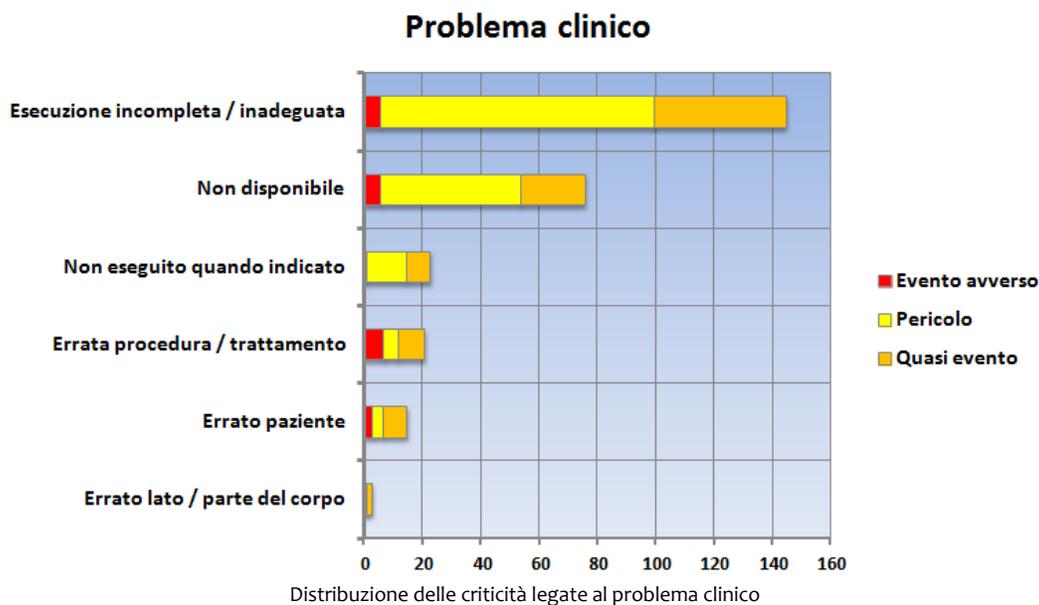
Data redazione	Redatto da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
11/03/2019	UOC Qualità e Risk Management	00	27/03/2019	Direzione Strategica	11 di 22

Problema clinico

“Esecuzione incompleta/Inadeguata” e “Non disponibile” sono le prime due situazioni riguardanti il problema clinico rilevato dagli operatori.

Anche in questo caso, i dati concordano con quanto evidenziato nei grafici precedenti. Le criticità legate al ricovero (presa in carico) e alla identificazione del paziente, sono associate a processi clinici di procedure / trattamenti / diagnosi che generano problemi di esecuzione incompleta o inadeguata.

La criticità “Errato paziente” risulta pari al 5% delle segnalazioni, in netta riduzione rispetto agli anni precedenti.



Le segnalazioni di “Esecuzione incompleta / inadeguata” sono presenti nel 51% dei casi (145 su 283) e sono attribuite, in prevalenza, a situazioni di pericolo.

Eventi sentinella

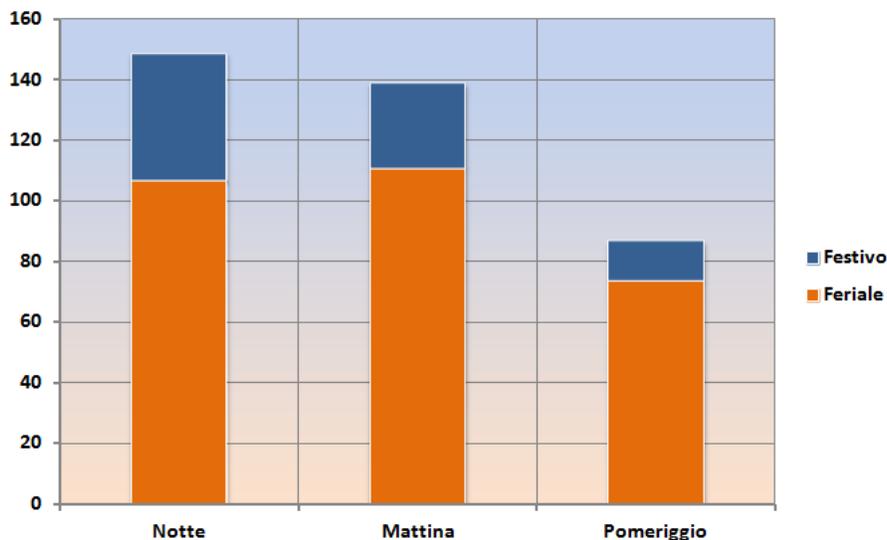
L’azienda inserisce gli eventi sentinella nel sito internet SIMES del Ministero della Salute. Dal 2009 ad oggi sono stati registrati 11 eventi sentinella. Per ogni evento sentinella la SC Risk Management attua l’analisi intensiva delle cause (Root Cause Analysis – RCA) secondo la metodica descritta dal Manuale del Ministero della Salute. Le azioni correttive identificate al termine dell’analisi sono oggetto di valutazione da parte della Direzione Strategica e vengono successivamente implementate secondo una pianificazione ad hoc che comprende anche il monitoraggio degli indicatori di processo ed esito. Nel corso del 2018 non si sono verificati eventi sentinella.

Data redazione	Redatto da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
11/03/2019	UOC Qualità e Risk Management	00	27/03/2019	Direzione Strategica	12 di 22

Caduta Pazienti

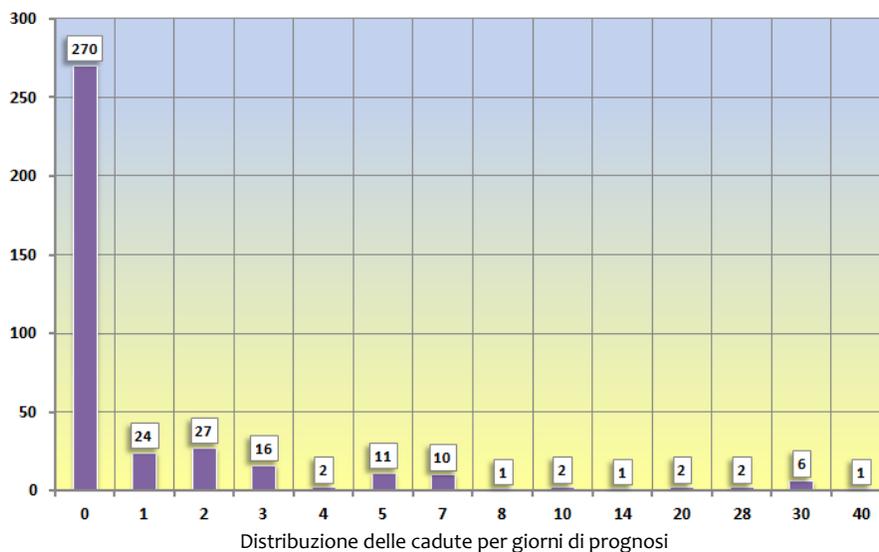
L'azienda ha implementato un sistema informatizzato di segnalazioni delle cadute dei pazienti. Nel 2018 sono state effettuate 375 segnalazioni di caduta dei pazienti. Di seguito si riportano i dati aggregati.

Cadute 2018 - Turno e giorno



Distribuzione delle cadute per tipo di giorno e per tipo di turno.

Distribuzione per giorni di prognosi



Il 72% delle segnalazioni di caduta riporta una prognosi definitiva di zero giorni (270 su 375).

Data redazione	Redatto da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
11/03/2019	UOC Qualità e Risk Management	00	27/03/2019	Direzione Strategica	13 di 22

Progetti operativi aziendali

I progetti operativi sotto riportati sono stati oggetto di discussione e approvazione durante la prima riunione del GCGR tenutasi in data 13 marzo 2019.

Progetto n.1: FARMARISK

La sicurezza delle cure per quanto riguarda la terapia farmacologica, è oggetto di molte Raccomandazioni ministeriali (R1, R7, R10, R12, R14 e R17), alle quali si è recentemente aggiunta la R18 riguardante l'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle simboli.

	Argomento / attività
A	Costituzione del GDL
B	Standardizzare le modalità di prescrizione farmacologica secondo le indicazioni della R18.
C	Descrivere la mappa di processo dell'intero ciclo del farmaco, considerando tutte le RR Ministeriali
D	Progettazione di un aggiornamento del personale sul tema della sicurezza delle cure legata alla terapia farmacologica

Il progetto prevede il coordinamento della UOC Qualità e Risk Management al gruppo di lavoro aziendale.

Indicatori:

- Redazione, pubblicazione e diffusione di una procedura operativa specifica per la R18;
- Definizione della mappa di processo aziendale specifica per il ciclo del farmaco;
- Progetto di un corso di formazione (da realizzare nel 2020).

Stakeholder coinvolti nel progetto:

UOC Qualità e Risk Management, Direzioni mediche di presidio, SITR polo ospedaliero e territoriale, Farmacia aziendale, Sistemi informativi.

Data redazione	Redatto da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
11/03/2019	UOC Qualità e Risk Management	00	27/03/2019	Direzione Strategica	14 di 22

Progetto n.2: Passaporto ostetrico

Il percorso della donna gravida coinvolge diverse figure professionali, diverse strutture territoriali e ospedaliere e differenti discipline. Il coordinamento di tutte le attività correlate, può garantire la miglior qualità e sicurezza dell'outcome.

Il progetto prevede tre fasi (come descritto nel crono programma):

	Argomento / attività
A	Costituzione del GDL
B	Descrizione della mappa di processo dell'intero percorso della donna in gravidanza
C	Monitoraggio trimestrale dei trigger aggiornati

Il progetto prevede il coordinamento della UOC Qualità e Risk Management al gruppo di lavoro aziendale.

Indicatori:

- Descrivere la mappa di processo dell'intero percorso della donna in gravidanza.
- Monitoraggio trimestrale dei trigger aggiornati

Stakeholder coinvolti nel progetto:

UOC Qualità e Risk Management, Direzioni mediche di presidio, SITR polo ospedaliero e territoriale, Consultori per la gravidanza fisiologica, UOC Ostetricia e ginecologia, Patologia neonatale, UOC anestesia, Dipartimento salute mentale.

Data redazione	Redatto da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
11/03/2019	UOC Qualità e Risk Management	00	27/03/2019	Direzione Strategica	15 di 22

Progetto n.3: Passaporto chirurgico bis

La sicurezza delle cure in ambito chirurgico richiede il coordinamento di numerosi professionisti che operano nelle diverse fasi di gestione del paziente, dal ricovero alla dimissione. Il progetto 2019 continua l'analogo progetto 2018, sviluppando la mappatura del macro – processo aziendale nel contesto delle singole unità operative chirurgiche.

Il progetto intende inoltre ottemperare alle linee guida regionali riguardanti l'implementazione della così detta Checklist 2.0, recentemente diffusa dalla Regione Lombardia.

Nell'ambito del progetto si vuole inoltre affrontare il complesso tema dell'integrazione dei diversi database utilizzati lungo il percorso del paziente chirurgico, con la collaborazione dei Sistemi Informativi.

	Argomento / attività
A	Valutazione dei rischi associati al percorso del paziente, tramite mappa di processo per UO
B	Implementazione della Checklist 2.0 della Regione Lombardia
C	Progetto di integrazione dei diversi software usati nel percorso del paziente chirurgico

Il progetto prevede il coordinamento della UOC Qualità e Risk Management al gruppo di lavoro aziendale.

Indicatori:

- Esistenza del gruppo di lavoro - Verbale di riunioni
- Valutazione dei rischi associati al percorso del paziente, tramite mappa di processo per UO
- Implementazione della Checklist 2.0 della Regione Lombardia
- Progetto di integrazione dei diversi software usati nel percorso del paziente chirurgico.

Stakeholder coinvolti nel progetto:

UOC Qualità e Risk Management, Direzioni mediche di presidio, SITR polo ospedaliero e territoriale, Dipartimento chirurgico, Dipartimento emergenza urgenza, Sistemi Informativi, Ingegneria gestionale.

Data redazione	Redatto da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
11/03/2019	UOC Qualità e Risk Management	00	27/03/2019	Direzione Strategica	16 di 22

Progetto n.4: Facilitatori SEA (Significant Event Analysis)

Il progetto vuole formare operatori che assumano il ruolo di facilitatori, garantendo l'organizzazione e la conduzione in azienda di Audit Clinici secondo il metodo SEA, al fine di diffondere tale metodica in tutti gli ambiti ospedalieri e territoriali.

Il progetto prevede tre fasi (come descritto nel crono programma):

	Argomento / attività
A	Definizione dei candidati al percorso formativo per facilitatori
B	Creazione di un gruppo di facilitatori con capacità di condurre riunioni per l'analisi di eventi significativi (attraverso corso di formazione)
C	Realizzazione di 3 SEA quale implementazione delle conoscenze e competenze acquisite dai partecipanti al corso.

Indicatori:

- Creazione di un gruppo di facilitatori con capacità di condurre riunioni per l'analisi di eventi significativi.
- Realizzazione di 3 SEA quale implementazione delle conoscenze e competenze acquisite dai partecipanti al corso.

Il progetto prevede il coordinamento della UOC Qualità e Risk Management al gruppo di lavoro aziendale.

Stakeholder coinvolti nel progetto:

Saranno coinvolti nel progetto tutti i Dipartimenti clinici aziendali.

Data redazione	Redatto da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
11/03/2019	UOC Qualità e Risk Management	00	27/03/2019	Direzione Strategica	17 di 22

Progetto n.5: Tolleranza zero bis

Continua il progetto dell'anno 2018 per l'implementazione della Raccomandazione n. 8 per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori, attraverso l'adozione di misure che consentano di ridurre il rischio.

Il progetto prevede tre fasi (come descritto nel crono programma):

	Argomento / attività
A	Valutazione del rischio aziendale percepito dagli operatori
B	Implementazione corso di formazione
C	Implementare sezione specifica IR per aggressioni agli operatori

Indicatori:

- Costituzione del GDL aziendale
- Valutazione del rischio aziendale percepito dagli operatori
- Implementazione corso di formazione
- Implementare sezione specifica IR per aggressioni agli operatori nel software aziendale

Il progetto prevede il coordinamento della UOC Qualità e Risk Management al gruppo di lavoro aziendale.

Stakeholder coinvolti nel progetto:

UOC Qualità e Risk Management, Dipartimento salute mentale, SITRA, Direzioni mediche, UOC Affari Legali, CUG, Servizio prevenzione e protezione, UdO.

Data redazione	Redatto da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
11/03/2019	UOC Qualità e Risk Management	00	27/03/2019	Direzione Strategica	18 di 22

Tabella riassuntiva dei progetti operativi in programma per il 2019.

Nome del progetto	Area di intervento (*) Commenti
1 FARMARISK	Processo clinico - assistenziale (1) Gestione della documentazione sanitaria (3)
2 Passaporto ostetrico	Processo clinico - assistenziale (1) Gestione della documentazione sanitaria (3) <i>Progetto associato a corso di formazione/ convegno</i>
3 Passaporto chirurgico bis	Processo clinico - assistenziale (1) Gestione della documentazione sanitaria (3)
4 Facilitatori SEA	Processo clinico - assistenziale (1) Gestione della documentazione sanitaria (3) <i>Progetto associato a corso di formazione/ convegno</i>
5 Tolleranza zero bis	Processo clinico - assistenziale (1) Gestione della documentazione sanitaria (3) <i>Progetto associato a corso di formazione/ convegno</i>

(*) Il numero dell'Area di Intervento si riferisce alle Linee Guida regionali del 14.12.2005 (Prot. H1.2005.0055310).

Data redazione	Redatto da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
11/03/2019	UOC Qualità e Risk Management	00	27/03/2019	Direzione Strategica	19 di 22

Progetti operativi interaziendali

La ASST Vimercate aderisce ai seguenti progetti interaziendali riportati nelle specifiche schede regionali:

Titolo del progetto	Descrizione	Ruolo ASST Vimercate	Aziende associate
Risk buster	Il reporting degli eventi avversi, dei near miss e delle situazioni di pericolo costituisce un importante fonte informativa per la fusione di risk management. La standardizzazione degli strumenti per la segnalazione migliora il risk assessment.	Capofila	ASST Monza ASST Lecco ATS Monza e Brianza
La violenza nei luoghi di lavoro come riconoscerla e gestirla	Gli episodi di aggressività sul lavoro risaltano solo quando si concretizzano in azioni di particolare gravità, spesso vengono sottovalutati comportamenti dall'impatto immediato più contenuto, ma importanti per gli effetti di medio lungo periodo sia per l'individuo che per l'organizzazione, che si sostanziano nel tono della voce, nella gestualità, nelle minacce implicite o nel sarcasmo e che possono rappresentare l'anticamera di fenomeni più gravi ed è in tale ambito che si intende agire con l'implementazione del progetto interaziendale attraverso la collaborazione tra i 3 Enti.	Associata	ASST Monza ASST Lecco ATS Monza e Brianza
Implementazione Raccomandazione N.18	L'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli, sebbene sia una prassi consolidata durante le varie fasi di gestione del farmaco in ospedale e sul territorio, può indurre in errore e causare danni ai pazienti, come riportato dalla letteratura nazionale ed internazionale.	Associata	ASST Monza ASST Lecco ATS Monza e Brianza
Prevenzione degli effetti cardiotossici della terapia farmacologica in oncologia ed ematologia	Le terapie anti-tumorali, soprattutto le nuove molecole, hanno dimostrato un elevato grado di efficacia per il trattamento dei tumori e di alcune malattie ematologiche, ma possono determinare effetti collaterali potenzialmente letali a carico dell'apparato cardiovascolare.	Associata	ASST Niguarda ASST Lodi

Data redazione	Redatto da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
11/03/2019	UOC Qualità e Risk Management	00	27/03/2019	Direzione Strategica	20 di 22



Recapiti aziendali della UOC Qualità e Risk Management

Indirizzo postale:

Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Vimercate
 Direzione Generale
 Unità Operativa Complessa Qualità e Risk Management
 Via Santi Cosma e Damiano, 10 – 20059 Vimercate (MI)

Telefono: 039.6654689 ufficio

Telefono: 039.6654088 segreteria

Fax: 039.6654365

Sito internet: <http://www.asst-vimercate.it>

E-mail aziendale: risk.management@asst-vimercate.it

E-mail risk manager: roberto.agosti@asst-vimercate.it

Il Risk Manager Aziendale
 Dr. Roberto Agosti

Data redazione	Redatto da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
11/03/2019	UOC Qualità e Risk Management	00	27/03/2019	Direzione Strategica	21 di 22

Schede e crono programmi allegati

Data redazione	Redatto da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
11/03/2019	UOC Qualità e Risk Management	00	27/03/2019	Direzione Strategica	22 di 22