



# Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico GAETANO PINI

Deliberazione n.	126	Del	31 MAR. 2015	Atti	36/2005
------------------	-----	-----	--------------	------	---------

**Oggetto: “Provvedimento in ordine al Piano Integrato per il  
Miglioramento dell’Organizzazione (P.I.M.O.) alla luce delle  
regole di gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per  
l’anno 2015 (D.G.R. n. X/2989 del 23.12.2014).**

## IL DIRETTORE GENERALE

**Premesso** che, con D.G.R. n° X/1185 del 20 dicembre 2013 “Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l’esercizio 2014”, la Regione Lombardia ha definito le Regole di gestione del S.S.R. per l’anno 2015 confermando, tra l’altro, le politiche di programma di miglioramento continuo attraverso lo sviluppo del Programma integrato di miglioramento dell’organizzazione, fondato sulla presenza e intervento del management nell’indirizzare e focalizzare le attività di miglioramento in modo da assicurare la coerenza delle azioni intraprese con le esigenze operative e strategiche dell’Azienda, ma anche il contributo diretto degli operatori nel proporre come migliorare i processi loro affidati;

**dato atto** che il miglioramento continuo è definito dalle Regole 2015 come sforzo dell’intera organizzazione caratterizzato da un insieme di attività per il controllo e miglioramento dei processi basato su obiettivi, indicatori, procedure, linee guida e verifica della loro applicazione ed efficacia;

**richiamato** che il suddetto programma (P.I.M.O.) si caratterizza in base alle Regole 2015 come una piattaforma articolata in quattro aree (valutazioni, performance, monitoraggio e obiettivi) per lo sviluppo delle conoscenze e valutazioni del sistema le quali richiedono una necessaria integrazione tra la logica economico-finanziaria e le attività sanitarie aziendali;

**evidenziato** in particolare che le Regole 2015 fissano che nella stesura del P.I.M.O. si debba tenere conto della necessaria integrazione dei sistemi di valutazione delle performance aziendali e della gestione del rischio sviluppando nel corso dell’anno nell’area “Garantire i livelli di assistenza” gli obiettivi prioritari e comuni a tutte le strutture che riguardano la gestione di:

- Infezioni correlate alla assistenza/asepsi
- Percorsi di Pronto soccorso
- Continuità delle cure



# Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico GAETANO PINI

Deliberazione n. 126	Del 31 MAR. 2015	Atti 36/2005
----------------------	------------------	--------------

**sottolineato** inoltre che nel'ambito del P.I.M.O. con riferimento alle attività di risk management l'obiettivo fissato dalla Regione è l'implementazione delle Linee guida ministeriali ed internazionali attraverso l'attuazione dei progetti e diffusione di protocolli e procedure operative in tema di sicurezza del paziente e delle cure, attraverso la redazione del piano strategico del risk management per l'anno 2015 basato sull'andamento della rischiosità aziendale con riferimento agli indicatori regionali di benchmarking sul rischio ed eventi sentinella ed avversi più rilevanti orientando gli interventi delle Azienda ospedaliera prioritariamente a diminuire il rischio negli ambiti di:

- sala parto
- infezioni ospedaliere
- errori in terapia con farmaci antineoplastici

**rilevato** che da parte della Direzione Medica di Presidio e dell'Ufficio Qualità sono stati individuati per l'area "Garantire i livelli di assistenza" obiettivi prioritari da sviluppare nel corso dell'anno 2015 attraverso la predisposizione di specifici progetti indicanti metodologie di realizzazione degli interventi, durata, risultati attesi e indicatori, di seguito elencati:

- progetto Lavaggio mani;
- progetto Seps;
- progetto Safety walk round (SWR);
- progetto Percorsi di pronto soccorso;
- progetto Continuità di cure: valutazione percorsi MAC-Reumatologia

conservati agli atti della Direzione Medica di Presidio;

**vista** la proposta di Piano annuale di Risk Management avanzata dal Risk Manager, Prof. Giorgio Maria Calori, redatto sulla base dei criteri indicati dalle Regole di sistema per l'anno 2015 sulla scorta delle Linee guida diramate da Regione Lombardia, indicante i progetti aziendali da attuarsi tenendo in considerazione gli obiettivi prioritari per le aziende nel 2015, gli obiettivi WHO e le raccomandazioni ministeriali in materia di rischio clinico, tra cui il progetto RIMANI (lavaggio mani) ed il progetto MEWS (sepsi), i quali recepiscono, in una logica di corretta integrazione tra gli strumenti aziendali, i contenuti dei progetti sopra indicati proposti da parte della Direzione Medica di Presidio e dell'Ufficio Qualità;



**Azienda Ospedaliera  
Istituto Ortopedico  
GAETANO PINI**

Deliberazione n. <b>126</b>	Del <b>31 MAR. 2015</b>	Atti <b>36/2005</b>
-----------------------------	-------------------------	---------------------

**atteso** che in occasione del passaggio al nuovo rapporto assicurativo questa Azienda Ospedaliera, al fine di potenziare la capacità di autonoma gestione dei sinistri, ha provveduto a rafforzare l'attività del Comitato di valutazione dei sinistri incrementando la presenza di professionalità interne alla Azienda nel Comitato, anche attraverso la diretta partecipazione della Direzione aziendale ai lavori, in linea con le disposizioni ottenute nelle Linee guida del Risk Management diramate da Regione Lombardia e con le Regole di Sistema 2015 di cui alla D.G.R. 2989 del 23.12.2014 con riferimento a quanto previsto al punto 2.3.5 dedicato al Risk Management;

**preso atto** che il termine fissato dalle Linee guida regionali per l'adozione del Piano annuale di Risk Management 2015 è la data del 31.3.2015;

**ritenuto** di approvare il Piano annuale di Risk Management 2015 quale strumento per la programmazione e pianificazione integrata delle attività aziendali in linea con i criteri generali di predisposizione e attuazione del Piano Integrato di Miglioramento Organizzativo (P.I.M.O.), allegato alla presente deliberazione quale sua parte integrante e sostanziale;

**visti** i pareri favorevoli espressi, per quanto di rispettiva competenza, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, ai sensi degli artt. 3 e 3bis del d.lgs. 502/92 s.m.i.;;

**DELIBERA**

per i motivi di cui in premessa, che qui si intendono integralmente trascritti:

- 1) di approvare i progetti predisposti da parte della Direzione Medica di Presidio e dall'Ufficio Qualità con riferimento all'Area chiave di miglioramento "Garantire i livelli di assistenza", quali obiettivi prioritari da sviluppare nel corso dell'anno 2015 attraverso la predisposizione di specifici progetti indicanti metodologie di realizzazione degli interventi, durata, risultati attesi e indicatori, di seguito elencati:
  - progetto Lavaggio mani;
  - progetto Sepsis;
  - progetto Safety walk round (SWR);
  - progetto Percorsi di pronto soccorso;
  - progetto Continuità di cure: valutazione percorsi MAC-Reumatologia

conservati agli atti della Direzione Medica di Presidio;



**Azienda Ospedaliera  
Istituto Ortopedico  
GAETANO PINI**

Deliberazione n. <b>126</b>	Del <b>31 MAR. 2015</b>	Atti <b>36/2005</b>
-----------------------------	-------------------------	---------------------

- 2) di approvare il Piano annuale di Risk Management avanzata dal Risk Manager, Prof. Giorgio Maria Calori, redatto sulla base dei criteri indicati dalle Regole di sistema per l'anno 2015 sulla scorta delle Linee guida diramate da Regione Lombardia, indicante i progetti aziendali da attuarsi tenendo in considerazione gli obiettivi prioritari per le aziende nel 2015, gli obiettivi WHO e le raccomandazioni ministeriali in materia di rischio clinico, tra cui il progetto RIMANI (lavaggio mani) ed il progetto MEWS (sepsi), i quali recepiscono, in una logica di corretta integrazione tra gli strumenti aziendali, i contenuti dei progetti sopra indicati proposti da parte della Direzione Medica di Presidio e dell'Ufficio Qualità;
- 3) di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri a carico dell'Azienda;
- 4) di dichiarare il presente atto non soggetto a controllo preventivo ai sensi dell'art. 18 comma 7 della L.R. n. 33/2009;
- 5) di disporre la pubblicazione della presente deliberazione, dando atto che la stessa è immediatamente esecutiva ai sensi dell'art. 18 comma 9 della L.R. n. 33/2009.

**IL DIRETTORE GENERALE**  
(dott. Amedeo Tropicano)

**CON I PARERI FAVOREVOLI DI COMPETENZA DEL  
DIRETTORE AMMINISTRATIVO**  
(dott. Renato Malaguti)

**DIRETTORE SANITARIO**  
(dott. Nunzio A. Buccino)



**Azienda Ospedaliera  
Istituto Ortopedico  
GAETANO PINI**

Deliberazione n.	<b>126</b>	Del <b>3 1 MAR. 2015</b>	Atti 36/2005
------------------	------------	--------------------------	--------------

**Direzione Sanitaria - UOC Chirurgia Ortopedica Riparativa - Risk Management**  
Si attesta la regolarità amministrativa e tecnica del presente provvedimento.

**RELAZIONE DI PUBBLICAZIONE**

Si certifica che la presente deliberazione é pubblicata all'Albo Pretorio online di questa Azienda Ospedaliera, per rimanervi affissa per quindici giorni consecutivi.

Milano, li **3 1 MAR. 2015**

**U.O. AFFARI GENERALI E LEGALI**  
**L'ASSISTENTE AMMINISTRATIVO**  
**(Maria Cianchella)**

L'atto si compone di n. 23 (ventitre) pagine, di cui n. 17 (diciassette) pagine di allegati parte integrante.



## **PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT**

### **“Miglioramento della Qualità' e della Sicurezza dei Pazienti e degli Operatori Sanitari” ANNO 2015**



**Giorgio Maria Calori**  
**Coordinatore Responsabile**



## INDICE

1. PREMESSA .....	3
2. OBIETTIVI GENERALI, LINEE DI INTERVENTO, AZIONI DI MIGLIORAMENTO E RISULTATI ATTESI .....	3
3. ATTUAZIONE DEI PROGETTI OPERATIVI.....	4
3.1 PROGETTO MEWS.....	4
3.2. PROGETTO RIMANI (RICORDA L'IGIENE DELLE MANI) .....	4
3.3 RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI .....	5
4. EVENTI FORMATIVI RISK MANAGEMENT ANNO 2015 .....	7
5. ALTRE ATTIVITÀ ED INIZIATIVE IMPLEMENTATE IN ADEMPIMENTO ALLE ISTANZE ED INDICAZIONI CONTENUTE NELLE LINEE GUIDA PER LE ATTIVITÀ DI RISK MANAGEMENT 2015 .....	7
6. ALLEGATI: ALLEGATO 1 – LINEE GUIDA RISK MANAGEMENT 2015 .....	8



Piazza A. Cardinal Ferrari, 1  
20122 Milano - Tel. 02 582961

**Azienda Ospedaliera  
Istituto Ortopedico  
GAETANO PINI**

**Polo Riabilitativo**  
Via Isocrate, 19 - 20126 Milano

www.gpini.it - Part. IVA 00903310159 - Cod. Fisc. 80064670153

## 1. PREMESSA

In ottemperanza alla Circolare Regione Lombardia 46/SAN del 27 dicembre 2004 e successive delibere di Giunta, facendo riferimento alle linee guida annuali per l'attività di Risk Management sinora prodotte, al fine di garantire sempre la sicurezza per pazienti e operatori che interagiscono con le strutture sanitarie, è stato formulato il "Piano Annuale di Risk Management per la gestione del rischio clinico" che l'Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico Gaetano Pini ha inteso perseguire, come detto, in continuità con la politica regionale.

L'Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico Gaetano Pini, in ottemperanza alla Deliberazione Regionale X/1185 del 20 dicembre 2013 ed alla Deliberazione Regionale X/2989 del 23 dicembre 2014, ha redatto il Piano Integrato per il Miglioramento dell'Organizzazione (PIMO). Il presente documento è una estrapolazione in merito alla tematica del Risk Management e ne rappresenta una specifica declinazione.

## 2. OBIETTIVI GENERALI, LINEE DI INTERVENTO, AZIONI DI MIGLIORAMENTO E RISULTATI ATTESI

Per l'anno 2015, l'Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico Gaetano Pini ha, pertanto, perseguito obiettivi orientati alla **garanzia di continuità** di linee strategiche e azioni avviate negli anni precedenti, non solo proseguendo il percorso e le attività implementate, ma anche ampliando lo sviluppo di **nuovi e specifici progetti**, come di seguito illustrato.

La **strategia e le linee di intervento** esplicitate dal presente "Piano Annuale di Risk Management per la gestione del rischio clinico" - Anno 2015 -, da un lato si richiamano alla volontà di **consolidamento delle iniziative già avviate** negli anni precedenti, dall'altro definiscono le **attività da intraprendere**.

In particolare, la **strategia e le linee di intervento**, riferite alle indicazioni contenute nelle Linee Guida attività di Risk Management - Anno 2015 - di cui alla Nota Protocollo H1.2014.0040403 del 23/12/2014 - DG Sanità Regione Lombardia, sono state sviluppate conseguentemente al risultato dell'analisi dell'andamento del rischio e della **sinistrosità registrate nell'ultimo triennio** presso l'Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico Gaetano Pini. Tale indirizzo è stato posto in considerazione delle caratteristiche oggettive dell'Azienda e delle effettive possibilità correttive, considerate nel rispetto dei criteri fondamentali: evidenza scientifica, applicabilità e giustificazione aziendale. Tutto ciò intendendo affermare gli **obiettivi precipui della Patient Safety** e della corretta diffusione di una *cultura Safety Oriented*, in ambiti ed aree considerate di maggior sensibilità.





Piazza A. Cardinal Ferrari, 1  
20122 Milano - Tel. 02 582961

**Azienda Ospedaliera  
Istituto Ortopedico  
GAETANO PINI**

**Polo Riabilitativo**  
Via Isocrate, 19 - 20126 Milano  
www.gpini.it - Part. IVA 00903310159 - Cod. Fisc. 80064670153

### 3. ATTUAZIONE DEI PROGETTI OPERATIVI

I progetti specifici individuati per l'anno 2015 sono i seguenti:

1. **RISCHIO SEPSI: Progetto MEWS**
2. **RISCHIO INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA: Progetto Rimani**
3. **RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI:** Le Raccomandazioni ministeriali oggetto delle attività 2015 sono le seguenti:
  - N° 8: Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari;
  - N° 15: Prevenzione della morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso.

Di seguito sono illustrati in dettaglio i progetti per l'anno 2015 dei quali in allegato sono riportati i dettagli richiesti dalla Linee Guida Regionali 2015.

#### 3.1 PROGETTO MEWS

La sepsi rappresenta una condizione clinica relativamente frequente, di difficile gestione, associata a una mortalità molto elevata quando si accompagna a insufficienza d'organo (sepsi grave, 20-5%) o a uno stato shock (shock settico, 40-70%).

Dalla letteratura si evince come sia indispensabile per la sopravvivenza del paziente riconoscere il quadro di sepsi ed intervenire tempestivamente.

Adottando tempestivamente strategie di provata efficacia è possibile ridurre in modo significativo la mortalità ad essa associata.

In linea con quanto indicato nel decreto n.7517 del 2013, "strategie integrate per ridurre la mortalità ospedaliera associata alla sepsi grave" per favorire la corretta e tempestiva identificazione precoce del paziente settico verrà introdotto l'utilizzo del MEWS c/o lo STU dell'Azienda.

Tale score permette di rilevare la situazione di instabilità del paziente, è ampiamente utilizzato nel mondo anglosassone, include l'osservazione di frequenza cardiaca, respiratoria, temperatura, pressione arteriosa, stato di vigilanza.

Verrà redatto un protocollo condiviso di applicazione di tale strumento e verranno opportunamente formati gli operatori che dovranno applicarlo.

#### 3.2. PROGETTO RIMANI (RICORDA L'IGIENE DELLE MANI)

L'igiene delle mani è stata riconosciuta come uno degli elementi centrali per proteggere il paziente dalla trasmissione crociata di microrganismi. Nonostante ciò vi sono evidenze di scarsa adesione a questa pratica da parte dei professionisti sanitari.

L'Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico G. Pini dal 2009 mette in atto una politica di sensibilizzazione e controllo in merito al corretto lavaggio delle mani, in linea con quanto indicato dall'OMS.

Per il 2015 l'intervento che si intende mettere in atto con il Progetto Rimani (Ricordati l'Igiene delle Mani) è mirato ad aumentare la sensibilità degli operatori sanitari verso la pratica di igiene delle mani, attraverso la diffusione periodica di messaggi sull'argomento con lo scopo di mantenere elevata e costante l'attenzione degli operatori sanitari e socio-sanitari sull'adesione alle buone pratiche.



Continuerà l'attività di verifica eseguita da DMP mediante MOD/48 DMP "Lista di riscontro e rapporto elementi di competenza infermieristica" e MOD/ 64 DMP "Lista di riscontro elementi di competenza infermieristica in Blocco Operatorio" a cadenza semestrale.

All'interno di questi modelli sono presenti 5 items di verifica in merito al lavaggio mani.

Considerato il continuo lavoro di formazione e verifica in merito all'igiene delle mani che rimane un fattore chiave per la prevenzione delle infezioni in ospedale, si adotterà lo strumento Hand Hygiene Self-Assessment Framework 2010 della WHO, come scheda di autovalutazione per ottenere l'analisi in merito alla promozione e alla pratica dell'igiene delle mani all'interno della struttura sanitaria.

Il documento funge da strumento diagnostico, individuando i problemi chiave che necessitano di attenzione e miglioramento. I risultati possono essere utilizzati per facilitare lo sviluppo di un piano di azione rivolto ai programmi di promozione dell'igiene delle mani nelle strutture sanitarie. L'uso ripetuto di questo strumento consentirà anche di documentare i progressi nel tempo. Tale framework verrà compilato semestralmente dalla DMP e Ufficio Qualità e condiviso nel corso delle riunioni del CCIO.

### **3.3 RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI**

#### ***N°8: Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari***

Nel corso dell'attività lavorativa gli operatori sanitari sono esposti o possono essere esposti a diversi fattori che possono essere dannosi sia per la salute che per la sicurezza. Tra questi particolare rilevanza ha il rischio di affrontare una esperienza di violenza (aggressione o altro evento con conseguenze di lesioni personali più o meno importanti). Il National Institute of Occupational -safety and Health (NIOSH) definisce la violenza sul posto di lavoro come "ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica sul posto di lavoro". Si ritengono pertanto fondamentali la programmazione ed implementazione di misure strutturali e organizzative che consentano la riduzione del rischio di comportamenti aggressivi e di atti di violenza contro gli operatori sanitari. Tutto ciò attraverso l'acquisizione di conoscenze e competenze da parte degli operatori per valutare, prevenire e gestire tali eventi.

Lo scopo del progetto è quello di sviluppare, seguendo le indicazioni della raccomandazione n. 8, le modalità per prevenire gli atti di violenza contro gli operatori attraverso l'implementazione di misure che consentano l'eliminazione o la riduzione delle condizioni di rischio presenti e l'acquisizione delle competenze da parte degli operatori nel valutare e gestire tali eventi nel caso in cui accadano.

Già nel corso dell'anno 2014 è stato attivato uno sportello di **counseling** a supporto degli operatori sanitari a seguito di atti di violenza subiti.

Nel corso dell'anno 2015 sarà sviluppato uno specifico database, che raccoglie dati ed informazioni anche dallo sportello di counseling, predisposto dal GDL che consentirà di analizzare gli eventi già segnalati e individuare le aree di rischio attraverso la conduzione di indagini ad hoc che saranno predisposte. L'analisi dei dati permetterà di identificare le opportune iniziative di protezione e prevenzione da adottare. Tali iniziative saranno materia di formazione del personale interessato. La metodologia prevede il monitoraggio degli interventi attuati.

La realizzazione del progetto prevede la ricognizione dei rischi attraverso l'istituzione di un GDL ad hoc che porterà alla definizione delle priorità di intervento ed alla definizione delle misure di mitigazione dei rischi strutturali, tecnologici ed organizzativi per quanto ritenuto necessario. Sarà pertanto regolamentata la modalità delle gestioni degli episodi di violenza e regolamentata una procedura per la gestione e prevenzione degli atti di violenza. Tutto ciò al fine di produrre un programma di prevenzione e relativa formazione del personale.



***N° 15: Prevenzione della morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso.***

Il triage, secondo quanto riportato nell'Atto di Intesa Stato Regioni del 17/5/96, è "*// primo momento di accoglienza e valutazione di pazienti in base a criteri definiti che consentano di stabilire la priorità di intervento*".

I pazienti a cui è stato assegnato, da parte del personale addetto al triage, un codice di priorità di accesso sottostimato rispetto alla condizione clinica e al rischio evolutivo, possono andare incontro a morte o subire un danno severo a causa del mancato o ritardato intervento medico ovvero dell'invio del paziente ad un percorso diagnostico-terapeutico inappropriato.

Sulla base di tali considerazioni e di altri documenti (come ad esempio il documento di Progetto Mattoni SSN, Milestone 1.3), nel febbraio 2013 il Ministero della Salute ha emanato la Raccomandazione n.15 "*Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso*". Il progetto descritto ha quindi l'obiettivo di implementare le indicazioni ivi contenute per incrementare in Azienda la sicurezza del Paziente che accede al pronto Soccorso.

Il triage è un processo dinamico, volto a garantire che i pazienti ricevano il livello e la qualità di cura più appropriate alle loro necessità, in relazione alla migliore utilizzazione possibile delle risorse disponibili.

Il Progetto Aziendale si propone l'obiettivo di implementare azioni volte ad incrementare il livello di sicurezza durante lo svolgimento del Triage Ospedaliero, ossia quello effettuato in Pronto Soccorso che garantisce prestazioni di ampia variabilità: *dall'emergenza all'urgenza "differibile", fino alla "non urgenza"*.

Il progetto per l'analisi di processo e l'implementazione di azioni di miglioramento e monitoraggio per la prevenzione della morte o grave danno conseguente alla non corretta attribuzione del codice triage, vede una durata triennale.

Nel corso del 2014 è stato costituito un gruppo di lavoro dedicato con il coinvolgimento di varie funzioni aziendali e figure professionali Medico / Infermieristiche del Pronto Soccorso e del Risk Management (Pronto Soccorso, SITRA, Chirurgia Ortopedica Riparativa - Risk Management, Qualità) che ha sviluppato un self assesment in merito ai requisiti della Raccomandazione in esame e sono state individuate le priorità di intervento. Già nel corso della prima annualità si sono attivate le azioni correttive ritenute prioritarie, con particolare attenzione alla formazione specifica per il personale che non risultava adeguatamente formato.

Per la seconda annualità - 2015, previa valutazione di fattibilità ed attuabilità delle azioni di miglioramento, è prevista la implementazione delle iniziative formulate nel corso della prima annualità e della formazione specifica. In relazione all'auto valutazione le priorità emerse sono state quelle di seguito riferite.

Aspetti della Raccomandazione N.15	Specifiche per requisito
Aspetti assistenziali	Rivalutazione periodica dei pazienti in attesa, per conferma/modifica del codice di triage (MEWS)
Aspetti organizzativi	Formazione di tipo clinico
	Formazione di tipo metodologico
	Formazione per neo assunti prevista da normativa vigente
	Verifiche periodiche relative alla formazione/valutazione delle competenze



Piazza A. Cardinal Ferrari, 1  
20122 Milano - Tel. 02 582961

**Azienda Ospedaliera**  
**Istituto Ortopedico**  
**GAETANO PINI**

**Polo Riabilitativo**  
Via Isocrate, 19 - 20126 Milano

www.gpini.it - Part. IVA 00903310159 - Cod. Fisc. 80064670153

In merito alla priorità “Rivalutazione periodica dei pazienti in attesa, per conferma/modifica del codice di triage”, così come per altre priorità (Medio – Alta) emerse nell’autovalutazione, come già evidenziato ad inizio anno, si conferma che al fine di dare seguito alle ulteriori attività saranno necessarie specifiche risorse dedicate in merito.

**Le attività previste per la terza annualità prevedono il monitoraggio e l'osservazione del processo assistenziale del paziente e del numero di Eventi, Sinistri e Reclami (di cui il risultato atteso è la riduzione del numero) in Pronto Soccorso, per errata attribuzione del codice triage.**

#### **4. EVENTI FORMATIVI RISK MANAGEMENT ANNO 2015**

Per l'anno 2015 l'Azienda, in considerazione delle criticità di Sistema e dei bisogni rilevati, ha elaborato la seguente proposta formativa:

In relazione all’implementazione N° 8 Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari sarà sviluppata la formazione in merito alla procedura relativa alla prevenzione gestione degli atti di violenza rivolta alle persone interessate all’argomento.

Nell’ambito del programma informativo è previsto in particolare la gestione dei conflitti, argomento trattato in un programma formativo interaziendale.

Nell’ottica della gestione del rischio clinico in termini preventivi, nel corso dell’anno 2015 sarà applicato lo strumento prospettico **FMEA/FMECA**, previsto dai modelli d’accreditamento all’eccellenza internazionali Joint Commition e Accreditation Canada ed anche dalle indicazioni Regionali. La gestione e riduzione del rischio avverrà in merito al processo di “Gestione del prericovero e visita anestesilogica”.

La scelta dell’utilizzo di tale strumento si è valutata anche nell’ottica dello sviluppo multiprofessionale e multidisciplinare nella gestione del rischio clinico, premessa per la messa in sicurezza dei processi per i pazienti e per gli operatori sanitari che operano negli stessi.

#### **5. ALTRE ATTIVITÀ ED INIZIATIVE IMPLEMENTATE IN ADEMPIMENTO ALLE ISTANZE ED INDICAZIONI CONTENUTE NELLE LINEE GUIDA PER LE ATTIVITÀ DI RISK MANAGEMENT 2015**

Si riferisce che proseguendo il percorso già intrapreso, anche per il 2014 stante la rilevanza dei temi quali il consenso informato e la sicurezza in chirurgia, l’istituto ha provveduto alla **esecuzione dei monitoraggi** pianificati relativamente a:

- Check List di adozione del Consenso Informato;
- Check List per la sicurezza in chirurgia;
- Check list per il rischio settico.

Nel corso del 2015 l’Azienda parteciperà alla **Call for Good Practice dell’Age.Na.S** aggiornando la buona pratica avviata nel 2014: Aggiornamento del Safety Work Rounds.



## 6. ALLEGATI: ALLEGATO 1 – LINEE GUIDA RISK MANAGEMENT 2015

Di seguito si riportano le schede progetto come da format allegato 1 “Linee Guida Risk Management 2015”

### **RISCHIO SEPSI: Progetto MEWS**

<b>Azienda</b>	A.O. GAETANO PINI								
<b>Risk Manager</b>	Giorgio Maria Calori								
<b>1. Titolo del Progetto</b>	MEWS								
<b>2. Motivazione della scelta</b>	Miglioramento controllo infezioni correlate alle pratiche assistenziali sepsi								
<b>3.a Area di intervento per AO/IRCCS</b>	Sepsi								
<b>3.b Area di intervento per ASL</b>									
<b>4. Ambito di intervento</b>	STU								
<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>	Migliorare il riconoscimento precoce del paziente settico								
<b>8. Strumenti e metodi</b>	Applicazione MEWS c/o STU								
<b>9. Realizzazione/prodotto</b>	Inserimento dello score MEWS triage.								
<b>10. Durata</b>	1 anno								
<b>11. Risultati e indicatori</b>	<table><thead><tr><th>Risultato</th><th>Indicatore</th></tr></thead><tbody><tr><td>Stesura protocollo</td><td>stesura protocollo</td></tr><tr><td>Personale formato &gt; 80%</td><td>N. partecipanti formazione/ N. invitati alla formazione</td></tr><tr><td>Applicazione dello strumento su tutti i pazienti afferenti STU (100%)</td><td>N. pazienti a cui è stato applicato lo score/ N. di pazienti afferenti STU</td></tr></tbody></table>	Risultato	Indicatore	Stesura protocollo	stesura protocollo	Personale formato > 80%	N. partecipanti formazione/ N. invitati alla formazione	Applicazione dello strumento su tutti i pazienti afferenti STU (100%)	N. pazienti a cui è stato applicato lo score/ N. di pazienti afferenti STU
Risultato	Indicatore								
Stesura protocollo	stesura protocollo								
Personale formato > 80%	N. partecipanti formazione/ N. invitati alla formazione								
Applicazione dello strumento su tutti i pazienti afferenti STU (100%)	N. pazienti a cui è stato applicato lo score/ N. di pazienti afferenti STU								



## Cronoprogramma

FASI	RISORSE	RESPONSABILITA'	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	Gennaio - 16
Elaborazione del protocollo	Personale medico ed infermieristico	DMP/SITRA/RAQ/RM/resp STU													
Supporto tecnico	SIA	SIA													
Formazione	Personale medico ed infermieristico	DMP/SITRA/RAQ/RM/Resp STU													
Implementazione dello strumento	Personale medico ed infermieristico	Resp STU													
Valutazione	Personale medico ed infermieristico	DMP/SITRA/RAQ/RM/resp STU													



**RISCHIO INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA: Progetto Rimani**

<b>Azienda</b>	A.O. GAETANO PINI				
<b>Risk Manager</b>	Giorgio Maria Calori				
<b>1. Titolo del Progetto</b>	Rimani				
<b>2. Motivazione della scelta</b>	Miglioramento controllo infezioni correlate alle pratiche assistenziali				
<b>3.a Area di intervento per AO/IRCCS</b>	Igiene delle mani				
<b>3.b Area di intervento per ASL</b>					
<b>4. Ambito di intervento</b>	Tutte le UUOO				
<b>5. Nuovo/Prosecuzione</b>	Nuovo				
<b>6. Multaziendale</b>	NO				
<b>6.a Se Sì indicare le Aziende partecipanti al progetto:</b>					
<b>7. Obiettivo specifico</b>	Aumentare la compliance degli operatori sanitari verso la pratica di igiene delle mani				
<b>8. Strumenti e metodi</b>	Diffusione periodica di messaggi sull'argomento/verifiche mediante MOD/48 DMP "Lista di riscontro e rapporto elementi di competenza infermieristica" e MOD/ 64 DMP.				
<b>9. Realizzazione/prodotto</b>	Inserimento di messaggi sull'argomento ogni 5 del mese su tutti i PC dell'Azienda e verifiche mediante MOD/48 DMP "Lista di riscontro e rapporto elementi di competenza infermieristica" e MOD/ 64 DMP.				
<b>10. Durata</b>	1 anno				
<b>11. Risultati e indicatori</b>	<table><tr><td><i>Risultato</i></td><td><i>Indicatore</i></td></tr><tr><td>Non Conformità &lt; 10%</td><td>N. items verificati non corretti/ N. di items verificati</td></tr></table>	<i>Risultato</i>	<i>Indicatore</i>	Non Conformità < 10%	N. items verificati non corretti/ N. di items verificati
<i>Risultato</i>	<i>Indicatore</i>				
Non Conformità < 10%	N. items verificati non corretti/ N. di items verificati				



## Cronoprogramma

FASI	RISORSE	RESPONSABILITA'	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	Gennaio - 16
Elaborazione dei messaggi	Personale medico ed infermieristico	DMP/SITRA/RAQ													
Supporto tecnico	SIA	SIA													
Implementazione dello strumento	Dirigenti, operatori sanitari e non, pazienti, famigliari, volontari	DMP/SITRA/RAQ													
Valutazione	Personale medico ed infermieristico	DMP/SITRA/RAQ													





Piazza A. Cardinal Ferrari, 1  
20122 Milano - Tel. 02 582961

**Azienda Ospedaliera  
Istituto Ortopedico  
GAETANO PINI**

**Polo Riabilitativo**  
Via Isocrate, 19 - 20126 Milano

www.gpini.it - Part. IVA 00903310159 - Cod. Fisc. 80064670153

**Raccomandazione N° 8 "Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari"**

<b>Azienda</b>	A.O. GAETANO PINI
<b>Risk Manager</b>	Giorgio Maria Calori
<b>1. Titolo del Progetto</b>	Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari
<b>2. Motivazione della scelta</b>	Nel corso dell'attività lavorativa gli operatori sanitari sono esposti o possono essere esposti a diversi fattori che possono essere dannosi sia per la salute che per la sicurezza. Tra questi particolare rilevanza ha il rischio di affrontare una esperienza di violenza (aggressione o altro evento con conseguenze di lesioni personali più o meno importanti). Il National Institute of Occupational -safety and Health (NIOSH) definisce la violenza sul posto di lavoro come "ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica sul posto di lavoro". Si ritengono pertanto fondamentali la programmazione ed implementazione di misure strutturali e organizzative che consentano la riduzione del rischio di comportamenti aggressivi e di atti di violenza contro gli operatori sanitari. Tutto ciò attraverso l'acquisizione di conoscenze e competenze da parte degli operatori per valutare, prevenire e gestire tali eventi.
<b>3.a Area di intervento per AO/IRCCS</b>	Atti di violenza a danno degli operatori sanitari
<b>3.b Area di intervento per ASL</b>	
<b>4. Ambito di intervento</b>	Le UU.OO identificate come prioritarie dall'analisi dei rischi
<b>5. Nuovo/Prosecuzione</b>	Nuovo
<b>6. Multiaziendale</b>	NO
<b>6.a Se Sì indicare le Aziende partecipanti al progetto:</b>	
<b>7. Obiettivo specifico</b>	Scopo del presente progetto è sviluppare, seguendo le indicazioni della raccomandazione n. 8, le modalità per prevenire gli atti di violenza contro gli operatori attraverso l'implementazione di misure che consentano l'eliminazione o la riduzione delle condizioni di rischio presenti e l'acquisizione delle competenze da parte degli operatori nel valutare e gestire tali eventi nel caso in cui accadano.
<b>8. Strumenti e metodi</b>	Lo strumento utilizzato sarà il database predisposto dal GDL che consentirà di analizzare gli eventi già segnalati e individuare le aree di rischio attraverso la conduzione di indagini ad hoc che saranno predisposte. L'analisi dei dati permetterà di identificare le opportune iniziative di protezione e prevenzione da adottare. Tali iniziative saranno materia di formazione del personale interessato. La metodologia prevede il monitoraggio degli interventi attuati.



**9. Realizzazione/prodotto**

La realizzazione del progetto prevede la ricognizione dei rischi attraverso l'istituzione di un GDL ad hoc che porterà alla definizione delle priorità di intervento ed alla definizione delle misure di mitigazione dei rischi strutturali, tecnologici ed organizzativi per quanto ritenuto necessario. . Sarà pertanto regolamentata la modalità delle gestioni degli episodi di violenza e regolamentata una procedura per la gestione e prevenzione degli atti di violenza. Tutto ciò al fine di produrre un programma di prevenzione e relativa formazione del personale.

**10. Durata**

1 anno

**11. Risultati e indicatori**

<i>Risultato</i>	<i>Indicatore</i>
Analisi dei rischi	Definizione della ree prioritarie di intervento
Regolamentazione delle attività di prevenzione e di gestione degli atti di violenza	Procedura di prevenzione e di gestione degli atti di violenza approvata e resa disponibile a tutto il personale interessato
Formazione del personale	Svolgimento di incontri formativi per gli operatori, il management ed il personale di sicurezza



## Cronoprogramma

FASI	RISORSE	RESPONSABILITA'	2015											
			Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Revisione degli episodi segnalati (sportello counseling)	Gruppo di Lavoro (GdL)	DMP/SITRA/RM												
Condizioni di indagini ad hoc presso il personale	GdL ed altro personale medico ed infermieristico interessato	DMP/SITRA/RM												
Analisi delle condizioni operative e dell'organizzazione nei contesti a maggior rischio	GdL ed altro personale medico ed infermieristico interessato	DMP/SITRA/RM												
Definizione ed implementazione delle misure preventive e di controllo	Gruppo di Lavoro (GdL)	DMP/SITRA/RM												
Regolamentazione della gestione degli episodi di violenza	Gruppo di Lavoro (GdL) e RM	DMP/SITRA/RM												
Stesura delle procedura Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	Gruppo di Lavoro (GdL), RM e Qualità	DMP/SITRA/RM												
Formazione del personale e raccolta dei feedback	Gruppo di Lavoro (GdL)	DMP/SITRA/RM												



Piazza A. Cardinal Ferrari, 1  
20122 Milano - Tel. 02 582961

**Azienda Ospedaliera**  
**Istituto Ortopedico**  
**GAETANO PINI**

**Polo Riabilitativo**  
Via Isocrate, 19 - 20126 Milano

www.gpini.it - Part. IVA 00903310159 - Cod. Fisc. 80064670153

**Raccomandazione N° 15 "Prevenzione della morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso"**

<b>Azienda</b>	A.O. GAETANO PINI
<b>Risk Manager</b>	PROF. GIORGIO MARIA CALORI
<b>1. Titolo del Progetto</b>	ANALISI DI PROCESSO, IMPLEMENTAZIONE DI AZIONI DI MIGLIORAMENTO E MONITORAGGIO PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE O GRAVE DANNO CONSEGUENTE ALLA NON CORRETTA ATTRIBUZIONE DEL CODICE TRIAGE
<b>2. Motivazione della scelta</b>	Necessità di aumentare le barriere al rischio in un'area sensibile come il Pronto Soccorso (come evidenziato dall'analisi dei dati di sinistrosità ed indicatori aziendali) e dalle considerazioni formulate da ultimo nel corso dell'incontro del Comitato di Gestione del Rischio del 26 febbraio 2014, contribuendo contestualmente a dare attuazione alle indicazioni contenute nelle Linee Guida attività di Risk Management - anno 2014 Protocollo H1.2014.0000791 del 10/01/2014 in relazione alla Raccomandazione n. 15 del Ministero della Salute Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso".
<b>3.a Area di intervento per AO/IRCCS</b>	Errata attribuzione codice Triage
<b>3.b Area di intervento per ASL</b>	
<b>4. Ambito di intervento</b>	PRONTO SOCCORSO
<b>5. Nuovo/Prosecuzione</b>	NUOVO
<b>6. Multiaziendale</b>	NO
<b>6.a Se Si indicare le Aziende compartecipanti al progetto:</b>	
<b>7. Obiettivo specifico</b>	Implementare la Raccomandazione n. 15 emanata dal Ministero della Salute sulla corretta gestione del Triage in Pronto Soccorso, con l'obiettivo di favorire: -la sensibilizzazione del personale sul tema -un approccio organizzativo assistenziale e relazionale conforme a requisiti ed indicazioni di -prevenzione e protezione (in particolare rispetto ad aspetti come l'identificazione, la corretta valutazione e rivalutazione...), -la diffusione di una cultura safety-oriented Ciò potrà consentire l'aumento del livello di sicurezza dei pazienti che accedono in Istituto, con conseguenti ricadute anche relazione alla conflittualità/litigiosità.



**8. Strumenti e metodi**

Griglie digitalizzate di Analisi, macrovalutazione della compliance (gap analysis), definizione standardizzata dello stato dell'arte (as is) e delle priorità di intervento, implementazione delle azioni, risk monitoring

**9. Realizzazione/prodotto**

Implementazione di azioni ritenute fattibili ed attuabili per la corretta gestione del Triage in Pronto Soccorso; formazione

**10. Durata**

3 anni

**11. Risultati e indicatori**

<i>Risultato</i>	<i>Indicatore</i>
Definizione priorità di intervento (PRIMA ANNUALITA')	Report di sintesi quali-quantitativa delle criticità emerse/item di miglioramento individuati entro il 31.12.2014
Implementazione azioni correttive volte al miglioramento della sicurezza del paziente durante l'assegnazione del codice triage (SECONDA ANNUALITA')	Implementazioni azioni ritenute attuabili e fattibili in misura $\geq 90\%$
Aumento del numero di operatori formati su triage/sicurezza in PS secondo la Raccomandazione n. 15 (SECONDA ANNUALITA')	Operatori formati = 100% del personale che attualmente non ha ricevuto formazione specifica
Miglioramento processo valutazione/rivalutazione (TERZA ANNUALITA')	pazienti identificati e con parametri valutati/rivalutati e gestione in conformità ad azioni implementate $\geq 75\%$ verbali di PS verificati (analisi a campione)
Riduzione dei Eventi, Reclami e Sinistri (TERZA ANNUALITA')	Numero di reclami, eventi e richieste risarcimento danni per errata attribuzione codice triage nel corso del 2016 < 20% rispetto a reclami, eventi e richieste riguardanti le annualità 2014 e 2015.



## Cronoprogramma

FASI	RISORSE	RESPONSABILITA'	2015	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	2016
Identificazione dei componenti del GdL e dei livelli di attività del triage ospedaliero e sviluppo della griglia di Analisi	GdL	Coord. Inf, Resp STU														
Analisi as is	GdL	Coord. Inf, Resp STU														
Analisi delle evidenze	GdL	GdL														
Definizione delle priorità di intervento e delle principali azioni da implementare	GdL	Coord Inf, Resp STU														
Condivisione e validazione dei risultati, necessari nella seconda annualità per stesura Procedura	Cord. Inf, Resp STU, RM	Direzione Strategica														
Definizione azioni di miglioramento fattibili ed attuabili	Direzione Strategica	Direzione Strategica														
Implementazione azioni di miglioramento	GdL	GdL														
Formazione	GdL	Coord. Inf, Resp STU, Formazione														
Validazione azioni e formazione	GdL	Direzione Strategica														
Monitoraggio	GdL	Coord Inf, Resp STU, RM														